

UJ.T
L11 (3)

GEBRUIK VAN INTRAMURALE PSYCHIATRISCHE VOORZIENINGEN IN DE GROTE STEDEN VAN ZUID-HOLLAND

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

M.J.W.van de Laar

H.P.A.van de Water

IBIS STAMBOECKNUMMER: 754/000

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

november 1986

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,25 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 86027.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Laar, M.J.W. van de

Gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen in de grote steden van Zuid-Holland / M.J.W. van de Laar, H.P.A. van de Water.
- Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Onderzoek uitgevoerd op verzoek van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV). - Met lit.opg.

ISBN 90-6743-096-X

SISO: 606.8 UDC [614.2:616.89](492.61)

Trefw.: psychiatrische centra ; Zuid-Holland ; onderzoek.

© 1986 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 86027

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
SAMENVATTING	III
1. INLEIDING	1
1.1 Aanleiding	1
1.2 Doelstelling	2
1.3 Opzet en methode	3
1.4 Verzamelen van gegevens	5
1.5 Opbouw van het rapport	7
2. HET GEBRUIK VAN ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN	8
2.1 Het APZ-gebruik in grote steden	8
2.2 Factoren van invloed op het gebruik	10
2.3 Het gebruik naar verblijfsduurcategorieën	14
2.4 Het gebruik gecorrigeerd voor bevolkings- ontwikkeling	20
2.5 Het gebruik naar verblijfsduur en diagnose	24
2.6 Conclusies	27
3. OPNEMINGEN IN ALGEMENE PSYCHIATRISCHE ZIEKENHUIZEN .	30
3.1 Het aantal opnemingen in grote steden	30
3.2 Het aantal opnemingen naar diagnose	32
3.3 Het aantal opnemingen per bevolkingscategorie	35
3.4 Het aantal opnemingen gecorrigeerd voor bevol- kingssamenstelling	37
3.5 Het aantal opnemingen naar verblijfssituatie	42
3.6 Conclusies	47
4. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	49
4.1 Inleiding	49
4.2 APZ-gebruik in 1983	50
4.3 Opnemingen in 1983	51
4.4 Gecorrigeerd gebruik	51
4.5 Eindconclusies	54
4.6 Aanbevelingen	55
LITERATUUR	57
BIJLAGEN	61

VOORWOORD

Dit rapport is een vervolg op het vooronderzoek Regionale Gezondheidsverschillen uit 1984. Het beoogt bij te dragen aan het in beeld brengen van volksgezondheidsproblemen, hier binnen de Provincie Zuid-Holland.

Het Basisgezondheidszorgonderzoek van het NIPG/TNO gaat uit van de filosofie dat inzicht in de volksgezondheidsproblematiek vereist is voor het effectief nemen van preventieve maatregelen en plannen van voorzieningen.

Volksgezondheidsproblemen en gezondheidsverschillen laten zich echter niet eenvoudig beschrijven, zeker als men van registratiesystemen gebruik maakt. De beschikbare registraties kennen beperkingen. Dit betekent doorgaans een indirecte beschrijving met mortaliteits-, morbiditeits- of consumptiecijfers.

De onderzoeksvraag uit dit rapport bood gelegenheid om na te gaan welke bijdrage consumptiecijfers bieden voor bestudering van regionale gezondheidsverschillen. Het was met name de onderzoeksmethode die dit onderzoek op het terrein van de psychiatrie voor ons instituut aantrekkelijk maakte. Traditioneel ligt onderzoek naar psychiatrische zorg immers niet op het terrein van het NIPG. Wij danken dan ook de Heer J.C.M. Mastboom van het Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht voor het goede overleg tijdens de voorbereiding van dit onderzoek.

Dit onderzoek is voorts begeleid door Drs. H. de Boer en Mw.Drs. M. Engels van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland.

Bij het verkrijgen van de gegevens is veel medewerking ondervonden van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Het mag bekend verondersteld worden dat 'zorgconsumptie' geen probleemloze maat is voor het vaststellen van volksgezondheidsproblemen. Deze beperkingen konden ook in dit onderzoek niet

omzeild worden. Toch hopen wij dat dit rapport beleidsrelevant zal blijken te zijn.

Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur

SAMENVATTING

Op verzoek van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV) in Zuid-Holland is een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de (intramurale) psychiatrische zorgverlening in de grote steden van deze provincie, met name Den Haag, Leiden en Rotterdam. De PRV wenst meer inzicht te krijgen in regionale verschillen in het gebruik van de psychiatrische zorgverlening.

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in het gebruik in de grote steden van Zuid-Holland in vergelijking met het Nederlands gemiddelde, en de invloed van een aantal demografische factoren op dit gebruik.

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van consumptiegegevens van de Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en), die afkomstig zijn uit de PIGG-registratie (Patiënten-Registratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg) van de Geneeskundig Hoofdinspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV) en de Nationale Ziekenhuisraad (NZR).

Trendgegevens zijn verzameld vanaf 1970. Het betreft gegevens over opgenomen patiënten (leeftijd- en diagnosegroep) en aanwezige patiënten (verblijfsduur).

Voor een gedetailleerde analyse zijn de volgende gegevens over 1983 verzameld: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, diagnose bij opname, voorafgaande verblijfssituatie, verblijfsduur en (bij ontslagen patiënten) toekomstige verblijfssituatie.

Registratieverschillen zijn met het gebruik van slechts één registratie zo veel mogelijk vermeden.

Voorts zijn gegevens afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) verkregen: aantal inwoners naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat van de steden Den Haag, Leiden, Rotterdam en van Zuid-Holland en Nederland.

Het is bekend dat consumptiecijfers slechts een indirecte maat zijn voor de zorgbehoefte. Consumptie is het resultaat van een proces van vraag en aanbod. Hierbij spelen vele factoren een rol, zoals het aanbod van intramurale psychiatrische en compensatoire voorzieningen, verwijs- en behandelbeleid van eerstelijns en RIAGG, de demografische samenstelling van de bevolking en het voorkomen van psychiatrische aandoeningen.

Consumptiecijfers laten dus geen directe uitspraken toe over de psychische gezondheid van de populatie. In dit onderzoek zijn de consumptiecijfers uitsluitend bestudeerd tegen de achtergrond van bevolkingsontwikkeling en -samenstelling. Deze beperking moet bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten in de gaten worden gehouden.

Het is niet mogelijk om de cijfers over het gebruik en bedden-capaciteit te relateren aan elkaar. De consumptiecijfers hebben namelijk betrekking op inwoners uit een bepaald gebied, maar deze hoeven niet noodzakelijkerwijs opgenomen te zijn in datzelfde gebied.

Het aanwezige patiëntenbestand op 31 december 1983

Het APZ-gebruik, uitgedrukt in aantal aanwezige patiënten komt voor Zuid-Holland nagenoeg overeen met het Nederlandse cijfer van 1,5 APZ-plaats per 1000 inwoners. De drie onderzochte steden hebben een hoger gebruik, respectievelijk 2,8 APZ-plaatsen per 1000 inwoners voor Den Haag, 2,4 voor Leiden en 2,2 voor Rotterdam*. Het hoge gebruik van deze steden heeft een duurzaam karakter en dateert al vanaf de zeventiger jaren. Den Haag heeft vooral meer kortdurend (< 1 jaar) en zeer langdurig (> 25 jaar) opgenomen patiënten. Leiden heeft voor alle verblijfsduurcate-

*Dit betekent een meergebruik van 83% voor Den Haag, 57% voor Leiden en 50% voor Rotterdam.

gorieën een hoog gebruik, vooral in de categorie van meer dan 15 jaar. Ook Rotterdam heeft een hoog gebruik in alle verblijfsduurcategorieën maar vooral van patiënten die langer dan 20 jaar opgenomen zijn.

Voor alle gebieden blijkt dat het aandeel van langdurig verblijvende patiënten kleiner is geworden in de loop van de tijd.

Opnemingen in 1983

In 1983 was het aantal in APZ'en opgenomen patiënten in Zuid-Holland en met name in de drie steden hoger dan het landelijk gemiddelde van 1,8 opnemingen per 1000 inwoners. Het opnamecijfer voor Zuid-Holland is 2,1, voor Den Haag 4,5, voor Leiden 3,5 en voor Rotterdam 2,5 opnemingen per 1000 inwoners*. Voor Den Haag en Leiden zijn de opnamecijfers voor een aantal jaren hoog en redelijk constant geweest ten opzichte van het Nederlandse opnamecijfer. In dezelfde periode is het Rotterdamse opnamecijfer in verhouding iets gedaald.

Tussen de drie steden bestaan verschillen in het aantal opnemingen onderverdeeld naar diagnosegroepen. In Den Haag betreft het verhoudingsgewijs veel dementiën; in Leiden veel affectieve psychosen.

Het risico om als psychiatrische patiënt opgenomen te worden hangt samen met kenmerken als leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Voor beide sexen zijn de opnamecijfers het hoogst bij gescheidenen en het laagst bij gehuwden. Ongehuwden jonger dan 20 jaar en de weduwestaat nemen een tussenpositie in. Het opnamecijfer van mannen is hoger tussen de 20 en 35 jaar en boven de leeftijd van 74 jaar. Voor vrouwen is het opnamecijfer hoger tussen 25 en 34 jaar, tussen 40 en 54 jaar en boven de 74 jaar.

*Dit betekent een meergebruik van respectievelijk 155%, 98% en 42%.

Een verdeling van opnemingen naar voorafgaande verblijfssituatie toont dat de drie steden een hogere opnamecoëfficiënt hebben voor alleenwonenden, in vergelijking met het landelijk cijfer. In Den Haag worden relatief meer mensen uit algemene ziekenhuizen en een crisiscentrum opgenomen, in Rotterdam meer uit 'andere samenlevingsvormen'.

Wat de toekomstige verblijfssituatie na ontslag betreft gaat het met name in Leiden, maar ook in Rotterdam, relatief vaak om alleenwonenden. In Den Haag wordt een relatief hoog percentage uitgeplaatst naar verpleeg- of verzorgingsinstellingen.

Van de ontslagen patiënten blijkt een groot deel binnen het eerste jaar van opname te worden ontslagen: Den Haag 91,5%, Leiden 96,4% en Rotterdam 92,3% (Nederland 90,2%). Na een verblijf van vijf jaar worden er zeer weinig patiënten meer ontslagen. Dit ontslagpatroon geldt zowel voor Zuid-Holland en de drie steden als voor Nederland.

Het gebruik gecorrigeerd voor de bevolking

Hoge consumptiecijfers kunnen zoals eerder aangegeven niet zonder meer geïnterpreteerd worden. Geconstateerd werd dat de kans op in een APZ opgenomen te worden onder andere samenhangt met leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Verschillen in bevolkingssamenstelling tussen de onderzochte gebieden kunnen diensgevolge verschillen in consumptie met zich mee brengen.

Het aantal aanwezige patiënten bestaat onder andere uit langdurig aanwezige patiënten, die opgenomen zijn in een tijd dat de bevolking van hun stad wellicht groter of kleiner was. Voor deze categorie patiënten is het in feite niet correct dat gebruik uit te drukken als proportie van de huidige bevolking. Een stijging van het inwonertal leidt tot een kunstmatige verlaging van het

gebruikscijfer; een daling resulteert in een kunstmatig hoog gebruikscijfer.

Zowel ten aanzien van het aantal aanwezige patiënten op 31 december 1983 als het aantal opnemingen in 1983 moet dus gecorrigeerd worden voor de invloed van de bevolkingsontwikkeling en -samenstelling. Op het aanwezige patiëntenbestand is voor de bevolkingsontwikkeling een correctie uitgevoerd waarbij de bevolkingsontwikkeling van Nederland als standaard is gebruikt. Hieruit blijkt het meergebruik van Den Haag niet 83% maar 59% te zijn. Voor Leiden en Rotterdam wordt het gecorrigeerde meergebruik respectievelijk 48% in plaats van 57% en 21% in plaats van 50%.

Het aantal opnemingen is gecorrigeerd voor de bevolkingssamenstelling naar de kenmerken geslacht, leeftijd en burgerlijke staat. Hieruit blijkt het meergebruik uitgedrukt in het aantal opnemingen in 1983 eveneens te dalen. Voor Den Haag wordt het meergebruik 99% in plaats van 155%. Voor Leiden 65% in plaats van 98% en voor Rotterdam 17% in plaats van 42%.

Conclusie

Rekening houdend met de beperkingen van dit onderzoek kan het volgende geconcludeerd worden.

Het gebruik van APZ'en door inwoners van Den Haag, Leiden en Rotterdam ligt boven het Nederlandse gebruik. Van deze steden heeft Rotterdam het kleinste meergebruik en Den Haag het grootste. Het gebruik van Zuid-Holland wijkt nauwelijks af van het landelijke gemiddelde.

Het meergebruik van APZ'en in de drie steden blijkt voor een deel toegeschreven te kunnen worden aan de bevolkingsontwikkeling over de afgelopen jaren en de samenstelling van de bevolking naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Deze samen-

hang blijkt het grootst voor Rotterdam en het kleinst voor Leiden.

De rest van het meergebruik zou kunnen worden verklaard door factoren, die niet konden worden betrokken in dit onderzoek, zoals bijvoorbeeld het aanbod van compensatoire voorzieningen en het verwijs- en behandelbeleid. Dit onderzoek laat daarom geen uitspraken toe over verschillen in psychische gezondheid tussen de drie onderzochte steden. Dergelijke uitspraken zijn pas mogelijk als alle andere consumptie-beïnvloedende factoren onderzocht zijn en gericht onderzoek is uitgevoerd.

Het verband tussen meergebruik en demografische verschillen is relevant voor normaanpassing en voor toekomstprognoses met betrekking tot het gebruik van APZ'en. Alvorens beleidsconsequenties te verbinden aan het nu nog niet verklaarde deel van het meergebruik zal nader onderzoek naar andere verklarende factoren verricht moeten worden.

1 INLEIDING

Op verzoek van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV) in Zuid-Holland is door het Nederlands Instituut voor Praeven-tieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO) een onderzoek uitgevoerd naar het gebruik van de (intramurale) psychiatrische zorgverle-ning in drie grote steden in Zuid-Holland, met name Den Haag, Leiden en Rotterdam. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland wenst meer inzicht te krijgen in de regionale verschillen in het gebruik van de psychiatrische zorgverlening.

1.1 Aanleiding

De achtergrond van de vraagstelling van de PRV Zuid-Holland is de constatering dat het gebruik van psychiatrische bedden door de inwoners van de grote steden van de landelijke norm afwijkt. Op 31 december 1983 verbleven in Nederland 21.679 patiënten in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ). Per 1000 inwoners van Nederland zijn er dan 1.5 APZ-plaatsen bezet, hetgeen over-eenkomt met de landelijke norm. Per 1000 inwoners van Den Haag, Leiden en Rotterdam betreft dit een gebruik van respectievelijk 2.8, 2.4 en 2.3 APZ-plaatsen. Resultaten van reeds verricht onderzoek naar het gebruik van psychiatrische voorzieningen in Amsterdam (PRV Noord-Holland, 1983) wijzen op een meergebruik van psychiatrische bedden door inwoners van grote steden. In de literatuur wordt benadrukt dat de individuele consumptie door tal van factoren wordt beïnvloed en dat de stedelijke consump-tiecijfers in relatie moeten worden gebracht met andere gege-vens, teneinde een uitspraak te kunnen doen over een meergebruik in grote steden.

Door het hier gerapporteerde onderzoek wenst de PRV Zuid-Holland

meer inzicht te krijgen in de aard en mate van meergebruik in de grote steden van Zuid-Holland.

1.2 Doelstelling

Het doel van dit onderzoek is het verzamelen en analyseren van gegevens over het gebruik van intramurale psychiatrische voorzieningen door de inwoners van drie grote steden Den Haag, Leiden en Rotterdam. Aan de hand van consumptiegegevens enerzijds en een aantal demografische gegevens anderzijds kan een beschrijving worden gegeven van verschillen in het gebruik van psychiatrische voorzieningen.

Dit onderzoek beoogt inzicht te geven in:

- a. het gebruik van intramurale psychiatrische zorgverlening door inwoners van Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland in vergelijking met het Nederlands gemiddelde;
- b. een mogelijk verband tussen demografische gegevens, zoals de leeftijdsopbouw van de bevolking, de samenstelling naar geslacht en burgerlijke staat, de toe- of afname van de betreffende bevolking en het gebruik van de intramurale psychiatrische voorzieningen.

De verzamelde informatie en de analyse van de consumptiegegevens zouden een bijdrage kunnen leveren aan de aanstaande provinciale planning van de psychiatrische zorgverlening in Zuid-Holland in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Echter er is wel enige voorzichtigheid geboden met de interpretatie van deze onderzoeksgegevens ten behoeve van het beleid, omdat alleen aandacht wordt besteed aan consumptiegegevens. Ten behoeve van de planning van psychiatrische zorgverlening zou kennis over de incidentie van psychiatrische ziekten en de behoefte aan zorg-

verlening ook wenselijk zijn. Consumptie is het resultaat van een proces van vraag en aanbod, waarbij het aanbod van voorzieningen, naar men aan mag nemen, een belangrijke rol speelt. In dit rapport zal een summier overzicht worden gegeven van het aanbod van intramurale psychiatrische voorzieningen in de provincie Zuid-Holland, met name in Den Haag, Leiden en Rotterdam.

1.3 Opzet en methode

Onderzoek naar gebruik van en behoefte aan medische zorginstellingen wordt bemoeilijkt door het ontbreken van objectieve meetinstrumenten. Methodologisch is het vrijwel onmogelijk de objectieve behoefte vast te stellen door onder andere de flexibele relatie tussen vraag naar en aanbod van voorzieningen. Het is onduidelijk wat de oorzaak en wat het gevolg is. Een 'objectieve' vaststelling van de behoefte zal niets méér kunnen zijn dan een min of meer subjectieve waarneming van de echte vraag naar voorzieningen. De behoefte zou ten dele kunnen worden bepaald aan de hand van de gebruikscijfers van instellingen in een gebied. Maar het gebruik van voorzieningen zegt niet alleen iets over de prevalentie of incidentie van ziekte maar ook over het verwijsbeleid, het aanbod van voorzieningen, de demografie en andere factoren. De invloed van deze afzonderlijke factoren op de consumptie is helaas nauwelijks te bepalen. Dit aspect wordt nader bekeken in hoofdstuk 2 van dit rapport.

In dit onderzoek is, gezien de beschikbare middelen, gekozen voor een analyse van registratiegegevens over de consumptie van psychiatrische voorzieningen en van demografische gegevens over hetzelfde gebied.

In de laatste jaren is er meer informatie ter beschikking gekomen over het aantal cliënten dat hulp vraagt bij psychiatrische

voorzieningen en over de achtergronden van deze cliënten en de hulpvraag. De psychiatrische ziekenhuizen kennen vanaf 1967 een registratiesysteem. De ambulante en semi-murale voorzieningen zijn pas zeer recentelijk overgegaan tot een systematische registratie. De gegevens van de RIAGG (Regionale Instellingen voor de Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg) worden centraal* geregistreerd door de NVAGG (Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg). Er bestaat nog geen registratie van de psychiatrische dagbehandeling, polikliniek en de hulpverlening door zelfstandige psychiaters.

In dit onderzoek beperken we de gegevensverzameling tot de intramurale psychiatrische voorzieningen. Er worden gegevens verzameld over de consumptie van algemene psychiatrische ziekenhuizen door inwoners van Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland. De consumptie van een voorziening kenmerkt zich door het aanwezige patiëntenbestand, dat in de afgelopen jaren is opgebouwd, en het doorstromingsbestand, dat bestaat uit opgenomen en ontslagen patiënten in een bepaalde periode. In dit onderzoek wordt aandacht besteed aan de consumptiegegevens van 1983 met de volgende parameters: diagnosegroep, leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, voorafgaande en toekomstige verblijfssituatie en verblijfsduur. Dergelijke gegevens worden in verband gebracht met overeenkomstige demografische gegevens.

Een analyse van gebruikscijfers van psychiatrische voorzieningen houdt in dat de gegevens gestandaardiseerd worden voor verschillen in bevolkingssamenstelling of bevolkingsontwikkeling zodat een correcte vergelijking tussen verschillende gemeenten en gebieden mogelijk zal zijn.

*Vanaf 1 januari 1986 wordt de registratie decentraal door elke RIAGG verwerkt.

De gegevens met betrekking tot de bevolkingssamenstelling (leeftijd, geslacht en burgerlijke staat) worden gepresenteerd in aantallen per 100.000 (of 1000) personen uit de betreffende bevolkingscategorie van Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland.

De standaardisatie voor de bevolkingsontwikkeling in Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland wordt uitgevoerd met de bevolkingsgroei in Nederland over de afgelopen jaren als standaard. De gebruikte methode heeft als voordeel dat de bevolkingsontwikkeling van de grote steden en Zuid-Holland wordt vergeleken met die van Nederland. Het aantal vergelijkingen wordt hierdoor beperkt.

1.4 Verzamelen van gegevens

Gegevens over de consumptie van de intramurale psychiatrische zorgverlening zijn secundair van aard en zijn verzameld met medewerking van de PRV Zuid-Holland en de registrerende instanties zoals de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (GHIGV).

Deze gegevens hebben betrekking op de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ). De categorale psychiatrische ziekenhuizen worden in dit onderzoek buiten beschouwing gelaten omdat deze ziekenhuizen een supra-regionale functie hebben en regionale verschillen moeilijk te achterhalen zijn.

De APZ-gegevens zijn afkomstig uit de PIGG-registratie (Patiënten-Registratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg) van de GHIGV en de Nationale Ziekenhuisraad (NZR). Deze registratie dateert vanaf 1967 en bevat veel informatie over het aantal opnemingen, aanwezigen en beëindigingen in psychiatrische ziekenhuizen. Deze registratiecijfers hebben echter als nadeel dat heropnemingen niet te onderscheiden zijn van de eenmalige opne-

mingen.

Gegevens over psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ) zijn aangevraagd bij de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG). Via de SIG is informatie beschikbaar over de opnemingen in algemene ziekenhuizen op de afdelingen neurologie en psychiatrie. Er is echter geen splitsing naar behandelende afdeling mogelijk. De PAAZ-registratie wijkt zodanig af van de PIGG-registratie dat in dit rapport de PAAZ-gegevens niet zullen worden verwerkt.

Alle gegevens zijn verzameld over patiënten opgenomen in algemene psychiatrische ziekenhuizen in Nederland met als laatste woongemeente* Den Haag, Leiden, Rotterdam of afkomstig uit Zuid-Holland en Nederland.

Vanaf 1970 zijn gegevens verzameld ten behoeve van een trendanalyse. Het betreft een aantal gegevens over opgenomen patiënten (leeftijd en diagnosegroep) en aanwezige patiënten (verblijfsduur).

Over 1983 zijn gegevens verzameld ten behoeve van een gedetailleerde analyse. Het betreft een aantal gegevens over opgenomen en aanwezige patiënten (leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, diagnose bij opname, voorafgaande verblijfssituatie en verblijfsduur) en over ontslagen patiënten (verblijfsduur en toekomstige verblijfssituatie).

De gegevens over de demografie van de grote steden over een aantal jaren zijn afkomstig van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS): aantal inwoners naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat van de steden Den Haag, Leiden, Rotterdam, van Zuid-Holland en Nederland.

* Hiermee wordt bedoeld de woongemeente vóór opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

1.5 Opbouw van het rapport

In hoofdstuk 2 zal allereerst het in algemene psychiatrische ziekenhuizen aanwezige bestand van patiënten afkomstig uit Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland worden bestudeerd. Er wordt ingegaan op het gebruik door inwoners van de grote steden naar verblijfsduur en diagnose. De invloed van demografische factoren en de bevolkingsontwikkeling op de omvang van het huidige patiëntenbestand zal worden nagegaan. Ook zal worden toegelicht welke factoren een rol kunnen spelen bij het gebruik van psychiatrische voorzieningen.

In hoofdstuk 3 wordt aandacht besteed aan de opnemingen van patiënten uit Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland. Hierbij wordt ingegaan op de invloed van de bevolkingssamenstelling op het aantal opnemingen. Het opnamepatroon naar demografische kenmerken en diagnose zal worden bestudeerd voor de drie steden. Tenslotte wordt ingegaan op het aantal ontslagen naar verblijfsduur en de toekomstige en voorafgaande verblijfs-situatie van patiënten.

In hoofdstuk 4 wordt een overzicht van de resultaten gegeven. Daarnaast worden enkele conclusies geformuleerd en worden aanbevelingen tot verder onderzoek gedaan.

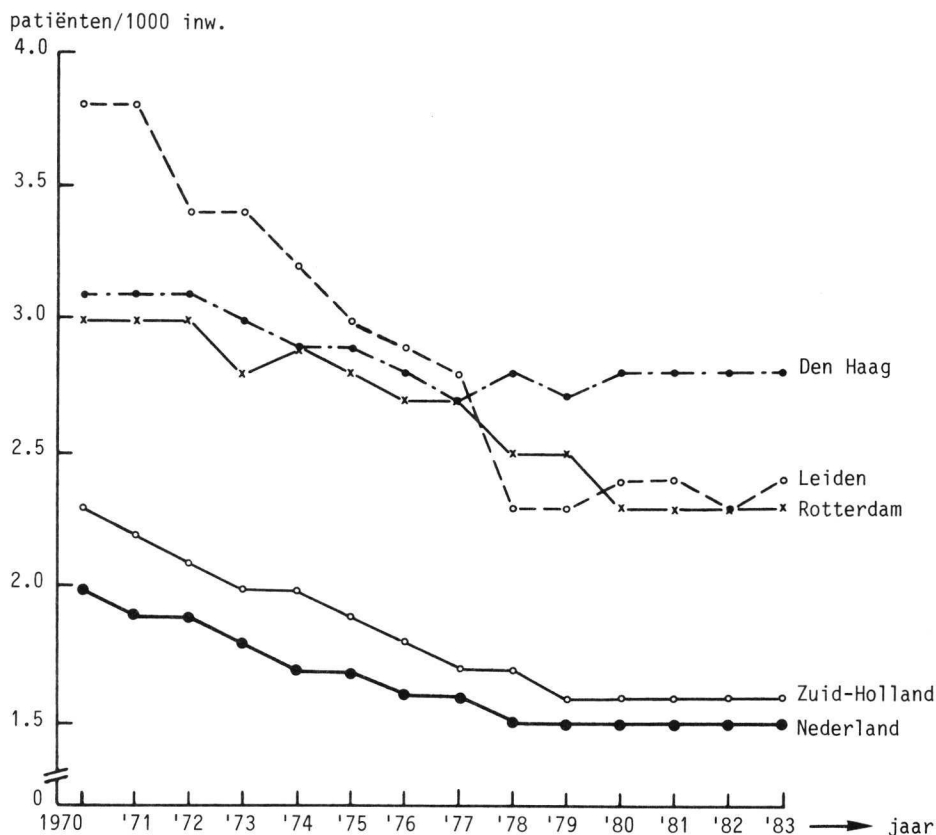
In dit hoofdstuk wordt het aanwezige patiëntenbestand, afkomstig uit Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland bestudeerd. Er wordt aandacht besteed aan factoren die een rol spelen bij het gebruik van psychiatrische voorzieningen. Enkele van deze factoren worden nader bestudeerd zoals de bevolkingsopbouw en -ontwikkeling. De invloed van deze demografische factoren op het aanwezige patiëntenbestand wordt geanalyseerd. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verdeling van het patiëntenbestand over de verschillende diagnosegroepen en verblijfsduurcategorieën.

Door deze analyses is het mogelijk na te gaan of het geconstateerde hoge gebruikscijfer in de drie steden wellicht deels te rechtvaardigen is.

2.1 Het APZ-gebruik in grote steden

Op 31 december 1983 verblijven 21.679 personen in de Nederlandse algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en): 1231 zijn afkomstig uit Den Haag, 246 uit Leiden, 1257 uit Rotterdam en 4948 uit Zuid-Holland totaal. Per 1000 inwoners van Nederland zijn dan 1.5 APZ-plaatsen bezet. Het aantal APZ-plaatsen per 1000 inwoners voor de drie steden en Zuid-Holland zijn respectievelijk 2.8, 2.4, 2.3 en 1.6. Deze zijn gerangschikt in grafiek 1. Tevens zijn de APZ-plaatsen per 1000 inwoners over de periode 1970-1983 in beeld gebracht. De getallen staan vermeld in bijlage 1.a.

Grafiek 1. Aantal patiënten per 1000 inwoners aanwezig in een APZ voor de gemeenten Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983



Uit deze grafiek blijkt dat in de periode 1970-1983 een meergebruik van APZ-plaatsen te constateren is door inwoners uit Den Haag, Leiden en Rotterdam. In 1983 is het gebruik van deze voorzieningen, afgaand op het aantal in APZ-verblijvende personen, in Den Haag 83%, in Leiden 57%, in Rotterdam 50% en in Zuid-Holland 5% hoger dan het landelijk gemiddelde. Het percentage meergebruik in Den Haag is opvallend hoog en behoeft een nader onderzoek. Maar ook het hoge gebruik in Leiden en Rotterdam moet verder worden bestudeerd.

Dit hoge gebruik van psychiatrische bedden per 1000 inwoners van

de verschillende steden blijkt een duurzaam karakter te hebben. Het overzicht laat een duidelijke afname in het aantal patiënten per 1000 inwoners zien in de periode 1970-1979. Deze daling betreft niet alleen de grote steden maar ook het landelijk gemiddelde. In die periode treedt ook een verandering op van het meergebruik in de grote steden ten opzichte van Nederland totaal. Het gebruik door inwoners uit Den Haag is gestegen (ten opzichte van het gemiddelde), uit Leiden afgenomen en uit Rotterdam ongeveer gelijk gebleven. In de periode 1978-1983 blijft het hoge gebruik van psychiatrische bedden per 1000 inwoners uit de grote steden nagenoeg constant ten opzichte van het landelijk gebruik.

2.2 Factoren van invloed op het gebruik

Het geconstateerde meergebruik van psychiatrische bedden door inwoners uit Den Haag, Leiden en Rotterdam betekent niet automatisch een veelvuldiger vóórkomen van psychiatrische ziekten of een grotere maatschappelijke behoefte aan opname in een APZ.

Het geregistreerde gebruik van psychiatrische zorgverlening, intramuraal dan wel extramuraal, wordt beïnvloed door vele factoren. Hieronder worden enkele van deze factoren besproken.

a. de incidentie van psychiatrische aandoeningen.

Diverse studies hebben aangetoond dat de incidentie van psychiatrische ziekten hoger is bij bepaalde bevolkingsgroepen (Offerhaus e.a., 1978; Ormel 1980; Van Lieshout e.a., 1984). Het voorkomen van psychiatrische ziekten wordt beïnvloed door o.a. sociaal-economische factoren zoals werkloosheid, arbeidsongeschiktheid, burgerlijke staat, leeftijd en geslacht. Alleen laatstgenoemde drie factoren konden in dit onderzoek bestudeerd worden.

b. de bevolking.

De demografische samenstelling, de bevolkingsopbouw en de loop van de bevolking in de tijd hebben een invloed op het opname- en verblijfscijfer in APZ'en. Een duidelijke bevolkingstoename of -afname zal een kunstmatig verlagend respectievelijk verhogend effect kunnen hebben op het aantal patiënten per 100.000 inwoners. In dit onderzoek zal gecorrigeerd worden voor een afwijkende bevolkingsontwikkeling in de drie steden.

c. het aanbod van psychiatrische voorzieningen.

Algemeen wordt aangenomen dat een onevenwichtige spreiding van intramurale voorzieningen voor een groot deel de geconstateerde regionale verschillen kan verklaren, met andere woorden het aanbod bepaalt de consumptie. De aanwezige intramurale psychiatrische voorzieningen in Zuid-Holland staan vermeld in bijlage 2 en 3.

Uit bijlage 2 blijkt dat, met uitzondering van Den Haag, de psychiatrische ziekenhuizen niet in de grote steden zijn gesitueerd. In Rotterdam en Leiden staat geen APZ in de stad maar wel in de nabije omgeving. Bijlage 4 geeft een globaal beeld van de herkomst van patiënten per gezondheidsregio uit de APZ'en in Zuid-Holland. Hieruit blijkt dat het merendeel van de patiënten afkomstig is uit de eigen gezondheidsregio. Dit aspect zal niet verder worden bestudeerd.

Het totaal aanbod van psychiatrische voorzieningen, dus zowel de intramurale als de ambulante en semimurale zorg, zal een effect hebben op het gebruik van intramurale voorzieningen. De aanwezigheid van compensatoire instellingen zal tot een keuze voor een bepaalde instelling moeten leiden. Deze zal traditioneel, beroepsmatig of op persoonlijke voorkeur worden bepaald.

Aan de andere kant kan het afwezig zijn van bepaalde psychiatrische hulpverleningsvormen een APZ-opname of langdurig verblijf in een APZ bevorderen.

In het kader van dit onderzoek kon geen informatie over compensatoire instellingen worden verzameld.

- d. het verwijs- en behandelbeleid van eerstelijnsgezondheidszorg en RIAGG.

Het verwijsbeleid van de eerstelijns hulpverleners en de RIAGG is niet overal hetzelfde en zal uiteraard het opnamecijfer van APZ'en beïnvloeden. Verschillen in het selectieproces van verwijzingen kunnen het beeld van APZ-opnames vertekenen. De selectie door eerstelijns hulpverleners wordt bepaald door o.a. persoonlijkheid, affiniteit, erkenning van ziektebeeld en verwijzingsfilosofie. Bovendien kan een patiënt worden verwezen naar alle mogelijke instellingen.

Ook bij het RIAGG-intake-proces zullen deze factoren een rol spelen.

Over dergelijke selectiemechanismen zijn nauwelijks of geen gegevens te krijgen en ze zullen hier buiten beschouwing worden gelaten.

- e. de registratie van het gebruik van psychiatrische bedden.

De registratie van opname, ontslag, diagnose van patiënten in APZ wordt verwerkt door de APZ'en zelf en door diverse registrerende instanties. De registratiemethoden van deze instanties stemmen niet overeen en worden vaak bijgesteld in de loop van de jaren. De verschillende bronnen hanteren b.v. niet met elkaar overeenkomende definities voor opname en ontslag uit APZ.

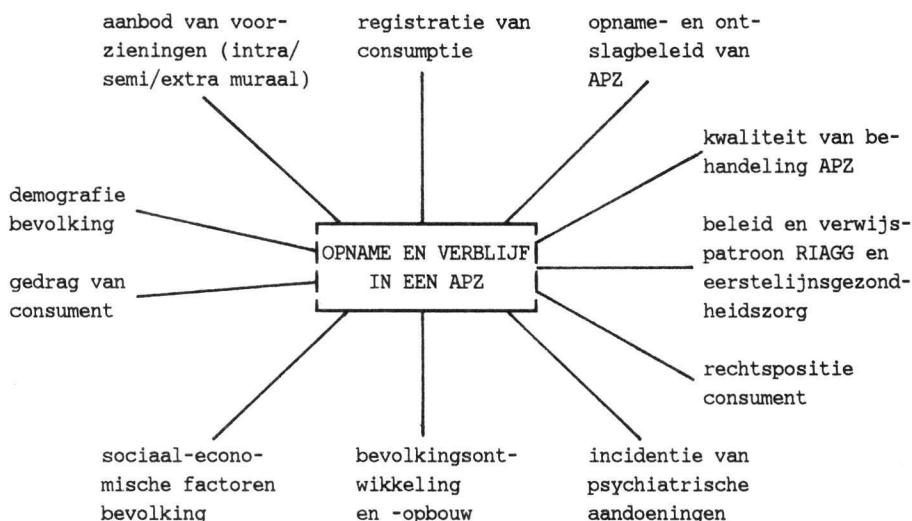
Een goede vergelijking van gegevens is niet mogelijk. In dit onderzoek worden gegevens van één instantie gebruikt zodat er geen rekening hoeft te worden gehouden met registratiever-

schillen. Met verandering van registratie in de tijd, met name de indeling in diagnosegroepen, wordt zoveel mogelijk rekening gehouden.

Het is niet bekend in hoeverre de individuele variatie in diagnostiek van psychiatrische ziektebeelden de registratie beïnvloedt. Hiervoor is geen correctie mogelijk.

Resumerend kunnen deze factoren als volgt in beeld worden gebracht:

Figuur 1. Overzicht van enkele factoren die van invloed zijn op het gebruik van psychiatrische voorzieningen



Niet alle factoren kunnen worden bestudeerd doordat dergelijke gegevens niet of nauwelijks te kwantificeren zijn en in het kader van dit beperkte onderzoek niet beschikbaar zijn.

In de volgende paragrafen zullen enkele factoren nader worden bestudeerd zoals de demografische samenstelling van de bevolking, de loop van de bevolking in de tijd en de geregistreerde incidentie van psychiatrische aandoeningen.

2.3 Het gebruik naar verblijfsduurcategorieën

Het meergebruik kan nader worden bestudeerd door verschillende parameters in beschouwing te nemen zoals verblijfsduur, diagnosegroepen en bevolkingssamenstelling.

In het volgende wordt het gebruik naar verblijfsduur bestudeerd. De verwachte verdeling over de verblijfsduurcategorieën per stad wordt uitgerekend op basis van het landelijk gebruik per verblijfsduurcategorie op 31 december 1983. Een vergelijking van de werkelijke verdeling en de verwachte verdeling over de verblijfsduurcategorieën geeft aan welke verblijfsduurcategorieën in welke mate afwijken van het landelijke gebruik. Tabel 1 laat de verdeling over de verblijfsduurcategorieën zien.

Tabel 1. Aantal patiënten op 31 december 1983 in een APZ aanwezig naar verblijfsduur, vergeleken met het aantal dat op grond van de landelijke gebruikscijfers werd verwacht

		0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25 en langer	totaal
Den Haag	a	573	224	97	33	28	35	241	1231
	b	234	142	70	39	30	30	127	672
	c	+144.9	+57.7	+38.6	-15.4	-6.6	+16.6	+89.9	+83.3
Leiden	a	79	40	25	13	15	14	60	246
	b	54	33	16	9	7	7	29	155
	c	+46.3	+21.2	+56.3	+44.4	+114.3	+100.0	+106.8	+57.0
Rotterdam	a	358	219	136	72	59	69	344	1257
	b	291	177	88	48	37	37	158	836
	c	+23.0	+23.7	+54.5	+50.0	+59.5	+86.5	+117.7	+50.0
rest Zuid- Holland	a	813	435	176	110	94	117	469	2214
	b	1057	645	320	177	133	133	575	3040
	c	-23.1	-32.6	-45.0	-37.8	-29.3	-12.0	-18.4	-27.1
Zuid- Holland	a	1823	918	434	228	196	235	1114	4948
	b	1636	997	494	273	207	207	889	4703
	c	+11.4	-7.8	-12.1	-16.5	-5.3	+13.5	+25.3	+5.2

a = werkelijk aantal

b = verwacht aantal

c = % verschil werkelijk-verwacht aantal

Het totale meergebruik van de grote steden is respectievelijk 83,3%, 57,0% en 50%. De rest van Zuid-Holland heeft een gebruik dat 27,1% lager is dan het landelijk gemiddelde. Het gebruik per verblijfsduurcategorie in de rest van Zuid-Holland is lager dan werd verwacht.

Het meergebruik door inwoners van Den Haag wordt voor een groot deel veroorzaakt door het relatief grote aantal kortdurende op-

names (< 1 jaar) en het grote aantal zeer langdurige opnames (> 25 jaar). Het aantal patiënten dat tussen 10-20 jaar in een APZ verblijft is minder dan op grond van de landelijke gebruikscijfers in vergelijking met het inwonertal werd verwacht.

Het meergebruik door inwoners van Leiden geeft een ander beeld te zien: in alle verblijfsduurcategorieën is er sprake van een hoger gebruik dan op basis van landelijke gegevens werd verwacht. Het hoge gebruik wordt vnl. veroorzaakt door de langdurige opnames (> 15 jaar). Ook het aantal kortdurende opnames is hoger dan werd verwacht. Het toenemend percentage van verschil tussen werkelijk en verwachte aantallen naar verblijfsduurcategorie geeft een vermoeden dat per opname de patiënten langer in een APZ verblijven dan landelijk het geval is.

Het meergebruik door inwoners van Rotterdam is toe te schrijven aan het grote aantal patiënten dat langer dan 20 jaar in een APZ verblijft. Ook in Rotterdam is een toenemend verschil tussen werkelijk en verwachte aantallen naar verblijfsduurcategorie te constateren. Rotterdam heeft het kleinste meergebruik in de kortdurende verblijven (< 5 jaar) van de drie grote steden.

Het gebruik door inwoners van Zuid-Holland is relatief hoog in de verblijfsduurcategorie 0-1 jaar en de categorie 20 jaar en langer. Het gebruik in de categorie 1-20 jaar is lager dan op basis van het landelijke gebruikscijfer werd verwacht. Het gebruik door inwoners van Zuid-Holland exclusief die van Den Haag, Leiden en Rotterdam is per verblijfsduurcategorie lager dan op grond van landelijke cijfers werd verwacht.

Uit het voorafgaande blijkt er een samenhang te bestaan tussen het meergebruik van psychiatrische bedden en het grote aantal patiënten dat langer dan 20 jaar in een APZ verblijft. Het ge-

bruikscijfer is een weerslag van omstandigheden en beleid in voorafgaande jaren en moet nader worden bestudeerd.

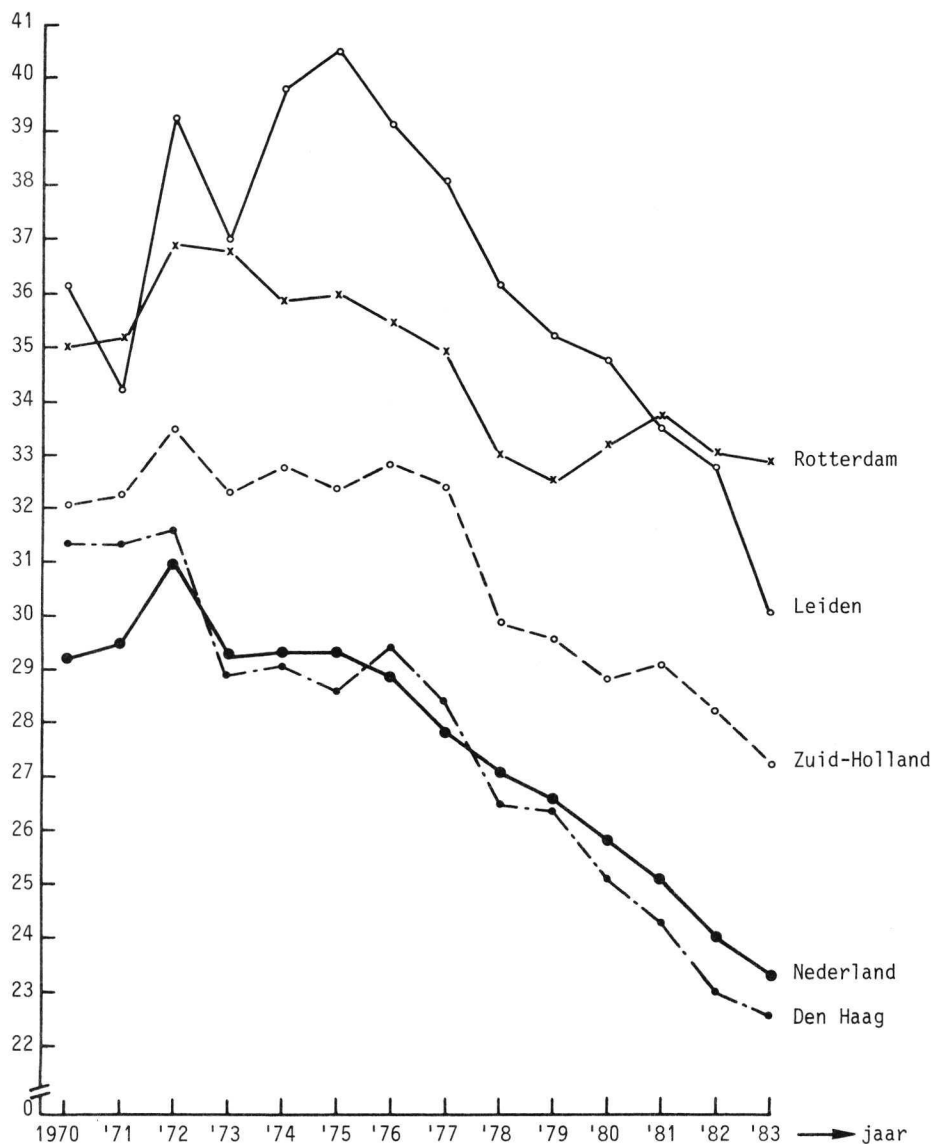
In Nederland verblijft 23.3% van het aanwezige patiëntenbestand langer dan 20 jaar in een APZ. Voor Den Haag, Leiden en Rotterdam zijn deze cijfers respectievelijk 22.4%, 30.1% en 32.9%. Dus een groot gedeelte van de bedden capaciteit wordt in beslag genomen door langdurig in APZ'en verblijvende patiënten.

In grafiek 2 staan deze percentages vermeld voor de periode 1970-1983. De getallen staan vermeld in bijlage 1b.

Uit de grafiek blijkt dat het percentage patiënten dat langer dan 20 jaar in een APZ verblijft in Leiden en Rotterdam aanzienlijk hoger is dan in Den Haag, Zuid-Holland en Nederland. In alle gebieden is in de periode 1971-1973 een stijging van het percentage langdurig verblijvende patiënten te zien. Vanaf 1975 daalt dit percentage aanzienlijk.

In Rotterdam schommelt het percentage langdurig verblijvende patiënten rond 34% en is de daling het kleinst (van 37 naar 33%). Het percentage langdurig verblijvende patiënten in Den Haag komt vrijwel overeen met het landelijk gemiddelde over de genoemde periode. In Leiden is vanaf 1974 een grote daling te zien. In 1972-1976 bestond het Leidse patiëntenbestand voor 37-40% uit patiënten langer dan 20 jaar in APZ hetgeen erg hoog is in vergelijking met het landelijke cijfer. In 1983 bedraagt dit aandeel van langdurig verblijvende patiënten in Leiden nog 30%.

Grafiek 2. Aantal patiënten langer dan 20 jaar in een APZ uitgedrukt als percentage van het aantal aanwezige patiënten uit Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983



Als een andere verblijfsduur dan 20 jaar wordt gehanteerd als grens van de categorie langdurig verblijvende patiënten, dan verandert het beeld.

Uit het aantal beëindigingen naar verblijfsduur bij ontslag blijkt dat patiënten na een verblijf van 5 jaar een verminderde kans op ontslag hebben (tabel 12). De grens van langdurig verblijf kan op grond hiervan bij 5 jaar gelegd worden. Tabel 2 toont het percentage patiënten dat 5 respectievelijk 20 jaar in een APZ verblijft.

Tabel 2. Het aandeel van langer dan 5 respectievelijk 20 jaar opgenomen patiënten uit de steden Den Haag, Leiden en Rotterdam en de provincie Zuid-Holland, uitgedrukt als een percentage van het totaal aantal aanwezige patiënten en als ratio (het betreffende gebied gedeeld door het Nederlands gemiddelde)

	percentage van aanwezige patiënten		ratio	
	langer dan 5 jaar	langer dan 20 jaar	langer dan 5 jaar	langer dan 20 jaar
Den Haag	35,3	22,4	0,80	0,96
Leiden	51,6	30,1	1,17	1,29
Rotterdam	54,1	32,9	1,23	1,41
Zuid-Holland	43,6	27,3	0,99	1,17
Nederland	44,0	23,3	1,00	1,00

De ratio's voor langer dan 5 en 20 jaar blijken per gebied niet veel uit elkaar te liggen.

Op grond van deze cijfers kunnen geen conclusies worden getrokken over de relatie tussen het aantal langdurige opnemingen, het aantal kortdurende opnemingen en de beschikbare capaciteit.

De betrokken patiënten zijn weliswaar uit de onderzochte gebieden afkomstig, maar niet noodzakelijkerwijs in die gebieden zelf opgenomen. De cijfers kunnen diensgevolge niet direct in ver-

band worden gebracht met de bedden of opnamecapaciteit in de betrokken gebieden zelf.

2.4 Het gebruik gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling

Gebruikscijfers worden berekend door het aanwezige aantal patiënten in de APZ'en afkomstig uit een bepaalde regio te delen door het aantal inwoners van de desbetreffende regio op een gegeven tijdstip. Het in de APZ'en aanwezige patiëntenbestand is echter niet opgebouwd in één jaar maar in tientallen jaren. Veranderingen in de bevolkingsomvang kunnen een effect hebben op de berekening van het gebruik.

Bij een bevolkingstoename zal het aanwezige patiëntenbestand uit voorafgaande jaren schijnbaar minder drukken op het APZ-gebruik dan bij een bevolkingsafname. Een stijging van het inwoneraantal leidt tot een kunstmatige verlaging van het gebruikscijfer; een daling resulteert in een kunstmatig hoog gebruikscijfer.

Door deze vertekening van het gebruikscijfer is het moeilijk om regio's met een verschillende bevolkingsontwikkeling met elkaar te vergelijken. Om bij uiteenlopende bevolkingsontwikkeling een vergelijking mogelijk te maken is het derhalve noodzakelijk een correctie voor de bevolkingsomvang toe te passen.

Nederland vertoont in de afgelopen jaren een bevolkingsgroei van 12.958.000 inwoners in 1970 tot 14.394.600 inwoners in 1983. Echter Den Haag en Rotterdam vertonen in dezelfde periode een duidelijke bevolkingsafname, nl. van 550.600 naar 445.200 in Den Haag en van 686.590 tot 555.350 in Rotterdam. Het inwonerstal van Leiden vertoont in deze periode een geringe stijging van 101.220 tot 104.260.

Hieruit blijkt dat een correctie voor de bevolkingsontwikkeling in Den Haag, Leiden en Rotterdam in de afgelopen jaren noodzakelijk is om de gebruikscijfers met elkaar te vergelijken.

Bij de correctie voor de bevolkingsontwikkeling in de drie steden wordt de Nederlandse bevolkingsontwikkeling over de afgelopen jaren als standaard gebruikt. We veronderstellen hierbij dat de bevolkingsomvang van de grote steden in 1983 het resultaat is van eenzelfde ontwikkeling zoals die van Nederland in de afgelopen decennia.

Tabel 3 laat correctiefactoren zien die moeten worden toegepast op de bevolkingsomvang van de grote steden. Deze zijn berekend over de periode 1929-1983 in tijdvakken die overeenkomen met de verblijfsduurcategorieën.

Tabel 3. Correctiefactoren voor de gemiddelde bevolkingsomvang in Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland in de onderscheiden tijdvakken**

tijdvak	'84-'83	'82-'79	'78-'74	'73-'69	'68-'64	'63-'59	'58-'29*
verblijfsduurcat.	0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-25	25+
Den Haag	99.4	96.4	89.6	77.0	65.6	59.6	55.6
Leiden	100.0	99.7	99.4	95.8	89.2	86.8	82.0
Rotterdam	99.5	95.5	87.4	75.9	66.6	61.5	55.6
Zuid-Holland	99.6	99.5	98.5	96.0	94.0	92.7	91.4

* berekend over 5-jaarsperioden

** de tijdvakken komen overeen met de verblijfsduurcategorieën. Patiënten met een verblijfsduur van 1-5 jaar zijn afkomstig uit de gemiddelde bevolking van de jaren 1979-1980-1981-1982. Patiënten die 20 tot 25 jaar in een APZ verblijven zijn afkomstig uit de gemiddelde bevolking van de jaren 1959-1963

Uit deze tabel blijkt inderdaad dat de correctiefactoren voor de drie steden verschillend zijn gezien de afwijkende bevolkingsontwikkeling ten opzichte van Nederland.

Bij het berekenen van het gecorrigeerd gebruik veronderstellen we dat het aantal opnamen in een APZ evenredig is met het aantal inwoners. De correctiefactor voor de bevolkingsontwikkeling kan dan ook worden gebruikt als correctiefactor op het

aantal aanwezige patiënten. Deze berekening is voor de grote steden op de verschillende verblijfsduurcategorieën toegepast en de resultaten zijn weergegeven in tabel 4.

Tabel 4. Voor bevolkingsontwikkeling gecorrigeerd aantal patiënten met als laatste woongemeente Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland op 31 december 1983 in een APZ naar verblijfsduurcategorie, vergeleken met het te verwachten aantal patiënten op basis van landelijke gebruikscijfers

		0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25 en langer	totaal
Den Haag	a	570	216	87	25	18	21	134	1071
	b	234	142	70	39	30	30	127	672
	c	+143.6	+52.1	+24.3	-35.9	-40.0	-30.0	+5.5	+59.4
Leiden	a	79	40	25	12	13	12	49	230
	b	54	33	16	9	7	7	29	155
	c	+46.3	+21.2	+56.3	+33.3	+85.7	+71.4	+69.0	+48.4
Rotterdam	a	356	209	119	55	39	42	191	1011
	b	291	177	88	48	37	37	158	836
	c	+22.3	+18.1	+35.2	+14.6	+5.1	+13.5	+20.9	+20.9
Zuid-Holland	a	1816	913	427	219	184	218	1033	4810
	b	1636	997	494	273	207	207	889	4703
	c	+11.0	-8.4	-13.6	-19.8	-11.1	+5.3	+16.2	+2.3

- a. feitelijk gebruik gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling
b. gebruik volgens het landelijk gebruikscijfer (vergelijk tabel 2)
c. verschil in percentage van het aantal gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling - aantal volgens landelijk gebruikscijfer

Gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling van Den Haag ten opzichte van Nederland zou het totaal aantal patiënten afkomstig uit Den Haag op 31 december 1983 1071 en niet 1231 (vergelijk tabel 1) patiënten bedragen. Het gebruik van APZ-bedden is dan niet 83.3% maar slechts 59.4% hoger dan op grond van de Neder-

landse gebruikscijfers verwacht werd. Het verschil, 23,9% van het meergebruik, kan worden verklaard door de voorafgaande bevolkingsontwikkeling in Den Haag.

Wanneer rekening gehouden wordt met de bevolkingsontwikkeling in de afgelopen jaren blijkt in Den Haag geen sprake te zijn van een verhoogd aantal langdurig verblijvende patiënten. Het hoge aantal zoals vermeld in tabel 1 blijkt bijna geheel te wijten te zijn aan de bevolkingsontwikkeling in Den Haag.

Na de correctie blijkt dat het aantal patiënten dat tussen de 10 en 25 jaar in een APZ verblijft minder is dan het landelijk gebruikscijfer. Het aantal kortdurende opnemingen blijkt echter groter te zijn dan werd verwacht.

Het voor de bevolkingsontwikkeling gecorrigeerde aantal patiënten afkomstig uit Leiden wijkt niet veel af van het werkelijke aantal. Slechts in de verblijfsduurcategorieën 15-20, 20-25, 25 en langer treedt een daling van het aantal patiënten op. Ondanks de correctie is het aantal patiënten groter dan werd verwacht. Het meergebruik in Leiden is regelmatig opgebouwd over de afgelopen jaren.

Gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling zou op 31 december 1983 het aantal patiënten afkomstig uit Rotterdam niet 1257 maar 1011 bedragen. Het gebruik van APZ-bedden is dan niet 50% (vergelijk tabel 1) maar 20.9% hoger dan op grond van het Nederlands gebruikscijfer. Het verschil, 29.1% van het meergebruik, kan dus worden verklaard door de voorafgaande ontvolking in Rotterdam.

Na een correctie blijkt in Rotterdam nog steeds sprake te zijn van een betrekkelijk verhoogd aantal chronische patiënten. Het gecorrigeerde aantal is echter aanzienlijk minder dan het werkelijke aantal (191 versus 344 patiënten).

Uit de verdeling van het aantal patiënten over de verblijfsduurcategorieën blijkt dat het meergebruik in Rotterdam regelmatig

over de afgelopen jaren is opgebouwd.

Gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling blijkt voor Zuid-Holland totaal nauwelijks meer sprake te zijn van meergebruik vergeleken met de Nederlandse cijfers. Het aantal chronische patiënten en kortdurende opnemingen is verhoogd ten opzichte van het landelijk verwachte aantal. Bij de overige verblijfsduurcategorieën zijn minder patiënten aanwezig dan werd verwacht.

Uit bovenstaande analyse kan men concluderen dat het huidige APZ-gebruik hoog is. Een groot deel van het meergebruik in Den Haag en Rotterdam houdt verband met veranderingen in de bevolkingsomvang. Deze relatie geldt in mindere mate voor het APZ-meergebruik in Leiden.

Wanneer rekening gehouden wordt met de bevolkingsontwikkeling blijkt er geen of nauwelijks sprake te zijn van een verhoogd aantal chronische patiënten in Den Haag. In Leiden en Rotterdam is nog steeds sprake van een aanzienlijk hoog aantal patiënten dat langer dan 20 jaar in een APZ verblijft.

Gecorrigeerd voor de bevolkingsontwikkeling zijn er verschillen te constateren in de opbouw van het meergebruik over de jaren. In Den Haag blijkt dit recent opgebouwd te zijn. Een aanzienlijk verhoogd aantal patiënten wordt gevonden in de kortdurende opnemingen (< 1 jaar) in tegenstelling tot een klein aantal patiënten in de verblijfsduurcategorie 10-25 jaar. Dit is niet het geval voor patiënten uit Leiden en Rotterdam.

2.5 Het gebruik naar verblijfsduur en diagnose

Het verblijf in een APZ wordt ook bepaald door de aard van de psychiatrische ziekte.

Uit de literatuur blijkt dat in grote steden vaak een verhoogde

incidentie van 'schizophrenie' en 'andere psychosen' voorkomt. Hoge opnamecijfers bestaan voor de diagnosegroepen 'dementie', 'schizophrenie', 'affectieve psychose', 'andere psychosen' en 'verslavingsziekten'. De bevolkingssamenstelling van grote steden lijkt hierbij een rol te spelen.

Er zal nu worden nagegaan hoe de verdeling over de verschillende diagnosegroepen is voor Den Haag, Leiden, Rotterdam en Nederland.

Het aantal patiënten dat op 31 december 1983 aanwezig is in een APZ naar verblijfsduur en diagnose wordt gecorrigeerd voor de bevolkingsontwikkeling. Het aantal patiënten naar diagnose wordt voor Den Haag, Leiden en Rotterdam in bijlage 5 en 6 vermeld. Dit gecorrigeerde aantal patiënten wordt vergeleken met het aantal dat op grond van de landelijke gebruikscijfers werd verwacht.

Tabel 5 toont de resultaten uitgedrukt in percentages van het verschil. Een positief percentage betekent een groter aantal dan werd verwacht op basis van landelijke cijfers, een negatief percentage een kleiner aantal.

Tabel 5. Voor bevolkingsontwikkeling gecorrigeerd aantal patiënten op 31 december 1983 aanwezig in een APZ, in Den Haag, Leiden en Rotterdam naar diagnose en verblijfsduur, in percentage van het verschil met het landelijke gebruikscijfer

diagnose	Den Haag		verblijfsduur Leiden		Rotterdam	
	<5 jr	>5 jr	<5 jr	>5 jr	<5 jr	>5 jr
1. Dementias	189	-18	44	*	28	-15
2. Oth.org.cond.	200	-47	-33	-25	56	43
3. Schizophrenias	142	9	71	74	31	21
4. Affective Psychoses	120	-14	92	133	54	94
5. Other psychoses	91	35	-31	-25	11	-14
6. Neurotic cond.	104	-25	13	33	10	-40
7. Personality disorder	-15	-38	-50	150	-26	-13
8. Alco & drugs dep.	121	17	-17	*	47	138
9. Non dep. abuse drugs	-	-	-	-	-50	0
10. Special syndrome	31	-50	*	*	0	0
11. Cond. childh. + adol.	33	-100	0	0	0	-
12. Mental retard.	80	-21	*	10	-100	0
13. E + V code	33	211	*	50	-25	100

<u>totaal</u>	109	-4	37	63	21	21

* gebaseerd op te lage aantallen

In deze tabel wordt de verblijfsduur van de aanwezige patiënten per diagnose nader bekeken waarbij 2 categorieën worden gehanteerd (0-5 jaar, 5 jaar en langer). De indeling in deze 2 categorieën is gemaakt naar aanleiding van de cijfers over het aantal ontslagen patiënten naar opnameduur (zie tabel 12, pag. 46).

Het meergebruik van Den Haag kan worden toegeschreven aan een oververtegenwoordiging van patiënten die korter dan 5 jaar worden opgenomen. Het aantal patiënten opgenomen met diagnoses 'dementie', 'andere psychotische aandoening', 'schizofrenie', 'affectieve psychose', 'neurotische aandoening' en 'alcohol- en drugsverslaving' is minstens tweemaal groter dan werd verwacht op grond van landelijke gebruikscijfers.

Het aantal patiënten met een lange verblijfsduur (> 5 jaar) is

kleiner dan het verwachte aantal voor alle diagnosegroepen met uitzondering van de diagnoses 'schizophrenie', 'andere psychosen' en 'alcohol- en drugsverslaving'.

Het meergebruik van Leiden kan worden toegeschreven aan een oververtegenwoordiging van patiënten die langer dan 5 jaar worden opgenomen, met name met de diagnose 'persoonlijkheidsstoornissen', 'affectieve psychose' en 'schizophrenie'.

Een relatief hoog aantal patiënten wordt voor een verblijf korter dan 5 jaar opgenomen met de diagnoses 'andere psychosen', 'schizophrenie', 'dementie' en 'neurotische aandoeningen'.

In Rotterdam is een oververtegenwoordiging te constateren van patiënten met chronische aandoeningen zoals 'dementie' en 'andere psychotische aandoeningen'. Een relatief groot aantal patiënten wordt opgenomen met de diagnoses 'schizophrenie', 'affectieve psychose', 'andere psychosen', 'persoonlijkheidsstoornissen' en 'alcohol- en drugsverslaving'. Opvallend hoog is het aantal patiënten dat langer dan 5 jaar in een APZ verblijft vanwege 'alcohol- en drugsverslaving' en 'affectieve psychosen'. Er worden weinig tot geen patiënten opgenomen met de diagnose 'zwakzinnigheid'.

2.6 Conclusies

Uit bovenstaande gegevens kan men concluderen dat het APZ-gebruik in Den Haag, Leiden en Rotterdam hoog is in vergelijking met dat van Zuid-Holland en Nederland. Dit hoge gebruik is duurzaam van karakter.

Bij bestudering van het APZ-gebruik is het aantal patiënten afkomstig uit Leiden en Rotterdam dat langer dan 20 jaar in een

APZ verblijft groter dan uit Den Haag en Nederland. Het hoge aantal langdurig verblijvende patiënten betekent een aanzienlijke reductie van de beddencapaciteit die beschikbaar is ten behoeve van opnemingen. Uit de analyse blijkt wel dat het aandeel van langdurig verblijvende patiënten in het totale patiëntenbestand kleiner is geworden in de loop van de tijd.

Wanneer rekening gehouden wordt met de bevolkingsontwikkeling blijkt er geen sprake meer te zijn van een verhoogd aantal langdurig verblijvende patiënten uit Den Haag.

Uit de correctie voor bevolkingsontwikkeling kan men concluderen dat het huidige APZ-meergebruik in Den Haag en Rotterdam voor een groot deel verband houdt met veranderingen in de bevolkingsomvang. Deze relatie geldt in mindere mate voor het APZ-meergebruik in Leiden.

Ook zijn er verschillen te constateren in de opbouw van het meergebruik over de jaren. In Den Haag is dit voornamelijk in de afgelopen vijf jaren opgebouwd. In Leiden en Rotterdam is een gelijkmatig verhoogd aantal patiënten over alle verblijfsduurcategorieën te constateren.

Uit de differentiatie naar diagnose kan worden geconcludeerd dat het relatief hoge APZ-gebruik van Den Haag, Leiden en Rotterdam deels wordt veroorzaakt door een oververtegenwoordiging van patiënten met psychiatrische aandoeningen zoals 'dementie', 'andere psychotische aandoeningen', 'schizofrenie' en 'psychosen'. Vooral in Den Haag speelt dit een grote rol bij het hoge gebruik in de verblijfsduurcategorie 0-5 jaar.

Een groot aantal patiënten uit Den Haag en Rotterdam wordt opgenomen met de diagnose 'alcohol- en/of drugsproblemen'. In Den Haag wordt het merendeel van deze patiënten in het eerste opnamejaar ontslagen c.q. verwezen. In Rotterdam gebeurt dit in mindere mate (zie bijlage 6). De hoge aantallen zijn opvallend gezien de aanwezigheid van categorale ziekenhuizen voor verslavingsziekten.

De oververtegenwoordiging van 'schizophrenie' en 'psychosen' komt overeen met de gegevens uit de literatuur. De speciale verdeling van de stedelijke bevolking naar leeftijd en burgerlijke staat kan hierbij een rol spelen.

Het gegevensmateriaal biedt geen mogelijkheid om een mogelijke relatie tussen de bevolkingssamenstelling en de diagnosegroepen na te gaan. Wel kunnen we een verschil constateren tussen de samenstelling van de stedelijke en landelijke bevolking voor wat betreft leeftijd en burgerlijke staat. Bij de beoordeling van het aantal gebruikte APZ-plaatsen moet rekening worden gehouden met de demografische samenstelling van de stad, omdat niet in elke levensfase een gelijke behoefte bestaat aan psychiatrische hulp.

In het volgende hoofdstuk zal aandacht worden besteed aan de invloed van de bevolkingsopbouw en -samenstelling op het aantal opnemingen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis.

In dit hoofdstuk wordt het aantal opnemingen in APZ'en van patiënten afkomstig uit Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland bestudeerd. Opnemingen in APZ'en vormen een toevoeging aan het huidige patiëntenbestand zoals bestudeerd in het vorige hoofdstuk. Opnemingen kunnen worden beschouwd als het resultaat van de combinatie bedden-capaciteit en ontslagcijfer. Een gedeelte van deze opnemingen zal op redelijk korte termijn worden ontslagen maar een ander gedeelte zal jarenlang in een APZ verblijven. In dit hoofdstuk wordt nagegaan welke factoren een rol spelen bij het hoge opnamecijfer in de verschillende steden. In het kader van dit onderzoek kan de capaciteit van voorzieningen niet nader worden bestudeerd.

Allereerst wordt ingegaan op de verdeling van de opnemingen over de verschillende diagnosegroepen in de drie steden. Vervolgens wordt de opname per bevolkingscategorie bestudeerd waarbij rekening wordt gehouden met de afwijkende demografische samenstelling van de stedelijke bevolking. Ook wordt aandacht besteed aan de verblijfssituatie en opnameduur bij ontslag van de patiënten. Deze analyses kunnen wellicht verduidelijken welke factoren in welke mate van invloed zijn op de hoge opnamecijfers in de grote steden.

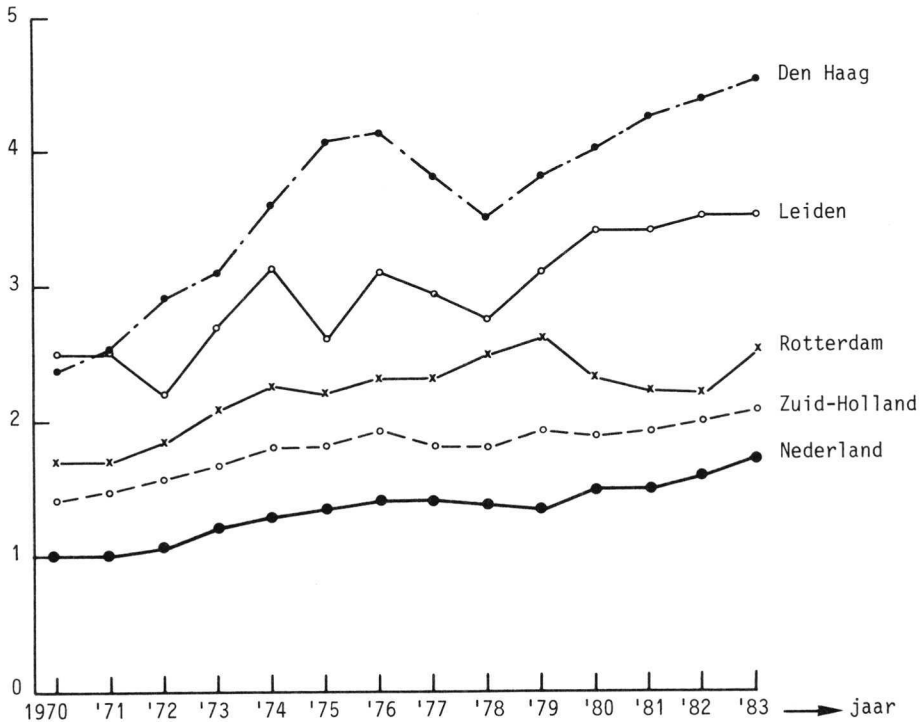
3.1 Het aantal opnemingen in grote steden

In 1983 werden in Nederland 25.335 personen in een APZ opgenomen; 2021 zijn afkomstig uit Den Haag, 360 uit Leiden, 1409 uit Rotterdam en 6619 uit Zuid-Holland totaal. Het aantal opnemingen in Nederland is vanaf 1978 gestegen van 19.047 naar 25.335 personen in 1983. Ook in Den Haag en Leiden is een toename van het aantal opnemingen te constateren, in Rotterdam blijft het aantal

opnemingen op hetzelfde niveau.

Bijlage 1c toont het aantal opnemingen in APZ'en uitgedrukt in aantal per 1000 inwoners over de periode 1970-1983. Deze resultaten zijn weergegeven in de volgende grafiek.

Grafiek 3. Aantal opnemingen in APZ'en per 1000 inwoners van Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983



Hieruit blijkt dat de opnamecijfers voor Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland in de genoemde periode hoger zijn dan die voor Nederland totaal. De opnamecijfers nemen toe in de tijd. De opnamecijfers zijn voor Den Haag en Leiden ten opzichte van Nederland constant hoog over de jaren en zijn respectievelijk

2,5 en 2,0 keer hoger dan het landelijke cijfer. In Rotterdam neemt het opnamecijfer nauwelijks toe in de tijd. Het opnamecijfer is gedaald ten opzichte van het landelijke cijfer van 1,8 keer hoger in 1978 tot 1,4 keer hoger in 1983. Deze daling zou kunnen wijzen op verandering in opnameduur of capaciteit.

3.2 Het aantal opnemingen naar diagnose

In het vorige hoofdstuk is gebleken dat de verblijfsduur van patiënten die in een APZ verblijven varieert per diagnosegroep per stad. In de drie steden bestaat een specifieke patiëntensamenstelling met betrekking tot de diagnosen, hetgeen wordt beïnvloed door de bevolkingssamenstelling en -ontwikkeling.

De hoge opnamecijfers zouden veroorzaakt kunnen worden door een verschillend opnamepatroon met betrekking tot de diagnosen in Den Haag, Leiden en Rotterdam ten opzichte van Zuid-Holland en Nederland. Tabel 6 toont het percentage opnemingen per diagnosegroep voor het totaal van opnemingen in Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland.

Tabel 6. Opnemingen in 1983 in APZ'en van patiënten afkomstig uit Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland en Nederland naar diagnose in percentage van het totaal

	Den Haag	Leiden	Rotterdam	Zuid- Holland	Nederland
1. Dementias	11.3	5.0	6.5	8.2	6.6
2. Oth.org.cond.	3.5	1.4	1.8	2.7	2.2
3. Schizophrenias	12.1	12.5	13.8	11.4	11.6
4. Affective psychoses	14.4	23.6	15.3	17.0	14.1
5. Other psychoses	12.0	11.1	16.0	14.2	15.5
6. Neurotic cond.	18.7	16.9	14.6	17.6	18.2
7. Personality disorder	4.3	3.1	7.9	6.3	8.5
8. Alco & drugs dep.	15.4	13.1	15.1	13.0	12.0
9. Non dep. abuse drugs	1.6	2.5	1.0	2.0	1.2
10. Special syndrome	2.7	5.8	4.5	3.5	5.8
11. Cond.childh. + adol.	0.4	0.3	0.6	0.5	0.6
12. Mental retard.	0.6	0.8	0.1	0.5	0.5
13. E + V code	3.1	3.9	2.8	3.2	3.3

%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
totaal					
n	2021	360	1409	6619	25.335

Uit de tabel blijkt dat in vergelijking met het landelijk gemiddelde uit Den Haag meer patiënten worden opgenomen vanwege de diagnose 'dementie', 'andere psychotische aandoeningen'. Uit Leiden bestaat een aanzienlijke verhoogde opname van patiënten vanwege de diagnose 'affectieve psychose'. Uit Den Haag en Leiden wordt een opvallend laag aantal patiënten opgenomen vanwege 'persoonlijkheidsstoornissen'.

De verdeling van opnemingen uit Rotterdam over de diagnosegroepen komt globaal overeen met die in Nederland, met uitzondering voor 'neurosen' en 'schizofrenie'.

Een overzicht van opnemingen naar diagnosegroepen in Nederland vanaf 1970 laat zien dat het aantal opnemingen ten gevolge van de diagnose 'neurosen' en 'verslavingsziekten' is toegenomen (bijlage 10). Het aantal opnemingen vanwege 'andere organische

aandoeningen', 'schizofrenie', affectieve psychose' en 'andere psychosen' is afgenomen in de loop van de tijd.

Een dergelijk overzicht vanaf 1970 met betrekking tot Den Haag, Leiden en Rotterdam laat een soortgelijk beeld van afname en toename zien.

Het opnamepatroon met betrekking tot diagnosegroepen komt overeen met de indeling naar verblijfsduurcategorieën (zie tabel 5). In de verblijfsduurcategorie 0-5 jaar is ook het aantal opnemingen inbegrepen. Een verhoogd opnamecijfer in Den Haag voor de diagnosen 'dementie' en 'andere psychotische aandoeningen' komt overeen met een verhoogd aantal kortdurende verblijven. De absolute cijfers wijzen erop dat de meeste patiënten met 'dementie' in het eerste jaar van opname worden ontslagen c.q. verwezen naar een andere zorginstelling (zie bijlage 6). Ditzelfde geldt voor de patiënten opgenomen met verslavingsziekten in Den Haag en Leiden. In Leiden wordt een groot aantal patiënten opgenomen vanwege 'affectieve psychose'. Uit tabel 5 blijkt dat een groot aantal patiënten langer dan 5 jaar opgenomen blijft in vergelijking met Nederland. Uit de absolute cijfers blijkt dat 80% van de patiënten uit Leiden met de diagnose 'affectieve psychose' ontslagen wordt in het eerste jaar van opname (bijlage 6).

Het opnamepatroon naar diagnosegroepen wordt uiteraard beïnvloed door de bevolkingssamenstelling. Het gegevensmateriaal biedt helaas geen mogelijkheid om de relatie tussen de bevolkingssamenstelling en de diagnose na te gaan.

In de volgende paragrafen wordt wel nagegaan hoe en in welke mate de hoge opnamecijfers worden beïnvloed door de specifieke demografische opbouw van de stedelijke bevolking.

3.3 Het aantal opnemingen per bevolkingscategorie

Het risico om als psychiatrische patiënt te worden opgenomen is per levensfase zeer verschillend. Een verschillende bevolkingsopbouw in de grote steden kan dan ook een vertekend effect hebben op het opnamecijfer. Tabel 7 laat de demografische opbouw van de in 1983 opgenomen patiënten in Nederland zien.

Tabel 7. Aantal opnemingen in APZ'en in 1983 naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat per 100.000 personen in onderscheiden bevolkingscategorieën in Nederland

burgerlijke staat	leeftijd									
	0-19		20-49		50-69		70+		totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
ongehuwd	20	22	458	339	558	453	434	416	180	139
gehuwd	199	139	94	128	92	149	205	212	103	139
gescheiden	0	0	983	883	809	778	475	465	915	818
weduwstaat	0	0	757	535	302	290	327	290	340	301

totaal	20	23	260	238	164	227	256	287	171	181

Tabel 7 is geconstrueerd op grond van het aantal opnames per geslacht en burgerlijke staat voor leeftijdscategorieën van 5-jaarsperioden.

De globale onderverdeling naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat toont grote verschillen tussen de opnamecijfers per 100.000 personen in onderscheiden bevolkingscategorieën. Het blijkt dat gehuwden, ongehuwden, gescheidenen en weduwen en weduwnaars een verschillend risico hebben om te worden opgenomen. Zowel bij mannen als bij vrouwen is het opnamecijfer het hoogst bij gescheidenen en het laagst bij gehuwden. De ongehuwden ouder dan 20 jaar en de weduwstaat nemen een tussenpositie in. Dit patroon doet zich - met uitzondering van de gehuwden jonger dan 20

jaar - voor bij alle leeftijdsgroepen.

Het opnamecijfer voor jonge weduwnaars en weduwen is hoog en neemt af met de leeftijd. Hetzelfde geldt voor het opnamecijfer voor gescheidenen. Het opnamecijfer voor ongehuwden blijft constant over de leeftijdsgroepen.

Ook bestaan er verschillen in opnamecijfers tussen de leeftijdsgroepen van mannen en vrouwen bestaan verschillen in opnamecijfers. In het volgende worden deze verschillen besproken aan de hand van de opnamecijfers voor 5-jaarsperioden.

Bij mannen is het opnamecijfer het hoogst in de leeftijdsgroep ouder dan 74 jaar, en vervolgens in de leeftijdsgroepen 30-34 jaar, 25-29 jaar, 35-39 jaar en 20-24 jaar.

Bij vrouwen is het opnamecijfer ook het hoogst in de leeftijdsgroep ouder dan 74 jaar en vervolgens in de leeftijdsgroep, 30-34 jaar, 40-44 jaar, 25-29 jaar, 45-49 jaar en 50-54 jaar.

Bij vrouwen is in de hogere leeftijdsgroepen het opnamecijfer hoger ten opzichte van dat bij mannen. Bij mannen daalt het opnamecijfer na het 40ste levensjaar. Bij vrouwen daarentegen daalt het opnamecijfer pas na het 50ste levensjaar, maar het blijft relatief hoger dan bij mannen in dezelfde leeftijdsgroep. Het opnamecijfer in de leeftijdsgroep 0-19 jaar is erg laag. Kinderen, jonger dan 15 jaar worden niet opgenomen in een APZ, maar in categorale instellingen.

De onderverdeling naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat van de in 1983 opgenomen patiënten afkomstig uit Den Haag, Leiden en Rotterdam is weergegeven in bijlage 7.

In Den Haag is het opnamecijfer zowel voor mannen als voor vrouwen het hoogst bij gescheidenen, weduwen en weduwnaars en het laagst bij gehuwden. Het opnamecijfer voor de leeftijdsgroep 70 jaar en ouder is zeer hoog.

In Leiden is het opnamecijfer voor personen jonger dan 20 jaar

relatief erg hoog. Hierbij moet worden opgemerkt dat de absolute aantallen in Leiden klein zijn en aan het toeval kunnen worden toegeschreven.

In Rotterdam is het opnamecijfer het hoogst bij mannelijk gescheidenen en weduwen en het laagst bij gehuwden. In Rotterdam daalt het opnamecijfer voor ongehuwden in de hoge leeftijds-groep. In Leiden en Den Haag vertoont dit opnamecijfer een stij-ging met de leeftijd.

3.4 Het aantal opnemingen gecorrigeerd voor bevolkingssamen-stelling

Een vergelijking tussen de bevolking van de drie grote steden (Den Haag, Leiden, Rotterdam) en die van Nederland op de ge-noemde kenmerken laat in deze steden een oververtegenwoordiging zien van de bevolkingscategorieën met een hoog opnamecijfer, zoals gescheidenen en ongehuwden ouder dan 20 jaar terwijl be-volkingscategorieën met een laag opnamecijfer ondervertegenwoor-digd zijn, zoals gehuwden en personen jonger dan 20 jaar (zie bijlage 8).

Als we aannemen dat in de grote steden dezelfde leeftijdsspeci-fieke opnamecijfers bestaan als in Nederland kunnen voor in de grote steden het aantal te verwachten opnemingen worden uitgere-kend. Hiervoor zal een correctie worden uitgevoerd en dit ge-beurt in drie stappen als volgt.

Allereerst wordt het verwachte opnamecijfer berekend op basis van het landelijke opnamecijfer en het inwonertal van de grote steden. Vervolgens zal bij de berekening van het verwachte opna-mecijfer behalve het inwonertal ook rekening worden gehouden met de leeftijds- en geslachtsverdeling. De derde stap betreft ook de burgerlijke staat als risico-factor bij de berekening.

Het verwachte opnamecijfer is dan gecorrigeerd voor de demogra-

fische samenstelling naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Op deze manier wordt de invloed van de afzonderlijke demografische kenmerken verduidelijkt. Meestal wordt bij het opnamecijfer alleen rekening gehouden met het inwonertal. Hier wordt aangegeven dat ook andere kenmerken een invloed hebben op het verwachte opnamecijfer.

Deze berekening is voor Den Haag als volgt uitgevoerd.

In 1983 worden uit de bevolking van Den Haag 2021 patiënten opgenomen, 916 mannen en 1105 vrouwen. Op basis van de landelijke opnamecoëfficiënt en het inwonertal op 31 december 1983 waren er 783 opnemingen te verwachten. Het opnamecijfer is 155% hoger dan werd verwacht.

Rekening houdend met de specifieke opnameratio's voor leeftijd en geslacht kunnen uit Den Haag niet 783, maar 853 opnemingen worden verwacht. Bij een dergelijke toepassing van leeftijdsspecifieke opnamecoëfficiënten zijn uit Den Haag 9% meer opnemingen te verwachten dan bij toepassing van de niet gedifferentieerde opnamecoëfficiënten.

Indien de burgerlijke staat als risico-factor erbij wordt betrokken dan ontstaat het in tabel 9 weergegeven beeld (pag. 40). Bij toepassing van de opnamecoëfficiënten gedifferentieerd naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat kunnen 1014 opnemingen worden verwacht. Dit betreft 30% meer opnemingen dan bij toepassing van een niet gedifferentieerde opnamecoëfficiënt. Na correctie is het aantal verwachte opnemingen nog steeds aanmerkelijk minder dan het werkelijk aantal opnemingen in Den Haag, maar het opnamecijfer is dan niet 155% maar 99% hoger dan het landelijke cijfer, hetgeen een aanzienlijke reductie betekent.

In tabel 8 staan de resultaten van dergelijke berekeningen voor de drie steden vermeld. Hieruit blijkt dat het Leidse opnamecijfer niet 98% maar 65% hoger is dan het landelijke cijfer gebaseerd op opnamecoëfficiënten gedifferentieerd naar leeftijd,

geslacht en burgerlijke staat.

Het opnamecijfer in Rotterdam is na een soortgelijke correctie niet 42% maar 17% hoger dan verwacht op landelijke cijfers.

Tabel 8. Verwachte aantal opnemingen op basis van landelijke opnamecijfers met verschillende correctiefactoren, uitgedrukt in aantal en in percentage verschil met het werkelijke aantal opnemingen uit Den Haag, Leiden en Rotterdam in 1983

berekend op basis van:	Den Haag		Leiden		Rotterdam	
	n	%	n	%	n	%
inwonertal	783	(155)	183	(98)	977	(42)
leeftijd en geslachtsverdeling	853	(141)	219	(65)	944	(49)
leeftijd en geslachtsverdeling en burgerlijke staat	1014	(99)	219	(65)	1207	(17)

werkelijk aantal opnemingen	2021		361		1409	

Tabel 9 geeft het aantal verwachte opnemingen gecorrigeerd voor leeftijd, geslacht en burgerlijke staat per bevolkingscategorie.

Tabel 9. Aantal opnemingen in APZ'en in 1983 van patiënten uit Den Haag, Leiden en Rotterdam naar geslacht en burgerlijke staat, en het aantal verwachte opnemingen op basis van landelijke opnamecoëfficiënten per leeftijdsgroep, geslacht en burgerlijke staat

Den Haag burgerlijke staat	werkelijk			verwacht		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ongehuwd	465	348	813	238	190	428
gehuwd	211	309	530	104	136	240
gescheiden	132	190	322	97	133	230
weduwstaat	71	240	311	21	95	116

totaal	916	1105	2021	460	554	1014

Leiden burgerlijke staat	werkelijk			verwacht		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ongehuwd	98	61	159	63	48	111
gehuwd	37	50	87	23	31	54
gescheiden	19	50	69	17	19	36
weduwstaat	3	29	32	3	15	18

totaal	167	194	361	106	113	219

Rotterdam burgerlijke staat	werkelijk			verwacht		
	man	vrouw	totaal	man	vrouw	totaal
ongehuwd	383	203	586	273	190	463
gehuwd	184	221	405	136	176	312
gescheiden	133	116	249	137	154	291
weduwstaat	26	128	154	27	114	141

totaal	734	675	1409	573	634	1207

De aantallen voor de verschillende leeftijdsgroepen zijn gesom-
meerd weergegeven. De totalen van deze tabel zijn terug te vin-
den in tabel 8. In bijlage 9a staan de percentages van het ver-
schil tussen het verwachte aantal en het werkelijke aantal ge-
presenteerd. De sexratio's van de verwachte en werkelijke aan-

tallen staan vermeld in bijlage 9b.

Uit de opnamegegevens van de APZ'en blijkt dat de verhouding tussen de opnamecijfers van mannen en vrouwen in Den Haag en Leiden overeenkomt met de landelijke verhouding. Uit Leiden worden meer gescheiden vrouwen opgenomen dan verwacht. In Rotterdam wijkt de verhouding af van het landelijke beeld, in die zin dat mannen een hoger opnamecijfer hebben dan vrouwen. Het blijkt dat de naar leeftijd gecorrigeerde opnameratio van ongehuwde mannen in Rotterdam hoger is dan op grond van landelijke cijfers werd verwacht (bijlage 9a en 9b).

In Leiden wijken de opnameratio's niet veel af van de op grond van landelijke cijfers verwachte ratio's.

In Den Haag zijn alle naar leeftijd gecorrigeerde opnameratio's bijna tweemaal hoger dan op grond van de landelijke cijfers werd verwacht. De opnameratio van gescheidenen is minder afwijkend dan die van ongehuwden en gehuwden dan op grond van de landelijke verhouding werd verwacht.

Uit bovenstaande analyse mag men concluderen dat de hoge opnamecijfers in Den Haag, Leiden en Rotterdam voor een belangrijk deel kunnen worden toegeschreven aan de demografische samenstelling van de grote steden. Echter ondanks de correctie voor verschillen in demografie blijft het opnamecijfer hoger dan op grond van de specifieke landelijke opnamecoëfficiënten werd verwacht, dit geldt met name voor Den Haag.

Het blijkt dat leeftijd, geslacht en burgerlijke staat als risico-bepalende factoren een duidelijke invloed hebben op het aantal APZ-opnemingen. De invloed van de burgerlijke staat is niet eenduidig. De verschillen tussen opname-ratio's van ongehuwden, gehuwden, gescheidenen en mensen in de weduwstaat hoeven niet het gevolg te zijn van verschillende levenssituaties. Zij kunnen ook te wijten zijn aan een selectie-mechanisme: mensen met een psychische ziekte blijven eerder alleenstaand dan anderen of

gaan eerder scheiden als ze getrouwd zijn. Echter de hoge opname van mensen in de weduwstaat is hiermee niet te verklaren noch het afnemend verschil tussen opname-ratio's in de hogere leeftijdsgroepen. Verschillen in opnameratio's kunnen wellicht toegeschreven worden aan de verschillende leefsituaties die gekoppeld zijn aan de burgerlijke staat.

In de volgende paragraaf zal het aantal opnemingen en ontslagen patiënten in relatie tot de leefsituatie worden bestudeerd.

3.5 Het aantal opnemingen naar verblijfssituatie

In het voorafgaande is de invloed van leeftijd, geslacht en burgerlijke staat op het opnamecijfer besproken.

De burgerlijke staat wijst op een sociale situatie waarin mensen zich bevinden en deze kan direct bepalend zijn voor een opname in een APZ. Een alleenstaande die geen familie of kennissen heeft zal wellicht eerder worden opgenomen dan wanneer deze personen wel aanwezig zijn. Ook zal de aanwezigheid van een sociale omgeving een effect hebben op de verblijfsduur van de patiënt.

In tabel 10 wordt de verdeling over voorafgaande verblijfssituaties van patiënten uit Den Haag, Leiden en Rotterdam gegeven.

Tabel 10. Aantal opnemingen in percentages in APZ'en in 1983 naar voorafgaande verblijfssituatie van inwoners uit Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland

	Den Haag	Leiden	Rotterdam	Zuid-Holland	Nederland
eigen gezin	25.5	22.2	26.4	28.5	28.5
alleen wonend	31.2	36.8	34.7	29.9	25.5
ouderlijk huis	7.8	10.2	7.9	8.8	10.3
pension/ verpleeggezin	3.5	1.9	2.2	2.4	2.5
familie/kennissen	3.1	3.0	4.1	3.2	3.2
andere samenl.	1.1	0.6	4.2	1.8	1.8
bejaardenhuis	0	0	0	2.8	2.6
algemeen ziekenhuis	9.5	5.3	5.9	7.2	5.4
PAAZ/PUK	0.5	1.1	1.8	2.4	4.5
APZ	1.7	3.6	1.1	2.0	3.8
crisiscentrum	4.1	0.3	1.1	1.8	1.3
anders/onbekend	12.0	15.0	10.6	9.1	10.6
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
totaal					
n	2021	361	1409	6619	25335

Uit de tabel blijkt voor de drie steden een hogere opname van alleenwonende patiënten ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

In Den Haag, Leiden en Rotterdam worden minder personen opgenomen vanuit het ouderlijk huis en eigen gezin dan landelijk het geval is. Opvallend weinig mensen uit de drie steden worden vanuit bejaardenhuizen, PAAZ'en en APZ'en (behalve in Leiden) opgenomen.

Het opnamepatroon van Den Haag blijkt af te wijken van het landelijk beeld en dat van Rotterdam en Leiden. In Den Haag worden meer mensen uit een algemeen ziekenhuis en uit een crisiscentrum opgenomen dan elders het geval is.

In Rotterdam wordt een relatief hoog aantal uit andere samenlevingsvormen opgenomen ten opzichte van de andere steden, Zuid-Holland en Nederland.

Ook hier moet worden opgemerkt dat het aantal opnemingen uit Leiden laag is en toevalsfactoren een rol kunnen spelen in de verdeling over de verblijfssituaties.

In tabel 11 wordt een overzicht gegeven van het aantal ontslagen patiënten naar toekomstige verblijfssituatie in de grote steden, Zuid-Holland en Nederland.

Tabel 11. Aantal beëindigingen excl. overplaatsingen in percentages in APZ'en in 1983 naar toekomstige verblijfssituatie in Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland

Toekomstige verblijfssituatie	Den Haag	Leiden	Rotterdam	Zuid-Holland	Nederland
eigen gezin	25.7	22.5	27.9	29.7	30.8
alleen wonend	27.3	41.0	33.0	29.3	28.4
ouderlijk huis	7.2	10.5	9.3	8.9	10.5
pension/ verpleeggezin	6.2	2.4	2.4	4.0	4.1
familie/kennissen	0.8	2.4	2.7	1.6	1.8
andere samenl.	0.8	1.2	4.1	2.0	1.7
verpleeghuis/ bejaardenhuis	10.4	4.8	6.2	8.5	8.0
algemeen ziekenhuis	7.2	1.2	1.6	3.4	1.8
psych. instelling	0.9	2.4	1.3	1.5	3.4
gezinsvervangend tehuis	0.6	0.3	0.3	0.7	1.0
anders	12.9	11.3	11.2	10.4	8.5
%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
totaal					
n	1960	334	1350	6257	23898

Uit de tabel blijkt dat in Leiden een relatief groot aantal patiënten ontslagen worden die alleenwonend zijn. Ook in Rotterdam is dit aantal groter dan het landelijk gemiddelde. In de drie steden is het percentage patiënten dat naar het eigen gezin teruggaat lager dan het landelijk gemiddelde. In Den Haag wordt een relatief hoog percentage patiënten uitgeplaatst naar kosthuis/ verpleeggezin, bejaarden/verpleeghuis of algemeen ziekenhuis.

Uit de PIGG-registratie blijkt dat landelijk de gemiddelde opname duur korter is wanneer patiënten naar hun eigen gezin kunnen worden uitgeplaatst dan wanneer zij alleen wonen of naar andere verblijfssituaties worden uitgeplaatst.

Wanneer de verblijfsduur van de ontslagen patiënten ook in beschouwing wordt genomen, blijkt dat $\pm 90\%$ van de ontslagen patiënten korter dan 1 jaar opgenomen is geweest. Tabel 12 toont het aantal beëindigingen naar verblijfsduur in percentages van het totaal per stad.

Het is opvallend dat in Leiden relatief meer patiënten na een opname van 0-3 maanden worden ontslagen in vergelijking met Den Haag, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland.

Tabel 12. Aantal beëindigingen exclusief overledenen in percentages in 1983 naar verblijfsduur in Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland

verblijfsduur	Den Haag	Leiden	Rotterdam	Zuid-Holland	Nederland
<3 mnd	61.1	78.7	67.9	65.4	63.6
3-12 mnd	30.4	17.7	24.4	26.8	26.6
1- 5 jaar	7.7	3.6	6.6	6.8	8.2
5-10 jaar	0.6	0.0	0.5	0.4	0.8
10-15 jaar	0.0	0.0	0.2	0.1	0.3
15-20 jaar	0.0	0.0	0.1	0.1	0.2
20-25 jaar	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
25+	0.1	0.0	0.3	0.3	0.3

%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
totaal					
n	1960	334	1350	6257	23898

In Den Haag wordt 91.5% van de ontslagen patiënten binnen het eerste jaar van opname ontslagen, in Leiden 96.4%, in Rotterdam 92.3% en in Nederland 90.2%. De hoge ontslagcijfers binnen het eerste opnamejaar betekenen een snelle doorstroming van een deel van de patiënten in een APZ.

Ook blijkt dat er een scheidingslijn bij de verblijfsduur van 5

jaar kan worden aangegeven. Na een verblijf van 5 jaar worden er zeer weinig patiënten ontslagen.

3.6 Conclusies

Uit bovenstaande gegevens kan men concluderen dat de opnamecijfers voor Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland hoger zijn dan die voor Nederland. Dit hoge opnamecijfer is duurzaam van karakter.

Ten aanzien van de verdeling van de opnemingen over de diagnosegroepen kan men concluderen dat de drie steden een verschillend opnamepatroon vertonen.

Bij bestudering van de demografische gegevens van Den Haag, Leiden en Rotterdam blijkt een oververtegenwoordiging te bestaan van bevolkingscategorieën met een hoog opnamerisico, zoals gescheidenen en ongehuwden ouder dan 20 jaar. Het opnamecijfer is het hoogst bij gescheidenen, weduwen, weduwnaars en het laagst bij gehuwden.

Uit de correctie voor bevolkingssamenstelling blijkt dat de hoge opnamecijfers deels toe te schrijven zijn van een afwijkende bevolkingsopbouw. Het opnamecijfer in Den Haag is niet 115% maar 99% hoger dan het landelijke cijfer wanneer rekening wordt gehouden met de landelijke opnamecoëfficiënten gedifferentieerd naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Dit deel van het verhoogde aantal opnemingen in Den Haag is door de demografische samenstelling van de stad te verklaren.

Het Leidse opnamecijfer is niet 98% maar 65% hoger dan het landelijke cijfer en het opnamecijfer in Rotterdam is niet 42% maar 17% hoger dan het landelijke cijfer gedifferentieerd naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat.

Ondanks de correcties zijn de opnamecijfers nog steeds hoger dan op grond van de specifieke landelijke cijfers werd verwacht.

Bij bestudering van de verblijfssituaties van patiënten vóór opname en na ontslag worden er verschillen tussen de drie steden onderling en in vergelijking met Nederland geconstateerd.

We kunnen concluderen dat, in vergelijking met Nederland, in Den Haag, Leiden en Rotterdam minder patiënten uit het eigen gezin en ouderlijk huis worden opgenomen. Ook worden er minder patiënten naar het eigen gezin of ouderlijk huis uitgeplaatst. In Leiden en Rotterdam zijn meer patiënten alleenwonend vóór opname in een APZ. Deze steden hebben een bevolking met veel jonge alleenstaanden. Het universitaire karakter met veel studenten kan hier een rol spelen, met name in Leiden.

Den Haag heeft een afwijkend opname- en ontslagpatroon naar verblijfssituatie. Er worden meer patiënten uit andere zorginstellingen (algemeen ziekenhuis, crisiscentrum) opgenomen en naar andere instellingen (bejaardenhuis, algemeen ziekenhuis) ontslagen dan elders het geval is.

Bij bestudering van de verblijfsduur bij ontslag blijkt ongeveer 90% van de ontslagen patiënten in Nederland korter dan 1 jaar opgenomen is geweest.

Uit de bewerking van dergelijke gegevens voor Den Haag, Leiden en Rotterdam kan men concluderen dat in deze steden het percentage van ontslagen patiënten binnen het eerste opnamejaar groter is dan 90%. Dit is van belang voor de opbouw en de doorstroming van het patiëntenbestand in een APZ. Een hoog opnamecijfer en een hoog ontslagcijfer impliceren een snelle doorstroming van patiënten.

In dit hoofdstuk zullen eerst de resultaten beknopt worden besproken. Vervolgens worden er enkele conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor beleid en verder onderzoek.

4.1 Inleiding

Voor een juiste interpretatie van de onderzoeksresultaten worden de beperkingen van dit onderzoek nogmaals benadrukt. Het onderzoek is beperkt tot secundaire gegevens over de consumptie van algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en). Consumptie wordt door vele factoren bepaald waarvan er hier slechts enkelen worden genoemd (zie ook figuur 1, pagina 13). Het aanbod van voorzieningen, niet alleen van de onderzochte instellingen (APZ'en), maar ook van compensatoire voorzieningen vormt een factor. Het verwijs- en behandelbeleid in de eerstelijnsgezondheidszorg, RIAGG's en intramurale zorg spelen ook een belangrijke rol. Tenslotte wordt de consumptie beïnvloed door de vraag naar hulp, welke onder andere wordt bepaald door de incidentie van psychiatrische aandoeningen en de bevolkingssamenstelling. Consumptiecijfers laten derhalve geen uitspraak toe over de psychische gezondheid van de bevolking.

In dit onderzoek zijn de consumptiecijfers bestudeerd tegen de achtergrond van slechts één van bovengenoemde factoren, namelijk de bevolkingsontwikkeling en -samenstelling.

De onderzochte periode beperkt zich voor de meeste gegevens tot 1983. Gegevens over trends zijn vanaf 1970 verzameld.

Het risico van registratieverschillen is bij dit onderzoek beperkt, omdat van slechts één registratiesysteem gebruik is gemaakt.

Nogmaal wordt benadrukt dat de gegevens betrekking hebben op

patiënten, afkomstig uit het betreffende gebied maar die niet noodzakelijkerwijs in een APZ in dat gebied zijn opgenomen. Een aantal patiënten blijkt opgenomen te zijn in een APZ buiten gemeente- of provinciegrenzen.

Dit transregionale patiëntenverkeer bemoeilijkt, samen met andere factoren, het leggen van relaties tussen het gebruik door inwoners van een regio en de geplande regionale capaciteit. Dit onderzoek laat daarom geen conclusies toe over de relatie tussen de bedden capaciteit, bezet door langdurig verblijvende patiënten en de resterende capaciteit voor kortdurende opnames. Verder onderzoek is noodzakelijk, indien men inzicht in deze relaties wenst te krijgen.

4.2 APZ-gebruik in 1983

In 1983 verblijven in de Nederlandse APZ'en 1231 patiënten uit Den Haag, 246 uit Leiden en 1257 uit Rotterdam. Het APZ-gebruik, uitgedrukt in aantal aanwezige patiënten per 1000 inwoners van de drie steden bedraagt respectievelijk 2.8, 2.4 en 2.3 APZ-plaatsen. De landelijke norm, tevens het gemiddeld landelijk gebruik, is 1.5 APZ-plaatsen per 1000 inwoners. Het hoge APZ-gebruik vanuit Den Haag, Leiden en Rotterdam heeft een duurzaam karakter en dateert al vanaf de zeventiger jaren.

Bij bestudering van het APZ-gebruik blijkt het aantal langdurig verblijvende patiënten afkomstig uit Leiden en Rotterdam groter dan uit Den Haag en Nederland. De aanwezigheid van voornamelijk langdurige patiënten kan een geringere bedden capaciteit voor kortdurende opnemingen met zich mee brengen. Het aandeel van langdurig verblijvende patiënten in het totale patiëntenbestand is evenwel kleiner geworden in de loop van de tijd.

4.3 Opnemingen in 1983

In 1983 werden in de APZ'en 2.021 patiënten uit Den Haag, 360 uit Leiden, 1.049 uit Rotterdam en 6.619 uit Zuid-Holland totaal opgenomen. Per 1.000 inwoners van de steden betekent dit respectievelijk 4.5, 3.5, 2.5 en 2.1 opnemingen. Het landelijk opnamecijfer is 1.8. De opnamecijfers voor Den Haag en Leiden zijn over een aantal jaren constant hoog ten opzichte van het Nederlandse opnamecijfer. Het Rotterdamse opnamecijfer is verhoudingsgewijs in dezelfde periode gedaald.

Het opnamepatroon naar diagnosegroepen laat verschillen zien tussen de drie steden onderling en met het Nederlandse beeld. Over oorzaken laat dit onderzoek geen duidelijke uitspraken toe. Bij bestudering van de verblijfsduur en diagnosegroepen lijken er relaties te bestaan tussen deze twee factoren. Soms ontbreken deze relaties, zodat men zich afvraagt of de verklaring niet gezocht moet worden in verschillen in behandeling, ontslagbeleid en aanvullende psychiatrische voorzieningen.

4.4 Gecorrigeerd gebruik

Een hoog consumptiecijfer van een geografische eenheid kan niet zonder meer geïnterpreteerd worden. Het is immers mogelijk, dat de samenstelling van de bevolking in dat gebied het hogere consumptieniveau rechtvaardigt. In dit onderzoek is het consumptieniveau daarom gecorrigeerd voor bevolkinsontwikkeling en -samenstelling. De resultaten zijn samengevat in tabel 13.

Tabel 13. Werkelijke en voor bevolkingsontwikkeling en -samenstelling gecorrigeerde consumptiecijfers van de steden Den Haag, Leiden en Rotterdam, uitgedrukt in percentage meergebruik ten opzichte van het op landelijke cijfers verwachte aantal

	patiëntenbestand per 31-12-1983		aantal opnemingen in 1983	
	werkelijk meergebruik	gecorrigeerd* meergebruik	werkelijk meergebruik	gecorrigeerd** meergebruik
Den Haag	83	59	155	99
Leiden	57	48	98	65
Rotterdam	50	21	42	17

* gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling

** gecorrigeerd voor bevolkingssamenstelling

In tabel 13 wordt de consumptie aangegeven in verhouding tot het Nederlands gemiddelde. Het werkelijk aantal per 1000 inwoners opgenomen patiënten is voor Den Haag dus 83% hoger dan het Nederlandse aantal. Gecorrigeerd voor de bevolkingsontwikkeling van Den Haag ten opzichte van Nederland, dus rekening houdend met de ontvolking, is het aantal patiënten nog slechts 59% hoger.

Ook voor Leiden en Rotterdam is het gecorrigeerde gebruik lager. Rotterdam heeft het laagste meergebruik, ook na correcties. Correctie is voor de bevolkingsontwikkeling met name van belang voor de langdurige verblijven omdat deze deels beschouwd kunnen worden als het gevolg van de vroegere bevolkingsopbouw.

Het aantal opnemingen in 1983 blijkt voor de drie steden minder hoog te zijn als rekening wordt gehouden met de specifieke samenstelling van de bevolking naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Een oververtegenwoordiging van bevolkingscategorieën met een hoger opnamerisico, zoals gescheidenen en ongehuw-

den ouder dan 20 jaar, kan leiden tot het verschil tussen verwacht en werkelijk opnamecijfer.

Door correctie voor bevolkingsontwikkeling, respectievelijk bevolkingssamenstelling kan een deel van het meergebruik van Den Haag, Leiden en Rotterdam gerechtvaardigd worden. In tabel 14 is aangegeven welk percentage van het meergebruik in 1983 met deze correctiefactoren in verband kan worden gebracht.

Tabel 14. Het percentage van het meergebruik van APZ-plaatsen, uitgedrukt in aanwezig patiëntenbestand en in opnemingen, dat toegeschreven kan worden aan respectievelijk de bevolkingsontwikkeling en de bevolkingsopbouw naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat

	patiëntenbestand per 31-12-1983	aantal opnemingen in 1983
Den Haag	29	36
Leiden	15	34
Rotterdam	58	60

Voor Rotterdam blijkt ongeveer 60% van het meergebruik verband te houden met bevolkingsopbouw en -samenstelling. Voor Den Haag betreft dit ongeveer een derde deel van het meergebruik. Voor Leiden blijkt de bevolkingsontwikkeling slechts 15% van het meergebruik te rechtvaardigen. Ten aanzien van de bevolkingssamenstelling blijkt dit 34% te zijn.

Hierbij moet worden opgemerkt dat het aanwezige patiëntenbestand en het aantal opnemingen niet zonder meer met elkaar te verrekenen zijn. De relatie tussen deze parameters is complex en wordt beïnvloed door factoren, die in dit onderzoek buiten beschouwing zijn gebleven. Verdere uitspraken hierover zijn dan ook niet mogelijk.

Een groot deel van het meergebruik van Den Haag en Leiden blijkt niet samen te hangen met de bevolkingsontwikkeling en -samen-

stelling. In veel bescheidener mate geldt dit voor Rotterdam ($\pm$ 40%).

Vele factoren die in dit onderzoek niet konden worden bestudeerd, zoals het opname- en verwijspatroon en de aanwezigheid van compensatoire voorzieningen zouden ook een deel van het meergebruik kunnen verklaren. Voor verder inzicht zal nader onderzoek noodzakelijk zijn. Dit onderzoek geeft wél enkele indicaties dat aanwezigheid van langdurige patiënten en verschillende leefsituaties van belang kunnen zijn.

Gevolgtrekkingen over verschillen in psychische gezondheid tussen de onderzochte gebieden laat dit rapport niet toe.

4.5 Eindconclusies

Tenslotte wordt in deze paragraaf een beknopte samenvatting van de conclusies uit het onderzoek gegeven. Voor gedetailleerde informatie wordt men verwezen naar de voorafgaande hoofdstukken.

- Het gebruik van APZ'en door inwoners van Den Haag, Leiden en Rotterdam ligt boven het landelijk gemiddelde. Dit geldt zowel voor het aanwezige patiëntenbestand als voor het aantal opnemingen in 1983.

Het meergebruik is duurzaam van karakter.

Den Haag heeft het grootste meergebruik, gevolgd door Leiden en tenslotte Rotterdam.

Het gebruik in de provincie Zuid-Holland wijkt nauwelijks af van het landelijke gebruik.

- Het meergebruik van APZ'en door inwoners van Den Haag, Leiden en Rotterdam blijkt gedeeltelijk gerechtvaardigd te worden door de bevolkingsontwikkeling over de afgelopen jaren en de specifieke bevolkingssamenstelling van de grote steden.

De relatie tussen meergebruik en bevolkingsontwikkeling respectievelijk -samenstelling is het grootst in Rotterdam: $\pm 60\%$ van het meergebruik kan worden toegeschreven aan beide genoemde factoren. De gegevens over het meergebruik in Den Haag laten een kleiner verband zien met de bevolkingsfactoren ($\pm 30\%$). In Leiden wordt de kleinste samenhang gevonden, 34% van het meergebruik wordt aan de bevolkingsontwikkeling toegeschreven en 15% van het meergebruik aan de bevolkingssamenstelling.

- De rest van het meergebruik kan niet worden toegeschreven aan bovengenoemde bevolkingsfactoren. Een aantal factoren komt in aanmerking voor een verklaring van het overige meergebruik, maar deze konden niet in dit onderzoek worden bestudeerd. Dit onderzoek laat geen uitspraken toe over verschillen in psychische gezondheid van de bevolking in de betreffende gebieden. Dergelijke uitspraken zijn wellicht pas mogelijk nadat alle andere consumptie-beïnvloedende factoren onderzocht zijn en specifiek onderzoek is uitgevoerd.

4.6 Aanbevelingen

Het meergebruik in Den Haag, Leiden en Rotterdam wordt voor een deel gerechtvaardigd door demografische verschillen ten opzichte van Nederland. Bij beleidsbeslissingen of normstellingen dient met deze verschillen in bevolkingssamenstelling en -opbouw rekening gehouden te worden. Een gedifferentieerde normstelling naar bevolkingssamenstelling zou een alternatief vormen voor de nu gehanteerde norm (plaats per 1000 inwoners).

Voor een schatting van de toekomstige consumptie in APZ'en zal men zowel de bevolkingsontwikkeling in het verleden en de toe-

komstprognoses als de bevolkingssamenstelling in beschouwing moeten nemen. Dit rapport bevat reeds een deel van de gegevens die voor dergelijke schattingen, bijvoorbeeld in de vorm van stroomdiagrammen over opname en ontslag, noodzakelijk zijn.

Het in dit onderzoek niet verklaarde deel van het meerverbruik kan berusten op reële verschillen tussen de gebieden die buiten het kader van dit onderzoek vallen. Alvorens beleidsconsequenties te verbinden aan het niet verklaarde meerverbruik zal nader onderzoek naar andere verklarende factoren vericht moeten worden.

LITERATUUR

OFFERHAUS, R. en J. VAN DE LANDE. Van probleem tot psychiatrie, Noordwijkerhout, Stichting Centrum St. Bavo, 1978.

ORMEL, H. Moeite met leven of een moeilijk leven? Groningen, Konstapel, 1980.

YPEMA, E. en F. DE HAEN. Verdelen naar behoefte, Utrecht, NcGV-reeks 58, 1983.

LIESHOUT, P. VAN en P. SCHNABEL. Vragen naar GGZ, Utrecht, NcGV-reeks 71, 1984.

HAEN, F. DE en P. VAN LIESHOUT. GGZ in getallen 1983. Utrecht, NcGV-reeks 73, 1984.

PROVINCIALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID NOORD-HOLLAND. Behoeftenorm in intramurale psychiatrische voorzieningen in Amsterdam, 1983.

BIJLAGEN

Bijlage 1.a.

Aantal patiënten per 1000 inwoners aanwezig in een APZ voor de gemeenten Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Den Haag	3.1	3.1	3.1	3.0	2.9	2.9	2.8
Leiden	3.8	3.8	3.4	3.4	3.2	3.0	2.9
Rotterdam	3.0	3.0	3.0	2.8	2.9	2.8	2.7
Zuid-Holland	2.3	2.2	2.1	2.0	2.0	1.9	1.8
Nederland	2.0	1.9	1.9	1.8	1.7	1.7	1.6

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Den Haag	2.7	2.8	2.7	2.8	2.8	2.8	2.8
Leiden	2.8	2.3	2.3	2.4	2.4	2.3	2.4
Rotterdam	2.7	2.5	2.5	2.3	2.3	2.3	2.3
Zuid-Holland	1.7	1.7	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6
Nederland	1.6	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5

Bijlage 1.b.

Aantal patiënten langer dan 20 jaar opgenomen in een APZ uitgedrukt als percentage van het aantal aanwezige patiënten uit Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Den Haag	31.3	31.3	31.6	28.9	29.1	28.5	29.4
Leiden	36.1	34.3	39.3	37.0	39.7	40.5	39.2
Rotterdam	35.0	35.3	36.9	36.8	35.9	36.0	35.4
Zuid-Holland	32.1	32.3	33.5	32.2	32.7	32.4	32.8
Nederland	29.2	29.4	30.9	29.2	29.3	29.2	28.9

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Den Haag	28.4	26.4	26.4	25.2	24.3	23.0	22.4
Leiden	38.1	36.2	35.3	34.7	33.5	32.8	30.1
Rotterdam	34.9	33.1	32.5	33.2	33.7	33.0	32.9
Zuid-Holland	32.4	29.9	29.6	28.9	29.2	28.3	27.3
Nederland	27.8	27.1	26.6	25.7	25.1	24.0	23.3

Bijlage 1.c.

Aantal opnemingen in APZ'en per 1000 inwoners van Den Haag, Leiden, Rotterdam, Zuid-Holland en Nederland over de jaren 1970-1983

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
Den Haag	2.37	2.55	2.93	3.13	3.60	4.07	4.09
Leiden	2.50	2.50	2.18	2.67	3.14	2.61	3.06
Rotterdam	1.66	1.67	1.84	2.12	2.26	2.18	2.33
Zuid-Holland	1.40	1.45	1.57	1.65	1.79	1.80	1.89
Nederland	0.99	1.03	1.11	1.21	1.30	1.35	1.40

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
Den Haag	3.81	3.53	3.81	4.00	4.25	4.35	4.50
Leiden	2.97	2.75	3.10	3.40	3.40	3.45	3.45
Rotterdam	2.35	2.47	2.62	2.35	2.20	2.20	2.50
Zuid-Holland	1.79	1.80	1.90	1.86	1.89	1.98	2.11
Nederland	1.39	1.37	1.39	1.44	1.46	1.58	1.76

Bijlage 2

Overzicht van de capaciteit en bezetting van algemene psychiatrische ziekenhuizen in Zuid-Holland, 1-1-1984.

gemeente	naam instelling	erkende bedden	opgenomen patiënten	ontslagen patiënten	bezettings- percentage	opname per bed
Delft	St. Joris Gasthuis	600	696	650	92.6	1.16
Den Haag	Bloemendaal	658	1426	1413	99.7	2.17
	Rosenburg	575	1032	970	99.2	1.79
Leidschen- dam	Schakenbosch	481	469	429	96.7	0.98
Noordwijk	Sancta Maria	635	456	417	96.6	0.72
Noordwijk- kerhout	St. Bavo	592	559	519	96.7	0.76
Oegstgeest	Endegeest	442	671	630	90.8	1.52
Poortugaal	Delta- ziekenhuis	964	1370	1259	91.8	1.42
Wassenaar	St. Ursula- kliniek	200	595	586	95.3	2.97

totaal		5147	7274	6909	95.5	1.50

Bijlage 3

Overzicht van de capaciteit en bezetting van categorale psychiatrische ziekenhuizen in Zuid-Holland, 1-1-1984

gemeente	naam instelling	erkende bedden	opgenomen patiënten	ontslagen patiënten	bezettings- percentage	opname per bed
Den Haag	Dr. Schroeder v.d. Kolk (crisis- centrum)	10	520	522	79.5	52.00
	Zeestraat (alcoholisten)	42	541	539	102.7	12.00
Oegstgeest	Centrum Curium (kinder)	54	35	31	91.1	1.52
	Jelgersma (PUK)	90	355	356	70.5	3.94
Rotterdam	Medisch peda- gogisch cen- trum (kinder)	36	19	18	99.8	0.48
	Bouwmanhuis (alcohol en drugs)	84	1463	1456	102.3	9.56

Bijlage 4

Herkomst regio van patiënten opgenomen in APZ'en in betreffende gezondheidsregio's in percentages, 1980

Gezondheidsregio opname	Herkomst regio				
	Leiden	Den Haag	Rijnmond	Gouda	Dordrecht
Leiden	78	2	13	40	0
Den Haag	1	95	33	53	66
Rijnmond	11	0	51	4	10
Elders	10	2	3	3	23
Totaal	100	99	100	100	99

Bijlage 5

Voor de bevolkingsontwikkeling gecorrigeerd aantal patiënten afkomstig uit Den Haag, Leiden en Rotterdam op 31 december aanwezig in een APZ naar diagnose en verblijfsduur en het aantal verwachte patiënten volgens het landelijke gebruikscijfer

	Den Haag			Leiden			Rotterdam		
	<5 jr	>5 jr	totaal	<5 jr	>5 jr	totaal	<5 jr	>5 jr	totaal
1. Dementias	107 (37)	9 (11)	116 (48)	13 (9)	6 (2)	19 (11)	60 (47)	11 (13)	71 (60)
2. Oth.org.cond.	36 (12)	10 (19)	46 (31)	2 (3)	3 (4)	5 (7)	25 (16)	33 (23)	58 (39)
3. Schizophrenias	150 (62)	149 (137)	299 (199)	24 (14)	54 (31)	78 (45)	101 (77)	207 (171)	308 (248)
4. Affective psychosis	112 (51)	12 (14)	124 (65)	23 (12)	7 (3)	30 (15)	97 (63)	33 (17)	130 (80)
5. Other psychoses	111 (58)	11 (17)	122 (75)	9 (13)	3 (4)	12 (17)	80 (72)	18 (21)	98 (93)
6. Neurotic. cond.	143 (70)	9 (12)	152 (82)	18 (16)	4 (3)	22 (19)	95 (86)	9 (15)	104 (101)
7. Person.disorder	29 (34)	16 (26)	45 (60)	4 (8)	15 (6)	19 (14)	31 (42)	38 (32)	69 (74)
8. Alc + drugs dep	62 (28)	7 (6)	69 (34)	5 (6)	3 (1)	8 (7)	50 (34)	19 (8)	69 (42)
9. Non dep abuse	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (0)	0 (0)	1 (0)	1 (2)	0 (0)	1 (2)
10. Special syndr.	17 (13)	1 (2)	18 (15)	9 (3)	2 (1)	11 (4)	15 (15)	3 (3)	18 (18)
11. Childh. cond.	4 (3)	0 (1)	4 (4)	1 (1)	0 (0)	1 (1)	4 (4)	0 (1)	4 (5)
12. Mental retard.	9 (5)	33 (42)	42 (47)	4 (1)	11 (10)	15 (11)	3 (6)	53 (53)	56 (59)
13. E + V code	4 (3)	28 (9)	32 (12)	6 (1)	3 (2)	9 (3)	3 (4)	22 (11)	25 (15)
totaal	786 (376)	285 (296)	1071 (672)	119 (87)	111 (68)	230 (155)	565 (468)	446 (368)	1011 (836)

aantal patiënten gecorrigeerd voor bevolkingsontwikkeling

() aantal patiënten verwacht op basis van landelijke gebruikscijfers

Bijlage 6

Aantal op 31 december 1983 in APZ aanwezige patiënten afkomstig uit respectievelijk Den Haag, Leiden, Rotterdam en Zuid-Holland naar verblijfsduur en naar de primaire psychiatrische diagnose (ppd) bij opname

Den Haag 1e ppd bij opname	0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	totaal
1. Dementias	93	16	9	0	1	0	3	122
2. Oth.org.cond.	25	12	2	0	0	3	11	53
3. Schizophrenias	89	63	37	20	20	15	136	380
4. Affective psychoses	84	30	14	3	0	1	0	132
5. Other psychoses	79	34	8	2	1	3	3	130
6. Neurotic cond.	106	39	8	1	0	2	3	159
7. Personality disorder	19	10	4	2	1	1	16	53
8. Alco & drugs dep.	52	11	7	1	0	1	1	73
9. Non dep. abuse drugs	1	0	0	0	0	0	0	1
10. Special syndrome	14	3	1	0	0	0	1	19
11. Cond.childh. + adol.	4	0	0	0	0	0	0	4
12. Mental retard.	3	6	4	3	2	5	36	59
13. E + V code	4	0	3	1	3	4	31	46
totaal	573	224	97	33	28	35	241	1231

Leiden 1e ppd bij opname	0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	totaal
1. Dementias	10	3	3	2	1	1	0	20
2. Oth.org.cond.	1	1	2	0	0	0	1	5
3. Schizophrenias	8	17	11	5	4	6	36	87
4. Affective psychoses	18	5	5	0	2	0	1	31
5. Other psychoses	6	3	0	1	0	0	3	13
6. Neurotic cond.	18	0	2	2	0	0	1	23
7. Personality disorder	3	1	1	2	5	4	5	21
8. Alco & drugs dep.	3	2	1	0	1	1	0	8
9. Non dep. abuse drugs	0	1	0	0	0	0	0	1
10. Special syndrome	9	0	0	1	0	0	1	11
11. Cond.childh. + adol.	0	1	0	0	0	0	0	1
12. Mental retard.	3	1	0	0	2	1	10	17
13. E + V code	1	5	0	0	0	1	2	9
totaal	80	40	25	13	15	14	60	247

Rotterdam 1e ppd bij opname	0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	totaal
1. Dementias	44	17	8	7	0	0	2	78
2. Oth.org.cond.	11	15	9	6	9	7	19	76
3. Schizophrenias	47	56	49	24	20	32	190	418
4. Affective psychoses	66	33	21	15	6	2	6	149
5. Other psychoses	51	31	11	5	2	1	10	111
6. Neurotic cond.	64	33	6	2	1	3	1	110
7. Personality disorder	25	7	8	5	4	6	35	90
8. Alco & drugs dep.	36	15	19	2	5	2	1	80
9. Non dep. abuse drugs	1	0	0	0	0	0	0	1
10. Special syndrome	8	7	0	1	2	1	0	19
11. Cond.childh. + adol.	2	2	0	0	0	0	0	4
12. Mental retard.	0	3	4	3	6	8	60	84
13. E + V code	3	0	1	2	4	7	20	37
totaal	358	219	136	72	59	69	344	1257

Zuid-Holland 1e ppd bij opname	0-1 jaar	1-5 jaar	5-10 jaar	10-15 jaar	15-20 jaar	20-25 jaar	25+ jaar	totaal
1. Dementias	225	85	31	13	5	1	5	365
2. Oth.org.cond.	68	45	22	15	15	25	56	246
3. Schizophrenias	239	210	149	100	87	110	628	1523
4. Affective psychoses	333	129	63	26	18	10	15	594
5. Other psychoses	237	131	36	18	6	7	19	454
6. Neurotic cond.	352	154	36	9	9	7	11	578
7. Personality disorder	115	51	25	19	19	12	98	339
8. Alco & drugs dep.	144	60	41	5	6	4	3	263
9. Non dep. abuse drugs	12	3	1	0	0	0	0	16
10. Special syndrome	52	14	2	2	2	3	2	77
11. Cond.childh. + adol.	14	6	1	0	0	0	1	22
12. Mental retard.	12	18	19	16	14	34	171	284
13. E + V code	20	12	8	5	15	22	105	187
totaal	1823	918	434	228	196	235	1114	4948

Bijlage 7

Aantal opnemingen in APZ'en in 1983 naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat per 100.000 personen in onderscheiden bevolkingscategorieën in respectievelijk Den Haag, Leiden en Rotterdam

Den Haag		leeftijd									
burgerlijke staat	0-19		20-49		50-69		70+		totaal		
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	
ongetrouwd	46	63	910	671	1428	824	1596	1146	487	389	
getrouwd	0	0	187	276	183	328	467	553	226	322	
gescheiden	0	0	1073	1263	1065	867	1790	1141	1125	1117	
weduwstaat	0	0	3398	1410	1078	630	1145	777	1204	750	

totaal	52	65	587	529	397	492	730	800	435	471	

Leiden		leeftijd									
burgerlijke staat	0-19		20-49		50-69		70+		totaal		
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v	
ongetrouwd	135	88	580	365	1182	715	1000	966	379	252	
getrouwd	0	0	186	126	99	414	283	318	169	228	
gescheiden	0	0	1340	2118	224	2778	0	0	1012	2124	
weduwstaat	0	0	0	3158	0	303	433	558	279	572	
totaal	138	88	463	367	178	590	405	514	330	362	

Rotterdam			leeftijd							
burgerlijke staat	0-19		20-49		50-69		70+		totaal	
	m	v	m	v	m	v	m	v	m	v
ongetrouwd	28	32	647	404	1107	570	162	414	320	193
getrouwd	0	0	137	160	135	213	209	175	146	179
gescheiden	0	0	1005	716	681	475	417	353	1637	302
weduwstaat	0	0	1087	794	333	479	275	241	171	674
totaal	29	32	422	303	252	309	233	245	273	236

Bijlage 8

Aantal inwoners van Den Haag, Leiden, Rotterdam en Nederland op 31 december 1983 naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat in percentages

	Den Haag		Leiden		Rotterdam		Nederland	
	m	v	m	v	m	v	m	v
0-19 jaar:								
ongehuwd	23.6	20.3	24.9	23.3	24.2	21.8	29.9	27.9
gehuwd	0.0	0.2	0.0	0.1	0.0	0.3	0.0	0.1
gescheiden	-	0.0	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0
weduwstaat	-	0.0	-	0.0	-	0.0	0.0	0.0
totaal	23.7	20.5	24.9	23.4	24.2	22.1	29.9	28.0
20-29 jaar:								
ongehuwd	13.4	9.3	18.6	15.5	13.5	9.1	11.6	7.8
gehuwd	4.7	6.4	4.3	6.6	4.8	6.8	5.6	8.2
gescheiden	0.4	0.7	0.3	0.6	0.5	0.9	0.2	0.4
weduwstaat	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
totaal	18.5	16.5	23.2	26.7	18.8	16.7	17.4	16.5
30-39 jaar:								
ongehuwd	4.4	2.4	4.6	2.7	3.6	1.9	2.7	1.5
gehuwd	10.2	8.9	11.5	11.2	9.6	8.9	13.0	12.7
gescheiden	1.7	1.7	1.4	1.4	1.7	1.8	0.9	1.1
weduwstaat	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1	0.0	0.1
totaal	16.3	13.1	17.5	15.3	14.9	12.7	16.6	15.4
40-49 jaar:								
ongehuwd	1.5	1.0	1.3	0.7	1.3	0.7	1.0	0.6
gehuwd	8.0	6.7	8.5	7.5	8.7	7.5	10.2	9.4
gescheiden	1.4	1.4	1.0	0.9	1.5	1.4	0.7	0.8
weduwstaat	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1	0.3	0.1	0.3
totaal	10.9	9.4	10.8	9.3	11.5	10.0	12.0	11.1
50-59 jaar:								
ongehuwd	1.1	1.3	1.3	0.7	0.9	0.8	0.7	0.7
gehuwd	8.2	7.4	7.4	6.5	9.1	8.4	8.7	8.0
gescheiden	1.0	1.2	0.5	0.7	1.0	1.0	0.5	0.5
weduwstaat	0.2	1.1	0.2	0.9	0.3	1.1	0.2	0.9
totaal	10.5	11.0	8.8	8.8	11.3	11.4	10.0	10.2

	Den Haag		Leiden		Rotterdam		Nederland	
	m	v	m	v	m	v	m	v
60-69 jaar:								
ongehuwd	0.7	1.6	0.4	0.8	0.6	0.9	0.5	0.7
gehuwd	8.6	7.0	6.6	5.6	8.3	6.9	6.6	5.7
gescheiden	0.7	1.1	0.3	0.5	0.6	0.8	0.3	0.4
weduwstaat	0.6	3.1	0.5	2.2	0.6	3.0	0.4	2.1

totaal	10.6	12.9	7.8	9.2	10.1	11.6	7.8	8.9
70+:								
ongehuwd	0.5	2.3	0.4	1.4	0.5	1.5	0.4	1.1
gehuwd	6.7	4.3	4.9	3.5	6.4	4.4	4.4	3.1
gescheiden	0.4	1.1	0.2	0.4	0.4	0.7	0.2	0.3
weduwstaat	1.9	9.0	1.4	6.0	2.0	8.8	1.4	5.5

totaal	9.5	16.7	6.8	11.3	9.2	15.4	6.3	9.9
=====								
totaal:								
ongehuwd	45.3	38.2	51.0	45.2	44.4	36.8	46.8	40.3
gehuwd	46.4	40.9	43.2	41.0	46.9	43.1	48.4	47.3
gescheiden	5.6	7.3	3.7	4.4	3.0	13.4	2.8	3.5
weduwstaat	2.8	13.6	2.1	9.5	5.7	6.6	2.1	8.9

%	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)	(100)
totaal								
n	210784	234429	50671	53590	269045	286304	7124152	7270437

Bijlage 9.a

Percentage van het verschil tussen werkelijk en verwacht aantal opnemingen naar geslacht, leeftijd en burgerlijke staat in Den Haag, Leiden en Rotterdam in 1983

Den Haag	man	vrouw	totaal
ongehuwd	+95.4	+83.2	+89.9
gehuwd	+112.5	+127.2	+120.8
gescheiden	+36.1	+42.9	+40.0
weduwstaat	+238.1	+152.6	+168.1

totaal	+99.1	+99.5	+99.3

Leiden	man	vrouw	totaal
ongehuwd	+55.6	+27.1	+43.2
gehuwd	+60.9	+61.3	+61.1
gescheiden	+11.8	+163.2	+91.7
weduwstaat	0	+93.3	+77.7

totaal	+57.5	+71.7	+64.8

Rotterdam	man	vrouw	totaal
ongehuwd	+40.3	+6.8	+26.6
gehuwd	+35.3	+25.6	+29.8
gescheiden	-2.9	-24.7	-14.4
weduwstaat	-3.7	+12.3	+9.2

totaal	+28.1	+6.5	+16.7

Bijlage 9.b

Sexratio (man:vrouw) van het aantal werkelijke en verwachte opnemingen naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat in Den Haag, Leiden en Rotterdam in 1983

Den Haag	werkelijk	verwacht
ongehuwd	1.3	1.3
gehuwd	0.7	0.8
gescheiden	0.7	0.7
weduwstaat	0.3	0.2

totaal	0.8	0.8

Leiden	werkelijk	verwacht
ongehuwd	1.6	1.3
gehuwd	0.7	0.7
gescheiden	0.4	0.9
weduwstaat	0.1	0.2

totaal	0.9	0.9

Rotterdam	werkelijk	verwacht
ongehuwd	1.9	1.4
gehuwd	0.8	0.8
gescheiden	1.1	0.9
weduwstaat	0.2	0.2

totaal	1.1	0.9

Bijlage 10

Opnemingen naar diagnosegroep in percentage van het totaal per jaar in Nederland

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976
1. Dementias	8.5	10.2	8.2	8.3	8.0	8.2	8.3
2. Oth.org.cond.	6.2	6.2	6.2	5.5	5.1	4.8	4.3
3. Schizophrenias	14.5	15.4	13.0	12.6	12.5	12.3	13.3
4. Affect.Psych.	16.1	15.8	16.0	15.3	14.9	15.6	15.2
5. Other Psych.	24.8	24.5	22.6	21.2	19.2	18.4	19.4
6. Neurose	11.1	10.6	13.8	15.2	17.2	16.8	16.8
7. Pers. dis.	6.7	6.0	7.4	7.4	7.5	7.6	7.2
8. Addiction	8.2	7.7	8.9	10.7	11.5	13.0	12.7
totaal n	13.591	12.971	14.826	16.265	17.595	18.486	19.322

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983
1. Dementias	6.9	7.6	8.2	7.0	6.8	7.2	6.6
2. Oth.org.cond.	2.8	2.2	2.3	2.5	2.3	2.2	2.2
3. Schizophrenias	12.9	12.3	12.4	12.1	11.4	12.0	11.6
4. Affect.Psych.	16.6	11.7	13.1	11.8	12.8	13.3	14.1
5. Other Psych.	21.1	15.8	16.0	16.7	19.8	17.8	15.5
6. Neurose	18.0	19.9	20.2	20.8	19.2	19.5	18.2
7. Pers. dis.	8.0	9.6	8.8	8.8	8.6	8.3	8.5
8. Addiction	11.3	11.7	11.2	12.5	12.7	12.1	12.0
totaal n	19.212	19.047	19.534	20.450	20.909	22.755	25.335

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO