

Sociaal isolement en ggz-gebruik bij patiënten met een ernstige psychische aandoening

L.F.M. VAN DER POST, J.F. KOENDERS, J.J.M. DEKKER, A.T.F. BEEKMAN

ACHTERGROND Hoe ernstiger een psychiatrische ziekte, des te belangrijker is sociale steun. Onderzoek toonde echter aan dat patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) een kleiner netwerk hebben dan een controlegroep uit de algemene bevolking.

DOEL Onderzoeken van de samenhang tussen netwerk grootte en ervaren sociale steun enerzijds en zorgconsumptie anderzijds bij psychiatrische patiënten met en zonder EPA.

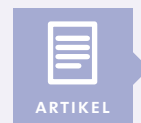
METHODE Een groep van 252 patiënten die een crisisconsult kregen in Amsterdam, werd op basis van twee jaar observatie verdeeld in patiënten met en zonder EPA. Woonsituatie, netwerk grootte en ervaren sociale steun werden bepaald tijdens interviews. Aansluitend werd drie jaar ggz-gebruik gemeten. Met multivariate analyses werd bepaald welke variabelen de hoogte van ggz-gebruik voorspellen.

RESULTATEN Gedurende drie follow-upjaar was er voor beide patiëntengroepen geen verandering in het gemiddeld niveau van zorgconsumptie. Voor alle patiënten gold dat naarmate het netwerk groter was, de ggz-consumptie afnam (OR: 0,85; 95%-BI: 0,75-0,96). Patiënten met EPA toonden in vergelijking met patiënten met een lichtere stoornis een ruim drie keer zo hoge zorgconsumptie (OR: 3,76; 95%-BI: 2,13-6,63), gecorrigeerd voor de effecten van netwerk grootte en woonsituatie.

CONCLUSIE Patiënten met een EPA worstelen met symptomen en beperkingen die uit hun ziekte voortvloeien en leven doorgaans in omstandigheden die hun zelfredzaamheid ondermijnen. Ze hebben een beperkt sociaal netwerk, wonen vaak alleen, leven vaak van een uitkering en gebruiken aanzienlijk meer zorg dan patiënten met een lichtere stoornis. Hun psychiatrische zorgconsumptie lijkt stabiel over de jaren. Er zullen effectievere sociale interventies ontwikkeld moeten worden dan nu beschikbaar zijn om deze patiëntengroep meer zelfredzaam en minder zorgafhankelijk te maken.

TIJDSCRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 445-454

TREFWOORDEN EPA, ernstige psychische aandoening, follow-uponderzoek, sociaal netwerk, sociale steun, zorgconsumptie



ARTIKEL



Behandelrichtlijnen noemen het betrekken van familie en belangrijke anderen een voorwaarde voor optimale psychiatrische behandeling (American Psychiatric Association 2000; van Alphen e.a. 2012). In de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie staat: 'Brede zorg op geleide van individuele zorgbehoeften kan alleen effectief zijn als er in de zorg samenwerking is met maatschappelijke instellingen en voorzie-

ningen. De inzet van ervaringsdeskundigheid en participatie van familieleden is hierbij onmisbaar. [...] Familiebetrokkenheid heeft zijn noodzaak bewezen bij crisis, langdurige opvang en vroegsignalering.' (van Alphen e.a. 2012). In de dagelijkse praktijk wordt deze aanbeveling niet vaak opgevolgd (Kim & Salyers 2008; Eassom e.a. 2014; Maybery e.a. 2014). Dit hangt mogelijk samen met het isolement waarin veel

patiënten met een (ernstige) psychiatrische ziekte leven. Is er wel familie, zijn er wel belangrijke anderen beschikbaar om bij een behandeling te betrekken?

Uit recent Nederlands onderzoek bleek dat bij patiënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) het sociale netwerk 40% minder mensen telde dan bij personen uit een controlegroep zonder EPA (Koenders e.a. 2017). Uit onderzoek in Zweden, het VK, Italië en Canada is tevens bekend dat er bij mensen met een psychotische stoornis (de belangrijkste diagnosegroep onder patiënten met EPA) een inverse correlatie bestaat tussen omvang van het sociale netwerk en het vóórkomen van psychiatrische opnames (Faccinani e.a. 1990; Aberg-Wistedt e.a. 1995; Becker e.a. 1997; Norman e.a. 2005). Hoe kleiner het netwerk, des te vaker een psychiatrische opname plaatsvindt. In Nederland bleek dat alleen wonen en het beschikken over een beperkt sociaal netwerk geassocieerd zijn met een hogere kans op een gedwongen opname in het kader van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) (Van der Post e.a. 2012; 2014a).

Verwacht kan worden dat een beperkt sociaal netwerk en het ontbreken van ervaren steun bij patiënten met EPA de (door hun ziekte al verminderde) zelfredzaamheid beperken en tot hoger ggz-gebruik leiden. In dit onderzoek toetsten wij deze veronderstelde samenhang.

De cohort is samengesteld uit patiënten met een ziektebeeld dat onder een EPA valt en patiënten met een lichtere of voorbijgaande psychiatrische stoornis (Delespaul 2013). De patiënten werden aansluitend op een spoedeisend psychiatrisch consult geïnterviewd en vervolgens vijf jaar geobserveerd.

We toetsten vier hypothesen:

- Patiënten met EPA wonen vaker alleen en beschikken over een beperkter sociaal netwerk dan patiënten met een lichtere of voorbijgaande stoornis.
- Patiënten met EPA ervaren minder sociale steun en meer sociale stress dan patiënten met een lichtere of voorbijgaande stoornis.
- Naarmate de omvang van het sociale netwerk geringer is, is het gebruik van ggz hoger.
- Naarmate minder sociale steun en meer sociale stress wordt ervaren, is het gebruik van ggz hoger.

METHODE

Studieopzet en setting

We verzamelden de gegevens van alle patiënten die in de periode van 14-9-2004 tot 15-9-2006 een crisisconsult kregen van de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) of het Acuut Behandelteam (ABT) met een follow-up van vijf jaar (tot 2013).

AUTEURS

LOUK F.M. VAN DER POST, senior onderzoeker, afd.

Onderzoek, Arkin GGZ, Amsterdam.

JITSKE F. KOENDERS, Arkin GGZ, Amsterdam.

JACK J.M. DEKKER, hoofd afd. Onderzoek, Arkin GGZ en hoogleraar Psychologie, VU afd. Klinische Psychologie, Amsterdam.

AARTJAN T.F. BEEKMAN, hoogleraar Psychiatrie, VUMC, afd. Psychiatrie, GGZ Ingeest, Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. Louk F.M. van der Post, Arkin GGZ, Klaprozenweg 111, 1033 NN Amsterdam.

E-mail: lvdp@xs4all.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-3-2019.

De SPA voorziet in de 24/7 spoedeisende psychiatrie voor de stad Amsterdam (Bernardt e.a. 2006). Het ABT is een gespecialiseerde crisisdienst voor het centrum en oude westen van de stad. Tijdens kantooruren neemt het ABT verwijzingen aan van huisartsen, ggz-professionals en artsen van spoedeisendehulpdiensten binnen haar zorggebied. De SPA behandelt 24 uur per dag de politieverwijzingen voor de hele stad en buiten kantooruren ook de overige verwijzingen.

De inclusieprocedure en samenstelling van deze cohort werden eerder uitgebreid beschreven (Van der Post 2012a).

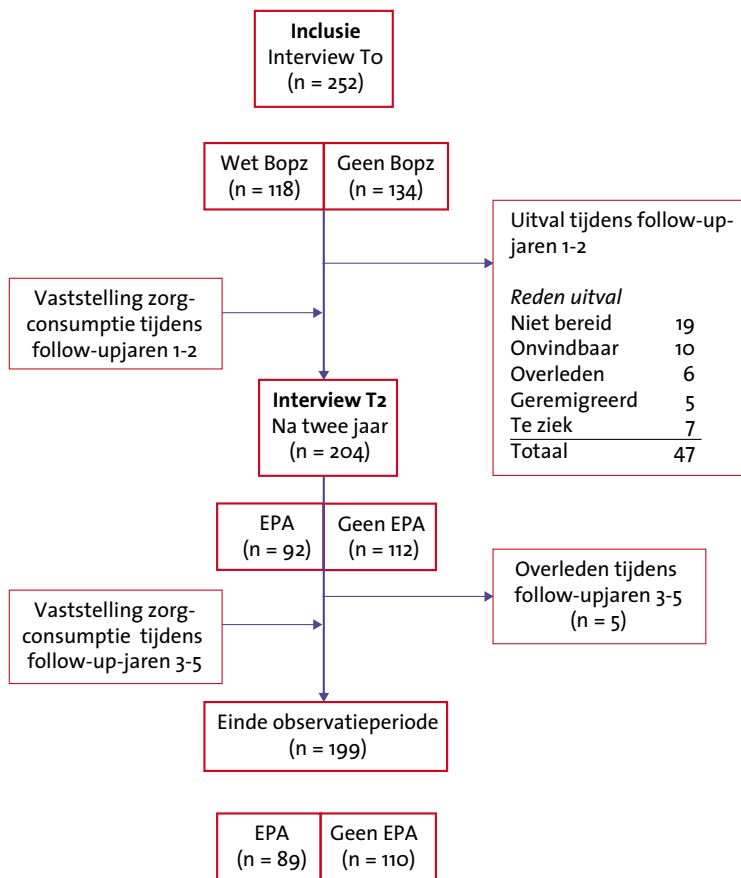
Criteria voor inclusie

Van alle consulten die gedurende de onderzoeksperiode plaatsvonden, werd het eerste consult genomen van iedere unieke patiënt. Uit deze 2479 consulten werden na informed consent twee subcohorten samengesteld: één cohort van patiënten die bij het spoedeisend consult een Bopz-opname kreeg en een tweede groep die vrijwillige vervolgbehandeling kreeg of geen vervolgbehandeling. De inclusieprocedure en randomisatie werden eerder uitgebreid beschreven (Van der Post 2012b). Van de Bopz-groep werd elke patiënt geïncludeerd en bij de tweede groep elke vierde patiënt. Zo ontstond een gemengde cohort van patiënten met zwaardere en lichtere crises.

Patiëntkenmerken

Bij inclusie werden leeftijd, sekse, woonsituatie en diagnostische categorie volgens DSM-IV-TR vastgelegd (APA 2000). Ook werd de uitkomst van het spoedeisend consult genoteerd.

FIGUUR 1 Stroomdiagram



Patiënten met en zonder EPA

Patiënten worden tot de EPA-groep gerekend als zij een ernstige psychische stoornis hebben die zorg/behandeling noodzakelijk maakt en die niet van voorbijgaande aard is. Daarnaast moet er sprake zijn van uit de ziekte voortvloeiende ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren (Delespaul 2013).

Wij operationaliseerden deze criteria in dit onderzoek op basis van twee jaar observatie als volgt (zie **FIGUUR 1**).

- *Psychiatrische stoornis die niet van voorbijgaande aard is.* Operationalisatie: zowel bij inclusie als tijdens voortgezette behandeling (op twee meetmomenten dus) is er een binnen DSM-IV-TR gecategoriseerde psychiatrische stoornis op as I toegekend. Patiënten met een aanpassingsstoornis of met een uitgestelde diagnostische classificatie op het tweede meetmoment werden niet geïncludeerd in de EPA-groep.
- *Psychiatrische stoornis die zorg/behandeling noodzakelijk maakt.* Operationalisatie: er is gedurende twee voorafgaande observatiejaren sprake van aaneengesloten behandeling.
- *Uit de ziekte voortvloeiende ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren.* Operationalisatie:

de bron van inkomsten gedurende twee voorafgaande observatiejaren is een uitkering in het kader van de Algemene Bijstandswet (ABW), de Ziektewet (ZW) of de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Patiënten die gedurende de observatieperiode als bron van inkomsten betaald werk hadden, werden niet tot de EPA-groep gerekend.

Zorgconsumptiegegevens

Hiervoor werd gebruikgemaakt van de database Psygis-Quarant die door de Amsterdamse ggz-instellingen wordt gebruikt. We legden het aantal, de soort en de duur van psychiatrische behandelingen vast gedurende vijf meetjaren. Om tot een maat voor intensiteit van behandeling te komen gebruikten we de *Index of Service Consumption* (isc; Lavik 1983). Hiermee werd een totaalscore berekend voor het ggz-gebruik door een poliklinisch consult één punt toe te kennen; een dag in deeltijdbehandeling twee punten; een dag in 24-uurszorg: drie punten.

Interviews

De geïncludeerde patiënten werden bij inclusie en na het tweede observatiejaar (zie **FIGUUR 1**) geïnterviewd. Tijdens

het interview legden we de sociaal-demografische gegevens (woonsituatie, inkomstenbron etc.) van dat moment vast. Om de omvang van het sociale netwerk te bepalen gebruikten we de *Vragenlijst Structuur van het Sociale Netwerk* (VSSN) (Van Sonderen 1991). Deze brengt het natuurlijke netwerk van de patiënt in kaart: de mensen (partner, familie, burens, werk- en school-gerelateerde contacten etc.) die een rol spelen in het dagelijks leven van de patiënt. Tot de categorie familie worden partner en bloedverwanten van de cliënten gerekend. Voor het meten van de ervaren kwaliteit van de sociale

steun gebruikten we de *Social Resources Questionnaire* uit het *Multidimensional Health Profile* (MHP; Ruehlman e.a. 1999). Deze vragenlijst heeft twee subschalen: ervaren sociale steun en ervaren negatieve interactie.

Uitkomstmaat

Voor de uitkomstmaat werd het totale ggz-gebruik van een patiënt gemeten over het derde t/m het vijfde follow-upjaar, vastgesteld op basis van gegevens uit de Amsterdamse ggz-database. Met de ISC werd een totaalscore toegekend voor het ggz-gebruik zoals beschreven (Lavik 1983).

TABEL 1 Sociodemografische en klinische kenmerken plus sociale steun bij patiënten met en zonder EPA bij de tweede meting (n = 204)

	Geen EPA (n = 112) N (%)	EPA (n = 92) N (%)	Totaal (n = 204) N (%)	p*
Geslacht				
man	49 (44)	45 (49)	94 (46)	0,28**
vrouw	63 (56)	47 (51)	110 (54)	
Totaal	92 (100)	102 (100)	204 (100)	
Woonsituatie bij tweede interview				
Alleenwonend	62 (55)	57 (62)	119 (58)	0,004
Woont in instelling of is opgenomen	7 (6)	16 (17)	23 (11)	
Woont met anderen (partner, familie etc.)	43 (38)	19 (21)	62 (30)	
Diagnostische categorie				
Psychotische stoornis	32 (29)	46 (50)	78 (38)	< 0,000**
Stemmingsstoornis	27 (24)	27 (29)	54 (26)	
Drugs- of alcohol-gerelateerde stoornis	10 (9)	13 (14)	23 (11)	
Angststoornis	8 (7)	2 (2)	10 (5)	
Overige stoornissen	23 (20)	4 (4)	27 (13)	
Geen stoornis	12 (10)	0 (0)	12 (6)	
	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	Gemiddelde (SD)	p
Leeftijd	40,59 (12,30)	37,82 (10,05)	39,34 (11,40)	0,08***
Sociale steun				p
Aantal familieleden inclusief partner	2,05 (1,37)	1,80 (1,07)	1,94 (1,25)	0,15****
Contacten buiten familie en partner (excl. hulpverlening)	3,5 (2,00)	2,78 (1,73)	3,18 (1,91)	0,007****
Totaal aantal personen in sociale netwerk	5,55 (2,71)	4,59 (2,15)	5,12 (2,51)	0,005****
Ervaren sociale steun	31,16 (7,10)	30,57 (7,66)	30,90 (7,34)	0,57****
Ervaren stress binnen sociale netwerk	7,50 (3,49)	8,26 (4,11)	7,85 (3,79)	0,16****

* Op de grenswaarde voor significantie werd i.v.m. het aantal toetsen een bonferroni-correctie toegepast: $\alpha = 0,05/10$.

**Pearsons χ^2 -toets.

***t-toets voor onafhankelijke steekproeven.

****U-toets van Mann-Whitney voor onafhankelijke steekproeven.

TABEL 2 Zorgconsumptie gedurende de jaren 3-5 voor patiënten met en zonder EPA (n = 199)

	Geen EPA (n = 110) Gemiddelde (SD)	EPA (n = 89) Gemiddelde (SD)	Totaal (n = 199) Gemiddelde (SD)	p
ISC-score gedurende follow-upjaar 3***	47,91 (167,23)	260,25 (337,94)	142,87 (278,12)	< 0,000*
ISC-score gedurende follow-upjaar 4	55,59 (167,16)	266,69 (335,68)	150,00 (276,65)	< 0,000*
ISC-score gedurende follow-upjaar 5***	76,72 (195,40)	230,82 (329,779)	145,64 (274,32)	< 0,000*
Behandeling bij einde follow-up	Aantal (%)	Aantal (%)	Aantal (%)	P
Geen behandeling geregistreerd	69 (63)	9 (10)	78 (39)	< 0,000**
Ambulante behandeling	38 (34)	67 (75)	105 (53)	
Vrijwillige opname 24 u/deeltijd	3 (3)	7 (8)	10 (5)	
BOPZ-opname	0 (0)	6 (7)	6 (3)	

*U-toets van Mann-Whitney voor onafhankelijke steekproeven.

**Pearsons χ^2 -toets.

***Jaar 3 en jaar 5 vergeleken voor patiënten zonder en met EPA met toets van Wilcoxon voor verwante steekproeven: p = 0,750 resp. p = 0,367.

Statistische analyses

De inclusieprocedure, randomisatie en samenstelling van de basis-onderzoekscohort (n = 252) werden in eerdere publicaties uitgebreid beschreven (van der Post 2012a,b). De samenstelling van de onderzoekscohort aan het eind van het tweede jaar (zie **FIGUUR 1**) werd beschreven voor patiënten met en zonder EPA (**TABEL 1**). Hierbij werden de bivariate analyses voor de categorale variabelen gedaan met Pearsons χ^2 -toets. Leeftijdverschillen werden getoetst met een t-toets voor onafhankelijke steekproeven. Voor de (continue) variabelen van sociale steun werden de gemiddelde scores vergeleken met de mann-whitney-U-toets voor onafhankelijke steekproeven.

Vervolgens werd de zorgconsumptie gedurende de jaren 3-5 voor patiënten met en zonder EPA vergeleken met de mann-whitney-U-toets voor onafhankelijke steekproeven (**TABEL 2**).

Hierna werd een bivariate analyse gedaan van de associatie tussen de onafhankelijke variabelen (elk afzonderlijk) en de cumulatieve zorgconsumptie over jaar 3 t/m 5 met behulp van *negative binomial regression* (**TABEL 3**). Deze vorm van lineaire-regressieanalyse werd gekozen omdat de frequentieverdeling van de uitkomstmaat (een telling) niet normaal verdeeld bleek en evenmin voldeed aan de voorwaarden voor een poissonverdeling.

Ten slotte onderzochten wij in een multivariate analyse met *negative binomial regression* welke onafhankelijke variabelen tezamen de beste voorspelling gaven van het ggz-gebruik tijdens follow-upjaar 3-5 (**TABEL 4**). In deze analyse werden alleen de variabelen meegenomen die bij de bivariate regressieanalyses een significante (p ≤ 0,05)

associatie vertoonden met de uitkomstmaat (zie **TABEL 3**). Voor de start van dit onderzoek werd een poweranalyse uitgevoerd (Van der Post e.a. 2014b). Als grenswaarde voor significantie werd een α van 0,05 aangehouden. Voor de statistische analyse werd gebruikgemaakt van SPSS 19 (IBM 2010).

RESULTATEN

Beschrijving van de cohort: patiënten met en zonder EPA

Op basis van 2 jaar observatie werden met toepassing van de drie inclusiecriteria 92 patiënten met EPA gevonden en 112 patiënten met een lichtere of voorbijgaande stoornis onder de 204 patiënten die twee jaar na hun spoedeisend consult een interview werd afgenomen (**TABEL 1**).

Wat geslacht en leeftijd betreft, bestonden er geen aantoonbare verschillen tussen patiënten met en zonder een EPA. De patiënten met EPA woonden nagenoeg even vaak alleen als de patiënten zonder (62% resp. 55%), maar woonden vaker in een instelling (17% resp. 6%) en minder vaak met anderen (21% resp. 38%; p = 0,004). Die instellingen waren psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische woonvoorzieningen of voorzieningen voor dak- en thuislozen.

De patiënten met EPA telden ook gemiddeld 17% minder personen in hun sociale netwerk dan de patiënten met een lichtere stoornis ((4,59; SD: 2,15 resp. 5,55; SD: 2,71; p = 0,005). Dit kwam vooral doordat ze 21% minder contacten buiten de familie hadden (2,78; SD: 1,73 resp. 3,50; SD: 2,00; p = 0,007). Patiënten met en zonder EPA ervoeren in gelijke mate sociale steun en stress.

TABEL 3 Bivariate binomiale regressie: sociodemografische en klinische variabelen als (afzonderlijke) voorspellers van zorgconsumptie (ISC-score) tijdens follow-upjaren 3 t/m 5 (n = 199)

	Parameterschattingen		Omnibustoets		
	OR (95%-BI)	Walds p	Likelihood R χ^2	df	p
Geslacht					
man	1,22 (0,69-2,15)	0,449	0,451	1	0,502
vrouw	1				
Leeftijd (lineair)	0,98 (0,95-1,00)	0,083	2,951	1	0,086
Woonsituatie bij tweede interview					
Alleenwonend	1,66 (0,89-3,11)	0,111		2	0,029
Woont in instelling of is opgenomen	3,55 (1,30-9,69)	0,013	7,056		
Woont met anderen (partner, familie etc.)	1				
Diagnostische categorie DSM-IV-TR as I; vastgesteld tijdens behandeling na inclusie					
Psychotische stoornissen	2,11 (1,10-4,07)	0,026			
Stemmingsstoornissen	1,10 (0,53-2,26)	0,803	5,880	2	0,053
Overige of geen as I-stoornis	1				
EPA					
Ja	4,21 (2,44-7,25)	< 0,001	24,547	1	< 0,000
Nee	1				
Sociale steun					
Aantal familieleden inclusief partner	0,88 (0,67-1,16)	0,370	0,761	1	0,383
Contacten buiten familie en partner (excl. hulpverlening)	0,80 (0,68-0,93)	0,005	7,353	1	0,005
Totaal aantal personen in sociale netwerk	0,82 (0,71-0,94)	0,003	7,795	2	0,005
Ervaren sociale steun/stress					
Ervaren steun	0,97 (0,93-1,01)	0,141	2,170	1	0,138
Ervaren stress	1,02 (0,94-1,11)	0,606	0,273	1	0,602

Patiënten met EPA leefden, zoals door de inclusiecriteria bepaald, allen van een uitkering: 8% kreeg een zw-uitkering, 41% een ABW-uitkering en 51% een WIA.

Van de patiënten met EPA had 50% een psychotische stoornis tegen 29% bij de patiënten zonder EPA. De patiënten met een EPA hadden daarentegen minder vaak (4%) dan groep zonder EPA (23%) een stoornis in de categorie overig ($p \leq 0,001$).

ZORGCONSUMPTIE TIJDENS FOLLOW-UP

Er was voor alle drie follow-upjaren een significant verschil in de gemiddelde ggz-gebruik (uitgedrukt in de ISC-score) tussen patiënten met en zonder EPA ($p < 0,001$). De gemiddelde ISC-score voor patiënten met en zonder EPA bleef gedurende de follow-upjaren overigens stabiel. Van de patiënten met EPA waren er aan het eind van de follow-upperiode 75 (95%) nog in behandeling, van de patiënten zonder EPA 47 (39%; $p < 0,001$) (TABEL 2).

PREDICTIE VAN ZORGCONSUMPTIE

Ter voorbereiding van de ontwikkeling van een voorspellingsmodel voor de hoogte van zorgconsumptie (voor de twee patiëntengroepen) werd eerst de associatie met de uitkomstmaat onderzocht voor de afzonderlijke onafhankelijke variabelen (TABEL 3).

Voor gender, leeftijd en diagnostische categorie werd geen associatie gevonden met de hoogte van de zorgconsumptie tijdens de follow-upperiode. Het wonen in een instelling bij het begin van de follow-up bleek geassocieerd met hogere zorgconsumptie vergeleken met samenwonen met partner of familie (OR: 3,55; 95%-BI: 1,30-9,69; $p = 0,013$). Voor alleen wonen versus met anderen wonen gold dit verschil niet. Verder bleek het gemiddeld aantal contacten buiten familie (negatief) geassocieerd met de zorgconsumptie (OR: 0,80; 95%-BI: 0,68-0,93; $p = 0,005$). Waardoor ook het gemiddeld totaal aantal contacten negatief geassocieerd was met de zorgconsumptie (OR: 0,2; 95%-BI: 0,7-1-

TABEL 4 Predictie van zorgconsumptie; multivariate negatieve binomiale regressie (n = 199)

Patiëntkenmerken	Stap 1			Stap 2			Stap 3		
	OR (95%-BI)	p		OR (95%-BI)	p		OR (95%-BI)	p	
Woonsituatie bij tweede interview									
Alleenwonend	1,66 (0,89-3,11)	0,111		1,38 (0,72-2,66)	0,336		1,12 (0,60-2,11)	0,715	
Woont in instelling of is opgenomen	3,55 (1,30-9,69)	0,013		2,75 (0,98-7,66)	0,054		1,30 (0,45-3,79)	0,638	
Woont met anderen (partner, familie etc.)	1			1			1		
Totaal aantal personen in sociale netwerk				0,85 (0,74-0,98)	0,023		0,85 (0,75-0,96)	0,012	
EPA									
Ja							3,76 (2,13-6,63)	≤ 0,001	
Nee							1		
Modelfit									
	Likelihoodratio χ^2	df	p	Likelihoodratio χ^2	df	p	Likelihoodratio χ^2	df	P
Model	7,056	2	0,029	11,971	3	0,007	32,109	4	0,000
Verandering in fit				4,915	1	0,027	20,138	1	0,000

0,94; $p = 0,003$); hoe meer gerapporteerde contacten, des te lager de zorgconsumptie. Voor ervaren sociale steun en sociale stress (gemeten met de *Social Resources Questionnaire*) werd geen associatie gevonden met de hoogte van de zorgconsumptie tijdens follow-up.

De drie variabelen die (bivariaat) een significante associatie toonden met de uitkomstmaat (TABEL 3) werden stapsgewijze ingevoerd in een multivariate analyse met negatieve binomiale regressie om te komen tot het best passende predictiemodel.

Het predictiemodel toonde in stap één dat verblijven (wonen) in een instelling bij het begin van de follow-up periode geassocieerd was met 3,5 keer zo hoge zorgconsumptie vergeleken met wonen met partner of familie (OR: 3,55; 95%-BI: 1,30-9,69; $p = 0,013$). Wanneer in stap 2 het totaal aantal personen in het netwerk als voorspeller werd toegevoegd, bleek dat een hoger (gemiddeld) aantal personen was geassocieerd met een lagere zorgconsumptie (OR: 0,85; 95%-BI: 0,74-0,98; $p = 0,023$): één persoon meer in het netwerk was geassocieerd met een 15% lagere zorgconsumptie (gecontroleerd voor de invloed van de woonsituatie). Na toevoegen van wel of niet lijden aan een EPA in stap 3 bleef deze associatie bestaan (OR: 0,85; 95%-BI: 0,75-0,96; $p = 0,012$). Patiënten met een EPA toonden een ruim drie keer zo hoge zorgconsumptie in vergelijking met de patiënten met een lichtere stoornis (OR: 3,76; 95%-BI: 2,13-6,63; $p \leq 0,001$).

DISCUSSIE

De hypothese dat patiënten met een EPA een kleiner sociaal netwerk hebben en vaker alleen wonen dan patiënten met een lichtere of voorbijgaande aandoening wordt door onze data ondersteund. Ook werd enige steun gevonden voor de hypothese dat het gebruik van ggz hoger is naarmate de omvang van het sociale netwerk geringer is. Deze samenhang bleek onafhankelijk van de ernst en persistentie van de psychiatrische stoornis. Dit betekent dat het gevonden verband ook voor de patiënten zonder een EPA geldt. De hypothese dat patiënten met EPA minder sociale steun en meer sociale stress ervaren dan patiënten met een lichtere of voorbijgaande stoornis kon op basis van onze gegevens niet bevestigd worden. Hetzelfde geldt voor de hypothese dat het gebruik van de ggz hoger is naarmate minder sociale steun en meer sociale stress wordt ervaren.

Ten slotte bleek dat vrijwel alle patiënten met een EPA aan het eind van de follow-up nog in behandeling waren, zonder dat er sprake was van een daling van de gemiddelde zorgconsumptie over de drie follow-upjaren.

Vergelijking met eerder onderzoek

Onze bevindingen sluiten aan op eerder onderzoek. Dit geldt zowel voor de associatie tussen omvang van het sociale netwerk en ernst van stoornis (Koenders e.a. 2017) alsook voor de relatie tussen grootte van het netwerk en omvang van de zorgconsumptie (Faccinani e.a. 1990; Aberg-Wistedt e.a. 1995; Becker e.a. 1997; Norman e.a. 2005). Wat dit laatste betreft, moeten we wel aantekenen

dat in ons onderzoek de associatie tussen netwerkomvang en zorgconsumptie (met een OR tussen 0,75 en 0,96) niet erg sterk is.

Mogelijke interventies

Het ligt voor de hand dat patiënten met een ernstige psychiatrische aandoening een hoge zorgconsumptie tijdens follow-up tonen. Wel viel op dat de gemiddelde intensiteit van die zorg in de loop van de observatiejaren niet afnam en dat bijna alle patiënten met EPA aan het eind van de follow-upperiode nog in zorg waren. Dit zou erop kunnen wijzen dat er maar heel weinig patiënten met EPA een betekenisvolle remissie van hun stoornis hadden en dat de meesten onveranderd veel zorg behoeften.

De resultaten van ons onderzoek suggereren dat interventies gericht op uitbreiden van het sociale netwerk bij (ernstig) psychiatrische patiënten tot enige vermindering van zorgconsumptie zou kunnen leiden. Veel wetenschappelijke steun voor de juistheid van deze verwachting is tot nu toe echter niet gevonden.

Vrijwel alle sociale interventies bij patiënten met een EPA (of vergelijkbare conditie) die beschreven zijn, waren gericht op het vinden van zinvolle dagbesteding en werk, al dan niet betaald. Onderzoeken die zich richtten op het effect van uitbreiding van het sociale netwerk *an sich* zijn ons niet bekend.

In een gerandomiseerd Zweeds onderzoek bij patiënten met een lang bestaande psychiatrische stoornis werd gevonden dat betaald werk een positief effect had op tevredenheid met het dagelijks leven en op scores op de *Brief Psychiatric Rating Scale*. Bij patiënten die deelnamen aan onbetaalde sociale activiteiten werd dit effect echter niet gevonden (Eklund e.a. 2004). Die groep verschilde in uitkomst niet van de groep zonder interventie.

In Nederland wordt *Individual Placement and Support* (IPS) als een bewezen effectieve methode voor arbeidsrehabilitatie van (o.a.) patiënten met een EPA gezien en is een proces van implementatie van deze methode gaande (Kinoshita e.a. 2013; Vukadin e.a. 2018). Deze internationaal geaccepteerde aanpak, waarbij arbeidsrehabilitatie geïntegreerd is in de werkzaamheden van een multidisciplinair ggz-team, sorteert volgens de laatste cochrane review (van 14 RCT's) effect op het krijgen van werk. Invloed op de ernst en omvang van psychiatrische symptomen en kwaliteit van leven wordt echter niet bewezen geacht (Kinoshita e.a. 2013). Dus het blijft vooralsnog een open vraag of vergrote maatschappelijke participatie en daarmee samenhangend uitbreiding van het sociale netwerk ook tot een lagere zorgconsumptie leidt.

Beperkingen

Dit observationele onderzoek toont samenhangen en laat geen conclusies toe over causale verbanden. Daarnaast hebben we de patiënten geïnccludeerd in aansluiting aan een spoedeisend consult. In deze groep zijn crisisgevoelige mensen, mensen met een psychotische stoornis, mensen die een dwangopname krijgen en mensen met verslavingsproblemen oververtegenwoordigd. Dit zou met zich mee kunnen brengen dat patiënten met en zonder een EPA in onze cohort minder van elkaar verschillen dan wanneer we de beide steekproeven hadden genomen uit alle mensen met een psychiatrische stoornis in de bevolking.

In het wegen van de resultaten van dit onderzoek moet ook meegenomen worden dat er 22 toetsen werden toegepast op dezelfde dataset. Dit betekent dat bij het gekozen significantieniveau van 0,05 de kans op onterecht afwijzen van één van de 22 nulhypotheseën de 1 nadert. Bij het interpreteren van de resultaten moet daarmee rekening gehouden worden. Nochtans hebben we ervoor gekozen geen bonferroni-correctie (of andere vorm van correctie van een *family-wise-error-rate*, FWER) toe te passen op het significantieniveau omdat daarmee de sensitiviteit van de toetsen te sterk zou verminderen (Feise 2002).

Ten slotte zijn de verzamelde gegevens niet van recente datum. Hierdoor zijn de eventuele effecten van recente veranderingen in de ggz, zoals het afbouwen van het aantal psychiatrische bedden, het sluiten van sociale werkplaatsen en de opbouw van meer ambulante voorzieningen (zoals FACT-teams) niet meegenomen in dit onderzoek.

CONCLUSIE

Wij concluderen dat patiënten met een EPA niet alleen worstelen met de symptomen en beperkingen die uit hun ziekte voortvloeien, maar ook in omstandigheden leven die hun zelfredzaamheid ondermijnen. Ze beschikken over een beperkt sociaal netwerk, wonen vaak alleen, leven vaak van een uitkering en gebruiken aanzienlijk meer zorg dan patiënten met een lichtere of voorbijgaande stoornis. Hun psychiatrische zorgconsumptie lijkt stabiel over de jaren heen. Er zullen effectievere sociale interventies ontwikkeld moeten worden dan nu beschikbaar zijn om deze patiëntengroep meer zelfredzaam en minder zorgafhankelijk te maken.

LITERATUUR

- Aberg-Wistedt A, Cressell T, Lidberg Y, Liljenberg B, Osby U. Two-year outcome of team-based intensive case management for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 1995; 46: 1263-6.
- American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the treatment of patients with depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1-45.
- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM-IV-TR. Washington: APA; 2000.
- Becker T, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, e.a. Social networks and service use among representative cases of psychosis in south London. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 15-9.
- Bernardt C, van Oenen FJ, Dekker JJM, Mulder WG. Spoedeisende psychiatrie in Amsterdam. De organisatie van een psychiatrische eerstehulp. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2006; 61: 827-37.
- Delespaul PH. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 427-38.
- Eassom E, Thornicroft G, Leese M, McCrone P, Johnson S, Albert M, e.a. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open* 2014; 4: e006108.
- Eklund M, Hansson L, Ahlqvist C. The importance of work as compared to other forms of daily occupations for wellbeing and functioning among persons with long-term mental illness. *Community Ment Health J* 2004; 40: 465-77.
- Faccincani C, Mignolli G, Platt S. Service utilisation, social support and psychiatric status in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. A 7 year follow-up study. *Schizophr Res* 1990; 3: 139-46.
- Feise RJ. Do multiple outcome measures require p-value adjustment? *BMC Med Res Methodol* 2002; 2: 8.
- IBM. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 19.0. Armonk: IBM; 2010.
- Kim HW, Salyers MP. Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: mental health professionals' perspectives. *Comm Ment Health J* 2008; 44: 337-45.
- Kinoshita Y, Furukawa TA, Kinoshita K, Honyashiki M, Omori IM, Marshall M, e.a. Supported employment for adults with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; 9: CD008297.
- Koenders JF, Mooij LD, Dekker JM, Kikkert M. Social inclusion and relationship satisfaction of patients with a severe mental illness. *Int J Social Psychiatry* 2017; 63: 773-8.
- Lavik NJ. Utilization of mental health services over a given period. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 404-13.
- Maybery D, Goodyear M, O'Hanlon B, Cuff R, Reupert A. Profession differences in family focused practice in the adult mental health system. *Family Process* 2014; 53: 608-17.
- Norman RM, Malla AK, Manchanda R, Harricharan R, Takhar J, Northcott S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr Res* 2005; 80: 227-34.
- Ruhlman L, Lanyon R, Karoly P. Development and validation of the Multidimensional Health Profile, Part I: Psychosocial Functioning. *Psychol Assess* 1999; 11: 166-76.
- van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra N, Boumans H, Bruggeman R, e.a. Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom; 2012.
- van der Post LF, Mulder CL, Peen J, Visch I, Dekker J, Beekman AT. Social support and risk of compulsory admission: part IV of the Amsterdam Study of Acute Psychiatry. *Psychiatr Serv* 2012; 63: 577-83.
- van der Post LF, Peen J, Dekker JJ. A prediction model for the incidence of civil detention for crisis patients with psychiatric illnesses; the Amsterdam study of acute psychiatry VII. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014a; 49: 283-90.
- van der Post LF, Peen J, Dekker JJ. A prediction model for the incidence of civil detention for crisis patients with psychiatric illnesses; the Amsterdam study of acute psychiatry VII. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2014b; 49: 283-90.
- van der Post LFM. IBS admission as an outcome; Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012a. pp. 9-160.
- van der Post LFM. IBS admission as an outcome; Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission. Amsterdam: Vrije Universiteit; 2012b.
- Van Sonderen E. Meten van sociale steun. Groningen: Rijkuniversiteit van Groningen, afd. Sociologie; 1991.
- Vukadin M, Schaafsma FG, Westerman MJ, Michon HWC, Anema JR. Experiences with the implementation of Individual Placement and Support for people with severe mental illness: a qualitative study among stakeholders. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 145.

SUMMARY

Social isolation, source of income and healthcare consumption for psychiatric patients with and without severe mental illness

L.F.M. VAN DER POST, J.F. KOENDERS, J.J.M. DEKKER, A.T.F. BEEKMAN

BACKGROUND The more severe the psychiatric illness the more patients are dependent on social support and informal care. However, research showed that patients with severe mental illness (SMI) have smaller networks than healthy controls.

AIM To examine the relationship between network size and perceived social support on the one hand and healthcare consumption on the other.

METHOD A group of 252 patients who got a crisis consultation in Amsterdam, was divided into patients with and without SMI on the basis of two years of observation. Mental healthcare consumption was then measured over a period of three years. Bi- and multivariate analyses were used to determine which variables predict levels of mental healthcare consumption.

RESULTS Both patient groups did not show any change in level of care consumption during the three follow-up years. In both SMI patients and other patients, mental healthcare consumption increased with smaller network size (OR 0,85; 95% CI 0,75-0,96). Patients with SMI showed a more than threefold higher care consumption compared to non-SMI patients (OR 3.19; 95% CI 1.82-5.61) independent of network size and living situation.

CONCLUSION SMI patients live in conditions that undermine self-reliance: they have a small social network, they often live alone and they usually depend on welfare benefits. They also consume considerably more care than patients with milder disorders and this level of consumption did not decline during the three years of follow-up. A development of new social interventions will be needed to make this patient group more self-reliant and less dependent on care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 61(2019)7, 445-454

KEY WORDS care consumption, follow-up research, severe mental illness, SMI, social network, social support