

DR. J.A. JENNER*

Opnamepreventie bij psychiatrische ziektebeelden

Het aantal opnamen in Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen is de laatste 15 jaar meer dan verdubbeld. Hierbij valt op dat de opname-indicatie steeds minder wordt gesteld door psychiaters in de tweede lijn van de geestelijke gezondheidszorg en steeds meer door huisartsen en andere hulpverleners. Met behulp van opname-voorkomende strategieën blijkt het mogelijk het aantal psychiatrische opnamen significant te doen afnemen.

Inleiding

Ondanks de vele beleidsuitspraken dat het aantal psychiatrische opnamen teruggedrongen moet worden, is de laatste tien à vijftien jaar het opnamepromillage in Nederland meer dan verdubbeld. Opvallend hierbij is dat de tweedelijns psychiaters (zelfstandig gevestigden, RIAGG's) steeds minder betrokken worden bij de indicatiestelling, en dat steeds meer patiënten direct van de eerste naar de derde lijn gaan (en vice versa). Die toename wordt voornamelijk gerealiseerd door huisartsen, poli's APZ en een min of meer onbekende groep (maatschappelijk werk, Sociale Dienst, politie, wijkpredikanten en de patiënten zelf (bij een verzoek om heropname: 'draaideur'); het gaat hier dus om opnamen die worden gerealiseerd buiten de hulpverleners van de ambulante geestelijke gezondheidszorg om, soms zelfs tegen hun uitdrukkelijk advies in. In negen jaar tijd nam het opnamepromillage via deze kanalen toe met respectievelijk 96, 125 en 262 procent.¹

De toename van de door huisartsen gerealiseerde psychiatrische opnamen is niet gerelateerd aan de toename van het aantal huisartsen en evenmin aan het

aantal huisartsen per duizend inwoners.¹ Nader onderzoek over het aandeel van de huisartsen in de psychiatrische opname is mij niet bekend. Oorzakelijke factoren zouden gezocht kunnen worden in een veranderde praktijkvoering, een veranderend consumptief gedrag, verminderde nazorg door de tweedelijns AGGZ, het 'draaideurfenomeen', de 'modellen-strijd' binnen de psychiatrie over de waarde van het medische model versus het sociale model, en tenslotte in de prioriteit die de psychotherapie krijgt, ten nadele van de sociaal-psychiatrische hulpverleningsmethodieken.

Pseudo-oplossing

Een opname verlost het systeem van een probleem, maar isoleert de patiënt van zijn systeem; daardoor kan een opname verworden tot een pseudo-oplossing. De operante conditionering die hierbij optreedt, zal heropname bevorderen – een ontwikkeling die de laatste jaren sterk is toegenomen.

Goffman en *Scheff* hebben de bijwerkingen van een opname beschreven. Een daarvan is het hospitalizatiesyndroom: een soort van iatrogene secundaire handicap, die een structureel aspect is van elke psychiatrische opname. Een psychiatrische opname vormt voor de burger het bewijs dat de hulpverleners zijn maatschappelijke beeldvorming over 'gekte' hebben bekrachtigd; het stigma is hierdoor gelegaliseerd, een soort 'Kema-keur' voor gek gedrag.^{2,3}

Deze beeldvorming stopt niet bij het ontslag, maar werkt lange tijd door en bemoeilijkt de terugkeer van de patiënt in de maatschappij. De maatschappij accepteert makkelijker 'patiëntisering' door hulpverleners dan 'de-patiëntisering'. Onder anderen *Cooper* heeft de uitstotende gevolgen daarvan aange-toond. Zodra iemand psychisch ziek wordt genoemd, dreigt zijn conflictgedrag tijdens meningsverschillen te worden beoordeeld als uiting van die ziekte en niet als 'normaal' conflictgedrag. Hierdoor vervaagt het verschil tussen ziektegedrag en probleemgedrag: con-

flicten worden gecamoufleerd en een oplossing wordt daardoor belemmerd.⁴

Opname-voorkomende strategieën

Opname-voorkomende strategieën (OVS) staan in een sociaal-psychiatrische traditie die in Nederland in de jaren dertig is ingezet door *Querido*.⁵ In OVS zijn elementen van de sociale psychiatrie – attitude, directe bereikbaarheid, continuïteit van zorg en huisbezoek – en van de psychotherapie – het planmatig, evaluerend werken – geïntegreerd met een aantal crisisinterventietechnieken, gebaseerd op de theorieën van *Lindemann* (rouwprocessen), *Caplan* (anticiperende emoties, cognitieve processen tijdens crises) en *Tyhurst* (fasering naar de beleving van het tijdsperspectief).⁶⁻⁸

Wanneer gevraagd wordt om opname in een APZ, vertoont de situatie alle kenmerken van een crisis die is opgebouwd uit delen die elk afzonderlijk meestal niet tot een opname zouden leiden. Zoals men de rokken van een ui pelt, zo probeert men met OVS steeds een deelprobleem op te lossen, totdat de noodzaak tot opname is verdwenen. Hiervoor is het nodig toegang te krijgen tot het systeem.

De soms conflicterende belangen van patiënt en sleutelfiguren bemoeilijken dit, zeker bij ernstige psychiatrische problematiek. 'Relabelling', erkenning van ieders lijden onder de situatie en van ieders goede bedoelingen versnellen de toegang tot het systeem. Enthousiasme en hoop in een goede afloop moeten worden geïnduceerd door motiveringstechnieken en door het werken aan korte-termijn doelen. Tijdens frequente en intensieve contacten worden veranderingen in gang gezet door congruente en/of paradoxale interventies, die ondersteund kunnen worden met medicatie. De mogelijkheden voor een ambulante behandeling worden permanent afgewogen tegen de noodzaak van opname.^{1,9}

Op pagina 275 wordt een voorbeeld gegeven van een succesvolle opname-voorkomende strategie. Dat voorbeeld kan met vele andere worden uitgebreid. Daarnaast blijkt uit de literatuur dat opname-voorkomende strategieën verschillende voordelen hebben boven opname.

● *Langsley et al.* boden een groep pa-

* Als psychiater verbonden aan het RIAGG Dordrecht e.o.

** Het begrip ambulant wordt gebruikt in verschillende betekenissen. Hier is bedoeld: de hulp aan patiënten die ambulant (= niet opgenomen) zijn. De term 'outreaching' heeft betrekking op activiteiten waarbij de hulpverlener naar de hulpvrager toegaat, zoals beoordelingen op het politiebureau, huisbezoek en consult in de praktijkruimte van de huisarts.

Casus

Beoordelingsgesprek

De huisarts verzoekt mij een onvrijwillige opname te regelen van Mevrouw Pieterse. Zij vertoont sinds enkele maanden toenemende gedragsstoornissen die niet meer hanteerbaar zijn voor haar gezin en die, ondanks zijn intensieve bemoeienissen, niet zijn verbeterd. De laatste dagen zijn de problemen geëscaleerd: patiënte verscheurt 's nachts elk papier dat ze kan vinden, ook waarde- en verzekeringspapieren. Tweemaal heeft ze het huis verlaten in haar onderkleding. In overleg met de huisarts wordt nog dezelfde dag een beoordelingsgesprek geregeld waarbij alle thuiswonende gezinsleden aanwezig zijn.

Het zeer emotioneel verlopende gesprek, dat ruim twee uur heeft geduurd, is als volgt samen te vatten:

Patiënte wisselt vriendelijk, maar apatisch gedrag af met korte perioden van motorische onrust, waarin ze ontremd lijkt. Ze reageert op een paranoïde psychotische manier. Voor soortgelijke problemen is ze tweemaal eerder opgenomen geweest in een APZ, waar ze goed heeft gereageerd op psychofarmaca. Momenteel weigert ze medicatie, 'omdat ze niet gek is'. Lichamelijk onderzoek weigert ze. De huisarts noch de anamnese geven alarmerende signalen over organiciteit of intoxicatie.

Patiënte heeft nooit sociale contacten aangeknoopt: als Indonesische Nederlandse voelde ze zich niet thuis tussen de streekgenoten van haar man. Hij heeft zijn pogingen haar mee te nemen naar zijn sportclub maar opgegeven. De kinderen zijn wel meegegaan, waardoor patiënte ook in het gezin geïsoleerd is geraakt. In de gezinstherapie spreekt men hier van een 'los-zand-gezinsstructuur'.

Sinds de decompensatie van patiënte zijn de gezinsleden zich veel meer om haar gaan bekommeren: de man komt vroeger thuis en de dochter gaat uit wandelen en winkelen met haar moeder. De ruzies tussen de kinderen en de conflicten tussen vader en dochter over haar vriendje en hun discobezoek (een gegeven dat slechts gelezen kan worden tussen de regels door) zijn gestopt.

Patiënte weigert, daarin gesteund door haar dochter, een opname. De echtgenoot is ambivalent, maar neigt tot opname. Patiënte is niet gevaarlijk en zolang haar gezin dit kan opbrengen, dreigt geen verwaarlozing.

Conclusie

Mijn conclusie luidt: een paranoïde psychose bij een schizoïde, sociaal onwortelde en geïsoleerde vrouw, die wordt aangemeld op onvrijwillige basis, doordat overbelasting/verstoring dreigt van de draagkracht/homoiostase in het gezin. Psychofarmaca hebben in het verleden snel effect gesorteerd. Naast problemen op het menselijke vlak veroorzaakt haar psychose een vermindering van haar isolement en is er een bindend effect op de gezinsrelaties. Zo komt de man meer thuis en zijn de conflicten rond de dochter verminderd. Overigens zien de gezinsleden dat effect niet.

Tijdens de crisiszitting verliest de eis tot opname van de echtgenoot haar dwingende karakter. Hij is, daartoe aangezet door specifieke vraagtechnieken, bereid tot overleg over een voor allen draaglijke oplossing. De toestand van patiënte noch de gevaarsprognose dwingen tot een opname. Daarom kan ambulante behandeling worden overwogen, te meer daar patiënte voorheen goed reageerde op psychofarmaca. Voorwaarden hiervoor zijn: medewerking van de gezinsleden, vermindering van de draaglast en ondersteuning van de draagkracht, en intensieve en continue hulpverlening.

Behandeling

Besloten wordt tot een opname-voor komende strategie (OVS). Na de informatiefase waarin empathie en diagnostiek centraal stonden, verschuift het accent van de aanpak naar crisis-interventietechnieken. Hierbij is van belang om schuldvragen zo goed mogelijk te neutraliseren. Met een speciale vraagtechniek wil het meestal wel lukken om de achterliggende, maar verkeerd uitgedrukte goede bedoelingen van alle betrokkenen te expliciteren. Dit creëert de benodigde rust door de erkenning, die hieruit voortvloeit. Uitvoerig wordt in deze fase ook aandacht besteed aan de explicitering van ieders lijden onder de problemen.

Vervolgens wordt met behulp van 'relabelings'-technieken – zoals positief etiketteren – gezocht naar een omschrijving die door alle betrokkenen kan worden geaccepteerd. Deze gemeenschappelijke noemer is een belangrijk moment voor het welslagen van de crisisaanpak. De storende gedragingen van patiënte worden omschreven als pogingen haar leven te ordenen. Sommige activiteiten, zoals het verscheuren van papier, krijgen een symboolwaarde; haar apathie wordt geduid als mediteren over verle-

den en toekomst, de motorische onrust als afreageren. Benadrukt wordt dat zo'n verandering op zichzelf wenselijk is, maar dat de uitvoering te wensen overlaat (ook hier een formulering die naar beide kanten openingen biedt, zonder gezichtsverlies).

Nadat ieders instemming is gevraagd en geuit, wordt voorgesteld om gezamenlijk een betere aanpak te vinden. Het gezin zegt medewerking toe, waarna patiënte toestemt in een gezinsverzorgster, wat ze voordien had afgewezen. Medicatie (een belangrijke voorwaarde die haar man stelt voor een ambulante behandeling) blijft ze weigeren.

De therapeut besluit om haar te benaderen als moeder in plaats van als patiënte: het tekort aan nachtrust van de jongste van vier en de gevaren daarvan worden uitvoerig besproken. Het volgende 'slaapplan' vindt ieders goedkeuring: wie om 22.00 uur nog niet slaapt, neemt medicatie om de andere gezinsleden niet wakker te maken/houden. Patiënte accepteert hiervoor Haldol® 5 mg.

Waardering wordt uitgesproken voor ieders inzet en opofferingsgezindheid, het telefoonnummer van de acute dienst wordt gegeven en een huisbezoek wordt gepland op de volgende ochtend.

Het gezin heeft goed geslapen, patiënte heeft haar medicatie genomen en reageert meer alert; vader en dochter zijn hoopvoller gestemd.

De eerste week is dagelijks telefonisch contact gelegd met het gezin en zijn drie huisbezoeken afgelegd van ongeveer een uur elk. Hierna was de ergste dreiging bezworen.

In de tweede week zijn een huisbezoek en een uitvoerige gezinstherapeutische zitting op het bureau gedaan. Structurerende directieve gezinstherapie was hierna mogelijk. Enkele karakteristieken van deze benadering zijn: de therapeut geeft richtlijnen en aanwijzingen; gestreefd wordt naar een beperkt aantal zittingen; gewerkt wordt aan concrete, welomschreven doelen; de therapeut werkt pragmatisch (wat werkt bij dit probleem in deze context?); de therapeut plaatst de problemen in een zo gunstig mogelijke context.

Na zes maanden werd de therapie door het gezin met succes beëindigd. In de behandeling zijn in zijn totaliteit – inclusief reistijd, telefonisch overleg met huisarts, gezinszorg e.d. – maximaal 20 uur geïnvesteerd, wat zeker niet veel genoemd mag worden.

tiënten voor wie de indicatie tot opname reeds was gesteld, alsnog een OVS aan. De resultaten die hiermee werden bereikt, waren niet slechter en vaak beter dan de resultaten die bij een controle-groep met opname werden geboekt.¹⁰

- Psychiatrische problemen zijn een belasting voor de patiënt zelf en voor diens omgeving; ontlasting van de omgeving kan zelfs een reden tot opname zijn. Hoewel draagkracht en draaglast per geval en per individu verschillen, blijkt voor de groep in zijn geheel een opname niet te leiden tot een significante vermindering van de subjectief ervaren belasting. Daarentegen zijn zowel de patiënt als de gezinsleden significant meer tevreden over intensieve OVS dan over een opname.¹

- OVS doen het aantal opnamen significant dalen. Het gemiddeld aantal opnamen per huisarts is in gebieden waar OVS werden toegepast, kleiner dan de helft van het landelijk gemiddelde. Ook verder is daar het aantal opnamen buiten de ambulante, 'outreaching' werkende psychiatrie om niet toegenomen.^{**}

- Het aantal heropnamen en opnamen van patiënten bij wie, ondanks toepassing van OVS, toch opname nodig was, is lager dan het aantal heropnamen van patiënten die direct werden opgenomen.^{1 10 11}

- Met OVS wordt het ontstaan van een hospitalisatiesyndroom voorkomen.

Een verantwoorde toepassing van opname-voorkomende strategieën stelt overigens, ongeacht de aard van de problematiek, hoge eisen aan de specifieke deskundigheid op uiteenlopende terreinen. Dit geldt in het bijzonder bij psychotische decompensaties, dwangverschijnselen, uitzonderingstoestanden, vitale depressies en suïcidaliteit. Elders heb ik uiteengezet, waarom ik sociaal psychiaters hiervoor de aangewezen hulpverleners acht.⁹

Het stellen van een indicatie

Het stellen van een opname-indicatie vereist taxatie op een aantal terreinen die nogal van elkaar kunnen verschillen, zodat daarvoor ook verschillende deskundigheden in een en dezelfde persoon verenigd moeten zijn. Een opnamebeoordeling legt daardoor een sterke morele druk op de schouders van de beoordelaar.

Een goede indicatiestelling bestaat uit:

- een gevaarstaxatie en -prognose;
- een psychiatrisch onderzoek van de symptomatologie, de urgentie en de prognose;
- een taxatie van crisogene factoren, maar ook van de respectieve crisisstadia waarin de individuele leden van het systeem zich bevinden;
- een systeemanalyse met een schatting van de mogelijke homeostatische functie van de symptomen;
- een beoordeling van draagkracht en draaglast, en van de sociale omstandigheden, gestoeld op uitvoerige kennis van de therapeutische mogelijkheden extra-, semi-, en intramuraal;
- onderzoek naar gedragssequenties en factoren die ongewenste gedragingen bekrachtigen.

Overbelasting van het systeem wordt regelmatig aangevoerd als reden voor opname. Vaak is dit ten onrechte. De patiënt en diens systeem blijken significant minder tevreden over een psychiatrische opname dan over deskundig toegepaste hulp met OVS.¹² Onderzoek heeft aangetoond dat de draaglast die sleutelfiguren ervaren van het gedrag van een psychiatrische patiënt, niet waarneembaar vermindert wanneer de patiënt wordt opgenomen.¹³

Het stellen van een indicatie vereist gespecialiseerde kennis en veel ervaring die op peil gehouden moet worden. Het belang hiervan blijkt uit het onderzoek van *Mendell and Rapport*. Zij vergeleken in een dubbelblind onderzoek de opvattingen van hulpverleners over opname-indicatoren en over het gewicht dat aan elke indicator toegekend moet worden, met de indicatoren die in de praktijk waren gebruikt. Zij toonden aan dat de ernst van de symptomen, de prognose en de urgentie in de praktijk geen significante invloed hebben op het stellen van de indicatie tot opname, ondanks het feit dat de beoordelaars zelf ervan overtuigd waren dat hun indicatiestelling juist op deze factoren was gebaseerd. De invloed van voornoemde factoren bleek zelfs af te nemen, naarmate de gedragsstoornissen ernstiger waren.¹⁴

De enige factor met een significante invloed op de opname-indicatie is het aantal eerdere opnamen in een psychiatrische setting. Dit onderstreept nog eens de zin van OVS. Een opname-

indicatie gesteld zonder kennis van OVS, is onvolledig en ten nadele van de patiënt. De indicatie voor een psychiatrische opname kan het beste worden gesteld door een in OVS ervaren sociaal psychiater met 'outreaching' mogelijkheden, in nauwe samenwerking met de huisarts.

Samenwerking

De optimale vorm van samenwerking tussen huisarts en sociaal psychiater is dermate afhankelijk van de lokale situatie dat ik mij wil beperken tot enkele praktijkervaringen. Belangrijk werden gevonden:

- vrije toegankelijkheid van de sociaal psychiater voor de huisarts;
- directe beschikbaarheid van de sociaal psychiater voor overleg en consultatie, eventueel aan huis of tijdens het spreekuur;
- praktijkgerichte nascholing voor de huisarts;
- gestructureerd consultatie-overleg op een de huisarts passend tijdstip (eenmaal per 4-6 weken);
- geen opname buiten de tweedelijns (sociale) psychiatrie om, maar vroegtijdig invoeren van deze hulp; verzoek tot medebeoordeling in plaats van verzoek om een opname te regelen;
- overleg met de consultant, alvorens door de huisarts mededelingen over de wenselijkheid van een opname aan de patiënt en diens omgeving worden gedaan;
- goede regeling van verantwoordelijkheden: de huisarts behandelt met ruggespraak, of de psychiater doet consult op basis waarvan de huisarts verder gaat, of de psychiater neemt de leiding en pleegt ruggespraak;
- de huisarts informeert zijn waarnermer(s) over gemaakte afspraken en (te verwachten) problemen;
- frequent overleg, zowel telefonisch als door middel van verwijsbrief, intakeverslag en ontslagbrief.

Bij enkele projecten heeft dit geleid tot intensieve samenwerking, met als resultaat dat alle opnamen in een periode van drie jaar met wederzijdse instemming zijn gerealiseerd, en dat het aantal vragen om opname aan de sociaal psychiatrische afdeling van de RIAGG tot nul is gedaald.¹

Literatuur op pag. 289.

in procenten en de weinig kritische houding ten opzichte van het maken c.q. de waarde van cervixmeers. Als geheel is dit boek echter een geslaagd deel in de groene reeks.

Eloy van de Lisdonk

An atlas of diseases of the eye. 3rd ed. Perkins ES, Hansell P, Marsh RJ. Edinburgh, etc.: Churchill Livingstone, 1986; 90 bladzijden, prijs 14.95. ISBN 0-443-02961-X.

De auteurs willen de medisch student, de huisarts en de specialist/niet-oogarts met behulp van ruim 200 afbeeldingen met begeleidende tekst een gemakkelijk toegankelijke atlas van oogheelkundige aandoeningen verschaffen. De onderwerpen zijn systematisch gerangschikt, volgens de anatomie van het oog en de omliggende delen. Foto's van normale oogstructuren gaan vooraf aan afwijkingen. Enige aandacht wordt besteed aan de werking van oogheelkundig instrumentarium en enkele keren wordt ingegaan op de opsporing van aandoeningen (iedereen van 40 jaar en ouder moet gescreend worden op glaucoom; screening op diabetische retinopathie is een zaak van ervaren oogartsen).

De tekst is compact (in totaal niet meer dan 35 bladzijden), maar toch soms bewonderenswaardig compleet. Voor een goed begrip van de afbeeldingen is men aangewezen op de tekst, maar ook dan is het niet altijd mogelijk deze te interpreteren. Een voorbeeld daarvan zijn de afbeeldingen van de kamerhoek: het lijkt me, dat men deze vaak in vivo gezien moet hebben om er iets van te begrijpen; ook is dan duidelijk, dat op foto's details verloren gaan, in dit geval van het trabeculum. Overigens is het boekje verzorgd uitgegeven en zijn veel afbeeldingen van goede kwaliteit.

Niet duidelijk is de achtergrond, van waaruit de auteurs tot hun keuze van onderwerpen zijn gekomen. Incidenties van aandoeningen worden niet vermeld, evenmin het klinisch belang. In de inleiding wordt gesproken over 'meer gewone en belangrijke' oogziekten. Mij lijkt eerder dat hier sprake is van een mengeling van veel voorkomende aandoeningen, waaronder de bekende 'minor ailments', en – soms spectaculaire – zeldzaamheden (bijvoorbeeld een uit het

oog hangend melanoom). Een in de huispraktijk veel voorkomende klacht afkomstig van glasvochttroubelingen ('floaters') blijft onbesproken.

Het niveau waarop de lezer het meest profijt zal hebben van het gebodene, ligt ergens bij dat van een extra geïnteresseerde student die pas zijn co-schap oogheelkunde heeft afgerond. De huisarts zal waarschijnlijk niet meer dan 20 procent van de besproken aandoeningen in zijn leven te zien krijgen.

W.H. de Bruin

An atlas of bedside microscopy [Occasional paper 32]. Longmore JM. Londen: The Royal College of General Practitioners, 1986; 31 pagina's, prijs 8.50. ISBN 850-84110-0

In dit *occasional paper* krijgt een knutselaar volop gelegenheid om met de resultaten van zijn hobby de markt op te gaan. Al eerder is hem een kraam aangeboden, in de *British Medical Journal*, in de *Medical Annual* en op WONCA 1986.

Wat voor waar wordt hier geboden? Het uitgangspunt is een draagbaar microscoopje, de Mc Arthur, waarvan de optiek niet onderdoet voor die van laboratoriumapparaten. Het miniatuur stelt eisen en biedt mogelijkheden en hiermee is Longmore vindingrijk aan de slag gegaan. Hij toont dat het goed mogelijk is om tijdens een visite het urinesediment te bekijken en betrouwbare tellingen te verrichten in het beeld van perifeer bloed. Ook de microscopische benadering van pus, slijm en huidschimmels is mogelijk.

Tot zover is deze waar naar zijn geld. Maar men heeft argumenten nodig om de huisarts diets te maken, dat het loont om op de draagbare toer te gaan. En hierover kan ik kort zijn: wat Longmore aanvoert, is niet geldig. Hij moet het voor een groot deel hebben van een batig saldo van een kosten/baten-analyse van cito microscopisch onderzoek aan het bed van de patiënt. In die analyse kan ik hem niet serieus nemen. Bedenklijker zijn de opvattingen over de validiteit van de uitkomsten van dit soort onderzoek voor de beslissonde bij het huisartsgeneeskundig handelen; Longmore ontleent er wel erg veel zekerheid aan.

Dit paper is fraai uitgevoerd, bevat

veel mooie foto's en voldoende verwijzingen en adressen. De inhoud is wellicht relevant voor een huisarts die dagelijks veel visites maakt in de rimboe. En dan blijf je toch zitten met de vraag waarom voorname marktmeesters zoveel ruimte bieden aan deze uitvinder en koopman in tierelantijnen.

P.J.A.M. Baselier

Literatuur bij: Jenner, Opnamepreventie, pp. 274-6

- ¹ Jenner JA. Opnamevoorkomende strategieën in de praktijk van de sociale psychiatrie [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1984.
- ² Goffman E. Stigma. Notes on the management of spoiled identity. Eaglewood Cliffs, N.Y.: Prentice Hall, 1963.
- ³ Scheff ThJ. The social reaction to deviance, ascriptive element in the psychiatric screening of the mental patients in a mid-western state. *Social Problems* 1969; 11: 410-1.
- ⁴ Cooper D. Psychiatry and antipsychiatry. Londen: Paladin, 1970.
- ⁵ Querido A. Home care of the mental patient. Londen: Oxford University Press, 1936.
- ⁶ Lindemann E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiat* 1944; 101: 141-8.
- ⁷ Caplan G. Principles of preventive psychiatry. 2nd ed. New York: Basic Books, 1964.
- ⁸ Tyhurst JS. The role of transition-states including disasters in mental illness. In: Symposium on preventive and social psychiatry. Washington, D.C.: Walter Reed Army Medical Center, 1957.
- ⁹ Jenner JA. Opname preventie door opname voorkomende strategieën. *Metamedica* 1985; 64: 188-98.
- ¹⁰ Langsley DG, Machotka P, Flomenhaft K. Avoiding hospitalization: a follow-up study. *Am J Psychiat* 1971; 127: 127-30.
- ¹¹ Jenner JA, Nagels MM. De opnamestroom naar het psychiatrisch ziekenhuis en de mogelijke invloed hierop van opnamevoorkomende strategieën. Rotterdam: Instituut voor Preventie en Sociale Psychiatrie, 1983.
- ¹² Stein LJ, Test MA. Training in community living: one-year evaluation. *Am J Psychiat* 1976; 133: 917-8.
- ¹³ Herz MI, Endicott J, Spitzer RL. Brief versus standard hospitalization: the families. *Am J Psychiat* 1976; 133: 917-8.
- ¹⁴ Mendel M, Rapport S. Determinants of the decisions for psychiatric hospitalization. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 20: 321-8.