

## Patiënten met een neurotische depressie in de GGZ

### De prognostische waarde van een diagnostische hiërarchie

*S. Sytema, F.G. Brook, R. Giel en G.H.M.M. ten Horn*

#### Inleiding

Depressiviteit is in de GGZ een van de meest voorkomende psychiatrische problemen. Volgens een recente schatting zijn jaarlijks 5 mensen per 1000 van de bevolking van 18 jaar en ouder voor een depressie in behandeling bij de GGZ (Ormel e.a., 1984), terwijl in totaal naar schatting 34 mensen per 1000 van de volwassen bevolking jaarlijks door de GGZ worden behandeld (afd. Sociale Psychiatrie, RUG 1983). Het aandeel van depressies in de totale jaarlijkse door de GGZ behandelde morbiditeit is derhalve naar schatting 15%.

Veelal maakt men een onderscheid tussen endogene (psychotische) en reactieve of neurotische depressies. De neurotische depressie is verreweg de omvangrijkste categorie; naar schatting kan ongeveer 80% van alle depressies hiertoe worden gerekend (Ormel, Brook en Wiersma, 1984).

Depressiviteit als psychiatrisch verschijnsel staat de laatste jaren in het centrum van de belangstelling van het epidemiologisch onderzoek, waarbij men zich richt op de etiologie (Brown en Harris, 1979) en de incidentie en prevalentie (Bebbington 1978). Vrijwel niet is onderzocht wat er in de GGZ met deze categorie patiënten gebeurt. Dit artikel beoogt daarin enig inzicht te geven.

In het register geestelijke volksgezondheid dat sinds 31 december 1973 alle contacten van inwoners van een gemeente in het noorden des lands ( $\pm 45.000$  inwoners) met alle daar en in de omtrek aanwezige GGZ-voorzieningen registreert, hebben we een instrument om de hulpverlening aan een specifieke diagnostische categorie patiënten te onderzoeken (Giel en Ten Horn, 1976).

---

Schrijvers zijn respectievelijk als socioloog (1 en 2), als hoogleraar Sociale Psychiatrie (3) en als socioloog (4) verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit te Groningen.

## Vraagstelling en methodologie

Centraal in dit artikel staat de vraag naar welke zorg patiënten met een neurotische depressie (ICD 9 code 300.4) krijgen als ze in contact treden met de Geestelijke Gezondheidszorg. We bekijken de zorg op twee niveaus; op microniveau vergelijken we de zorgpatronen van patiënten onderling, op mesoniveau analyseren we de zorgverlening van de instellingen. Daarnaast vergelijken we ons cohort met de bevolking van de registergemeente om na te gaan of er demografische categorieën zijn met een relatief grote kans op een neurotische depressie.

Deze vraagstelling stelt een aantal eisen aan de onderzoeksopzet. Het moet een longitudinaal onderzoek zijn omdat we willen nagaan hoe lang men in zorg blijft en welke ontwikkelingen zich daarin voordoen. Bovendien willen we de zorg zowel op micro- als op mesoniveau kunnen analyseren. Het register geestelijke volksgezondheid is een onderzoeksinstrument dat aan deze eisen voldoet.

Het cohort op basis waarvan het onderzoek is uitgevoerd bestaat uit al diegenen uit de registergemeente die in 1975 in het register werden ingeschreven met als diagnose een neurotische depressie. Kenmerkend voor deze groep mensen is dat ze in ieder geval een jaar lang niet bij de GGZ in behandeling zijn geweest op het moment dat hun eerste contact in het register geregistreerd werd. We mogen dus aannemen dat we een cohort mensen met een neurotische depressie hebben, dat start met een nieuwe behandeling in de GGZ, voor de eerste keer, of na lange tijd zonder zorg te zijn geweest. Niet in het cohort zijn opgenomen diegenen die weliswaar in 1975 in het register zijn ingeschreven en in dat jaar ook op grond van een neurotische depressie in behandeling zijn geweest, maar die bij inschrijving een andere diagnose toegekend kregen. We hebben dit gedaan om het cohort bij de start van de periode van onderzoek zo homogeen mogelijk te krijgen. Het aldus samengestelde cohort (N 71) hebben we zes jaar lang vervolgd. Een persoon is in de vervolperiode overleden, maar werd wel in de berekeningen opgenomen.

De diagnostische classificatie van diegenen die in het register ingeschreven worden of reeds ingeschreven zijn, wordt gedaan door de psychiater die sinds de start (31-12-1973) bij het register betrokken is. Hij doet dit bij elke nieuwe intake van een patiënt op basis van informatie die door de hulpverlener die de intake uitvoert wordt verstrekt.

Het belangrijkste probleem bij de classificatie van ziektebeelden is het verschil in uitgangspunten van degenen die ze moeten indelen en anderen die de resultaten van die indeling willen verwerken. Het uitgangspunt van de eerste groep is dat de zieke herkenbaar blijft, dat de klassen hem helpen bij zijn beslissing over de juiste aanpak en dat de classificatie gebeurt in termen die zoveel mogelijk aansluiten bij de dagelijkse praktijk en zo min mogelijk zoekwerk vereisen. De doelstellingen voor een classificatie ten behoeve van de tweede groep, veelal

gebruikers uit de kringen van het beleid, zijn tot op heden niet duidelijk omschreven. Classificatie als hulpmiddel voor de evaluatie en planningen van de geestelijke gezondheidszorg is een doelstelling, maar is tevens nog te algemeen gesteld om als richtlijn te kunnen dienen.

Intussen bestaan er al verschillende classificatiesystemen (zoals de ICD) die intensief worden gebruikt en waaraan, zonder bovenstaand principieel probleem in beschouwing te nemen, al direct een aantal tekortkomingen is te onderkennen.

1. De klassen van de ICD staan veraf van de gedragsobservaties waarmee vele veldwerkers dagelijks moeten werken, bijvoorbeeld poliklinische werkers, of werkers uit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Men moet besluiten op grond van observaties die nog niet tot een diagnose (van een te classificeren ziekte) hebben geleid.

2. Voor degenen die desondanks met de ICD werken, bijvoorbeeld binnen de intramurale zorg, gelden de volgende bezwaren:

- a. behoorlijke selectiecriteria voor het onderscheid tussen de klassen, zijn in de ICD niet gedefinieerd. Wat dit betreft heeft de DSM-III meer te bieden.
- b. veelal zijn meer klassen (bijvoorbeeld een psychose en een persoonlijkheidsstoornis) van toepassing, maar ontbreken in het systeem regels die een hiërarchische keuze mogelijk maken. Een dergelijke hiërarchie hangt af van de doelstelling van de classificatie.
- c. zowel bij jeugdigen, chronische patiënten als ouderen spelen somatische problemen een grote rol. In het huidige systeem ontbreken goede instructies voor het classificeren van somatische stoornissen.
- d. V- en E-codes uit de ICD zouden, naast de sectie V-codes voor de ziekten, steeds dienst kunnen doen om de aanleiding tot het contact vast te leggen. Duidelijke instructies hiervoor zijn niet gegeven.

3. In de GGZ hebben we veelal te maken met mensen die herhaaldelijk of langdurig in contact staan met de voorzieningen. De ICD, met zijn nadruk op ziektebeelden, geeft een statisch beeld van de problematiek, dat hoogstens kan wisselen door het later geheel ontbreken van een diagnose. Het is niet mogelijk om veranderingen binnen dezelfde diagnostische klasse aan te geven. Bijvoorbeeld wat betreft de vermindering of vermeerdering van de symptomen of veranderingen in de afhankelijkheid van de zorg of in iemands sociale functioneren. De nieuwe ICIDH biedt wel aanknopingspunten maar is nog niet in de psychiatrie getoetst.

4. Tenslotte is er het probleem dat de psychische stoornissen in de eerste lijn veelal te weinig kenmerken hebben van een ziekte om met behulp van de ICD te kunnen worden ingedeeld. Daartoe zal het uitgangspunt van een dergelijke classificatie echter eerst moeten worden omschreven.

Voor het onder 2b gesignaleerde probleem, dat vooral in dit artikel aan de orde is, hebben we de volgende arbitraire afspraken gemaakt:

1. Is op de betrokkene de diagnose verslaving van toepassing, dan prevaleert deze boven alle anderen.
2. Is dementie een probleem bij de betrokkene, dan prevaleert deze diagnose boven alle andere behalve verslaving.
3. Heeft de betrokkene een organisch psychiatrisch syndroom anders dan een dementie, dan prevaleert deze diagnose over alle andere behalve 1. en 2.
4. Is er sprake van een psychose (schizofrenie, affectieve psychose en endogene depressie, of 'overige psychose'), dan prevaleert deze diagnose over alle andere mogelijkheden behalve 1., 2. en 3.
5. Is er sprake van een neurotische depressie, overige neurose of een psychosomatische stoornis dan prevaleert deze diagnose over alle andere mogelijkheden behalve 1., 2., 3. en 4.
6. Wanneer er sprake is van een stoornis in de persoonlijkheid dan prevaleert deze diagnose over oligofrenie, alleen wanneer er sprake is van de lichte graden daarvan (zwakbegaafdheid). Duidelijke debilitas of imbecilias prevaleert echter over de persoonlijkheidsstoornis die in zo'n geval trouwens niet goed meer beoordeeld kan worden. Verder prevaleren 1., 2., 3., 4. en 5. boven 6.
7. Oligofrenie prevaleert alleen over 8.
8. De overige psychiatrische toestanden worden uitsluitend gekozen wanneer geen van de andere categorieën gekozen kan worden.
9. Geen psychiatrische diagnose mag alleen worden gekozen op grond van de positieve beslissing dat de betrokkene psychiatrisch niet ziek is, dus niet uit armoede.

De willekeur van deze rangorde is gebaseerd op onze veronderstelling dat zij aangeeft bij welke categorie hulpverlening het probleem in de eerste plaats thuishoort: de verslavingszorg, de geriatrie, de algemene klinische psychiatrie enzovoort al naar gelang de doelstelling, zullen andere overwegingen tot een andere hiërarchie leiden. Uit het volgende zal blijken dat voor ons doel deze hiërarchie zin heeft.

Hoewel alle mensen die tot ons cohort behoren bij het begin van de vervolperiode dezelfde diagnose kregen, laat dat de mogelijkheid open dat er in de loop ervan diagnostische veranderingen optreden. Een belangrijk doel van diagnostische classificatie is het voorspellen van het zorgpatroon. We zullen bij onze analyse op microniveau daarom toetsen in hoeverre diagnostische verandering een voorspellende waarde heeft voor onze zorgvariabelen.

*Chroniciteit* – Het begrip chroniciteit in de psychiatrie krijgt langzamerhand een andere, meer omvattende inhoud. Onder de chronische psychiatrische patiënt werd altijd een patiënt verstaan die zeer langdurig in een ziekenhuis was opgenomen. Vooral door de verschuiving van intramurale naar extramurale zorg is er een groep chronische patiënten

ontstaan die niet of nauwelijks in de intramurale sector van de GGZ terecht komt, maar wel langdurig ambulant behandeld wordt. Om ook deze groep patiënten onder het begrip chroniciteit te laten vallen neigt men er momenteel toe dit begrip ook tot de ambulante zorg uit te breiden (zie o.a. Wiersma, Giel en De Jong, 1984, Ten Horn en Brook, 1984).

Wiersma e.a. (1984) maken melding van een voordracht van Gruenberg en Pepper op een symposium in 1982 van de World Psychiatric Association te Baltimore over 'the chronically mentally ill' waarin getracht wordt enige orde te scheppen in de chaos rond het begrip. Zij maken een onderscheid tussen een patiënt en een persoon met een psychiatrische stoornis. De laatste omschrijven zij als iemand die een ICD9 diagnose heeft gekregen en een patiënt is iemand die in zorg is bij de GGZ. Iemand kan patiënt zijn zonder een psychiatrische stoornis te hebben en omgekeerd. Ons cohort bestaat uit mensen die zowel een psychiatrische stoornis hebben als patiënt zijn. Gruenberg en Pepper definiëren chroniciteit uitsluitend in termen van duur: iets wordt chronisch genoemd als het een bepaalde tijdsduur, die afhankelijk is van de context waarin het begrip wordt gebruikt, overschrijdt. Volgens deze auteurs wordt in de medische context iets dat langer dan zes maanden duurt in de regel chronisch genoemd.

Door chroniciteit niet langer te beperken tot de intramurale zorg krijgt het begrip ook relevantie voor ons cohort. Wel moeten we hierbij bedenken dat wij uitsluitend een uitspraak over chroniciteit van neurotische depressies kunnen doen in zoverre deze samengaat met langdurig GGZ gebruik.

*Enkele variabelen waarmee we het zorgpatroon typeren* – Wij hanteerden drie maten voor de zorgduur:

1. de brutozorgduur: de periode tussen het eerste en het laatste contact met de GGZ in de vervolgperiode van zes jaar
2. de nettozorgduur: de brutozorgduur verminderd met de tijd die men daarvan niet in zorg is geweest – een niet zorgperiode: een periode van minimaal drie maanden zonder zorg –
3. intensiteit van de brutozorg: de verhouding tussen bruto- en nettozorgduur; dit is de proportie van de brutozorgduur die men daadwerkelijk in zorg is geweest.

Een beeld van de aard van de zorg krijgen we door te kijken naar het aantal ambulante contacten en het aantal opnamedagen.

## Resultaten

### 1. Microniveau

*Het cohort vergeleken met de bevolking van de registergemeente* –

Het cohort bestaat uit 26 mannen (37%) en 45 vrouwen (63%), terwijl

er in de registergemeente op 1 januari 1975 48% mannen en 52% vrouwen van 18 jaar en ouder woonden (bron: CBS). Het vrouwelijk geslacht is derhalve oververtegenwoordigd, zowel in absolute zin, als in relatie tot de bevolking van de registergemeente. Significant<sup>1</sup> is dit verschil tussen het cohort en de bevolking waaruit zij afkomstig is overigens niet. Dit gegeven, dat vrouwen relatief vaker met een depressie in de GGZ belanden dan mannen wordt in vrijwel elk epidemiologisch onderzoek gevonden (Weissman en Klerman, 1977). De leeftijdsverdeling is gestandaardiseerd per 1000 van de bevolking (tabel 1), zodat we het relatieve risico op een neurotische depressie van de leeftijdscategorieën kunnen vergelijken. De leeftijdscategorie van 30 tot 39 jaar heeft relatief de grootste kans om in contact te komen met de GGZ vanwege een neurotische depressie; de leeftijdscategorie van 60-69 jaar de kleinste. Groot zijn de verschillen tussen de verschillende leeftijdscategorieën evenwel niet. Grotere verschillen vinden we als we de gestandaardiseerde cijfers van de burgerlijke staat vergelijken (tabel 2). Vooral gescheidenen en in mindere mate mensen in de weduwstaat blijken een hogere kans dan het gemiddelde te hebben om met een neurotische depressie in de GGZ te belanden<sup>2</sup>.

*Tabel 1* Leeftijdsverdeling van het cohort neurotische depressie in absolute aantallen, in percentages en per 1000 van de bevolking

| leeftijd<br>in jaren | abs. (%) | per 1000 v.d.<br>bevolking |
|----------------------|----------|----------------------------|
| 18-29                | 19 (27)  | 2.0                        |
| 30-39                | 17 (24)  | 3.3                        |
| 40-49                | 12 (17)  | 2.6                        |
| 50-59                | 12 (17)  | 2.7                        |
| 60-69                | 3 (4)    | 1                          |
| 70+                  | 8 (11)   | 2.6                        |
| totaal               | 71 (100) | 2.4                        |

*Tabel 2:* Burgerlijke staat van het cohort neurotische depressie in absolute aantallen, in percentages en per 1000 van de bevolking

| burgerlijke<br>staat | abs. (%) | per 1000<br>v.d. bevolking |
|----------------------|----------|----------------------------|
| ongetrouwd           | 19 (27)  | 2.9                        |
| weduwstaat           | 11 (16)  | 4.8                        |
| gescheiden           | 5 (7)    | 10.2                       |
| getrouwd             | 35 (49)  | 1.7                        |
| totaal               | 71 (99)  | 2.4                        |

*Diagnostische veranderingen* – Een criterium voor opname in het cohort was dat de diagnose bij het eerste contact een neurotische depressie moest zijn. Daarmee lieten we de mogelijkheid open dat er gedurende de vervolperiode die wij hebben bekeken verandering van diagnose plaatsvond. Bij 13 van de 71 (= 18%) mensen was dit het geval. Vier cliënten hadden in de vervolperiode één of meer psychotische perioden (vooral affectieve psychosen; ICD: 296.0 – 296.9; 298.0 en 298.1).

Vijf mensen werden in de loop van de vervolperiode behandeld voor een verslaving; in drie gevallen ging het om alcohol, in één geval om drugs en één persoon was eerst aan alcohol verslaafd en later aan drugs.

Tabel 3: diagnostische verandering en kenmerken van de zorg (gemiddelden)

| Zorgkenmerken                                         | Diagnosegroepen   |      |                             |      |          |      |            |       |       |       | eta <sup>2</sup> | r | r <sup>2</sup> |
|-------------------------------------------------------|-------------------|------|-----------------------------|------|----------|------|------------|-------|-------|-------|------------------|---|----------------|
|                                                       | uitsluitend       |      | tevens een andere diagnose: |      |          |      |            |       |       |       |                  |   |                |
|                                                       | neurot.<br>-depr. |      | neurot.<br>stoornis         |      | psychose |      | verslaving |       |       |       |                  |   |                |
|                                                       | (n = 58)          |      | (N = 4)                     |      | (N = 4)  |      | (N = 5)    |       |       |       |                  |   |                |
|                                                       | abs.              | sd.  | abs.                        | sd.  | abs.     | sd.  | abs.       | sd.   |       |       |                  |   |                |
| gemiddelde bruto<br>zorgduur in dagen                 | 662               | 767  | 1067                        | 825  | 1567     | 594  | 1410       | 613   | .13*  | .34   | .12              |   |                |
| gemidd. netto<br>zorgduur in dagen                    | 447               | 592  | 275                         | 139  | 601      | 387  | 321        | 221   | .01   | -.03  | —                |   |                |
| proportie netto/bruto                                 | 82                | 28   | 48                          | 41   | 39       | 19   | 34         | 28    | .25** | .48** | .23              |   |                |
| gemiddeld aantal<br>ambul. contacten                  | 17                | 24   | 26                          | 21   | 24       | 23   | 14         | 9     | .11   | .03   | —                |   |                |
| gemiddeld aantal<br>opnamedagen                       | 29                | 64   | 20                          | 40   | 42       | 55   | 172        | 227   | .17*  | .35*  | .12              |   |                |
| aantal personen<br>met opname (%)                     | 16                | (28) | 1                           | (25) | 3        | (75) | 5          | (100) | .19** | .42*  | .18              |   |                |
| gemidd. aantal<br>opnamed. per op-<br>genomen persoon | 105               | 84   | 80                          | 0    | 56       | 58   | 172        | 227   | .08   | .15   | .02              |   |                |
| gemiddeld aantal<br>opnamen per<br>opgen. persoon     | 1.3               | .6   | 1                           | 0    | 1        | 0    | 2.4        | 1.7   | .25   | .36   | .13              |   |                |
| gemiddeld aantal<br>opnamedagen per opname            | 92                | 87   | 80                          | 0    | 56       | 58   | 66         | 71    | .03   | -.17  | .03              |   |                |
| gemiddeld aantal<br>bezoekte instell.                 | 1.5               | .8   | 2                           | .8   | 2.5      | 1.3  | 3.2        | 1.3   | .24** | .49   | .24              |   |                |

\*  $p \leq .05$

\*\*  $p \leq .001$

Tenslotte waren er nog vier mensen in het cohort die na een neurotische depressie in behandeling werden genomen voor andere neurotische stoornissen; in twee gevallen betrof het hysterie (ICD code 300.1), in twee andere neurasthenie (ICD code 300.5). De resterende 58 mensen uit ons cohort hebben alleen een neurotische depressie gehad.

In termen van onze hiërarchie kunnen we de hier onderscheiden groepen van diagnostische categorieën ordenen op grond van de positie die ze in deze hiërarchie innemen. De hoogste positie wordt ingenomen door diegenen die naast een neurotische depressie voor een verslaving in behandeling zijn geweest; dan komen diegenen die één of meer psychotische perioden hebben doorgemaakt, dan diegenen die ook voor andere neurosen dan een neurotische depressie zijn behandeld en tenslotte de groep met alleen de diagnose neurotische depressie. Op deze wijze hebben we een schaal geconstrueerd die de psychopathologie plaatst in een hiërarchie al naar gelang van de veronderstelde behoefte aan bepaalde voorzieningen.

Voor de verschillende diagnostische groepen hebben we gemiddelde waarden berekend van een aantal zorgvariabelen (zie tabel 3). Met behulp van variantieanalyse gingen we na in hoeverre deze gemiddelden per rang significant van elkaar verschillen; hoeveel variantie de rang kan verklaren zowel lineair als niet lineair ( $\eta^2$ ); in hoeverre er een lineair verband is tussen de hiërarchie en de verschillende zorgvariabelen ( $r$ ) en tenslotte de proportievariantie die de hiërarchie lineair kan verklaren ( $r^2$ )<sup>3</sup>.

We zien in tabel 3 dat de hiërarchische rangen significant samenhangen met vijf van onze zorgvariabelen. In alle vijf de gevallen is dit verband tevens lineair. De eerste drie variabelen in tabel 3 geven de duur van de zorg weer. Naarmate de rang hoger is is de bruto zorgduur (de periode tussen het eerste en het laatste contact in de vervolgperiode) langer, zij het dat de groep met een psychose hierin nauwelijks verschilt van die met een verslaving. Als we van de bruto zorgduur de periode zonder zorg (perioden van drie maanden of langer zonder zorg) aftrekken (= de netto zorgduur) dan zijn er geen significante verschillen meer. Met andere woorden, de diagnostische rangen verschillen niet zozeer van elkaar wat betreft de periode die men daadwerkelijk in zorg is geweest, maar wel wat betreft de wijze waarop ze deze zorg 'consumeren'. De groep met alléén een neurotische depressie doet dit blijkbaar overwegend in één aaneengesloten periode, terwijl de groepen met een verslaving of een psychose per keer relatief kort in zorg zijn, maar regelmatig na een periode zonder zorg weer terugkeren. Dit patroon komt tot uitdrukking als we de bruto en netto zorgduur aan elkaar relateren (proportie netto/bruto).

Wat het aantal ambulante contacten betreft zijn er geen significante verschillen. Wel is er een verband tussen de rangorde van de psychopathologie en de kans op intramurale zorg. Alle mensen met een verslaving en drie van de vier met een psychose ondergingen deze, terwijl van



sche verandering en kenmerken van de zorg (mediane waarden = m)

| Mediaan (m)<br>(N=71) | uitsluitend<br>neurot. depr. |     | tevens een andere diagnose:<br>neurot. stoorn. psychose |     |     |     | verslaving |     |
|-----------------------|------------------------------|-----|---------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------------|-----|
|                       | N>m                          | N≤m | N>m                                                     | N≤m | N>m | N≤m | N>m        | N≤m |
| 392                   | 24                           | 34  | 3                                                       | 1   | 4   | 0   | 4          | 1   |
| 230                   | 26                           | 32  | 2                                                       | 2   | 2   | 3   | 4          | 1   |
| 99                    | 34                           | 24  | 1                                                       | 3   | 0   | 4   | 1          | 4   |
| 8                     | 23                           | 35  | 4                                                       | 0   | 4   | 0   | 4          | 1   |
| 0                     | 16                           | 42  | 1                                                       | 3   | 3   | 1   | 5          | 0   |
| 77                    | 8                            | 8   | 1                                                       | 0   | 1   | 2   | 2          | 3   |
| 1                     | 4                            | 12  | 0                                                       | 1   | 0   | 3   | 3          | 2   |
| 49                    | 8                            | 8   | 1                                                       | 0   | 1   | 2   | 2          | 3   |
| 1                     | 16                           | 42  | 3                                                       | 1   | 3   | 1   | 5          | 0   |

degenen met alleen een neurotische depressie 'slechts' 16 (28%) één of meer opnamen hadden. Vergelijken we alleen diegenen die opgenomen zijn geweest, dan vinden we geen significante verschillen tussen de rangen. Wel zien we dat de verslaafden relatief veel intramurale zorg kregen doordat ze vaker werden opgenomen. Tenslotte is er nog een relatie tussen de rangorde van de psychopathologie en het aantal verschillende instellingen waar men in zorg is geweest. Dit aantal neemt toe met de hoogte van de rang.

De zorgvariabelen zijn nogal scheef verdeeld, waardoor het zinvol is naast het gemiddelde nog een andere maat te bekijken. De mediaan geeft het punt in een verdeling aan waar 50% van de gevallen onder en boven ligt. Tabel 4 laat zien hoeveel personen per diagnosegroep waarden boven of beneden de mediaan hebben.

Met behulp van de mediaantoets (Hays, 1978) vonden we geen afwijkend beeld van wat we hiervoor reeds aan verbanden vaststelden. We blijven duidelijke verschillen in het zorgpatroon zien.

De meeste mensen met alleen een neurotische depressie hadden een bruto zorgduur korter dan 392 dagen (N = 34 = 59%). Dit komt overeen met hun netto zorgduur (zie proportie netto/bruto). Hun zorg vindt dus plaats in één aaneengesloten periode. Meestal komt men niet in de intramurale zorg terecht (N = 42 = 72%), en is het aantal ambulante contacten 8 of minder (N = 35 = 60%). Het aantal bezochte instellin-

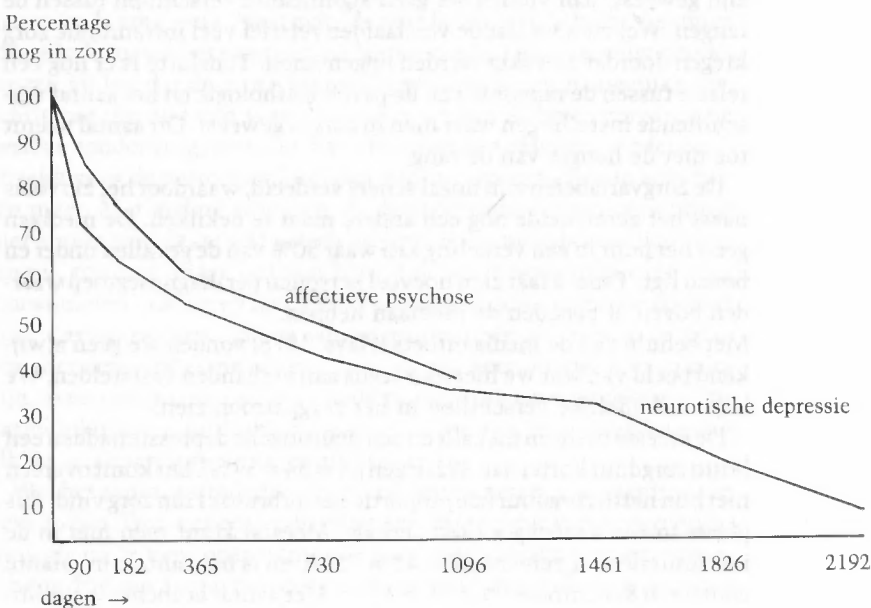
gen beperkt zich veelal tot één ( $N = 42 = 72\%$ ). Degenen die naast een neurotische depressie nog een andere diagnose hadden, vertonen overwegend een zorgpatroon tegengesteld aan het zojuist geschetste. Dat wil zeggen dat het merendeel langer (met onderbrekingen) en bij meer instellingen in zorg is geweest, ook intramuraal.

Toch was een aanzienlijk aantal van degenen met alléén een neurotische depressie langer dan de mediaan van 392 dagen in (bruto) zorg ( $N = 24 = 41\%$ ). We zullen hierop nader ingaan met behulp van het begrip chroniciteit.

*Hoe chronisch is een neurotische depressie!* – Wij zullen chronisch GGZ gebruik beschouwen als een functie van de bruto zorgduur. Aangezien chroniciteit altijd wordt gezien als een dichotoom begrip (wel of niet chronisch) is er het probleem van de grens tussen wel of niet chronisch. In figuur 1 zien we de relatie tussen de bruto zorgduur (de periode die ligt tussen het eerste en het laatste contact in de vervolgperiode) en het percentage mensen dat in zorg is. Dit zowel voor ons cohort met neurotische depressie als voor dat met een affectieve psychose ( $N = 57$ ) dat drie jaar is vervolgd (Bouw, 1981). We zien dat ongeveer een derde deel van de mensen met een neurotisch depressieve stoornis korter dan drie maanden in zorg was, en ruim een derde deel langer dan drie jaar.

De zorgduur laat dus een grote variatie zien. Als we naar het verloop van de curve kijken dan zien we dat het aantal mensen dat niet meer in

Figuur 1: bruto zorgduur van neurotische depressies en affectieve psychosen



zorg is vooral de eerste drie maanden sterk toe neemt en daarna slechts geleidelijk. Tussen het derde en het vierde jaar is de toename maar vier procent. De curve van de affectieve psychosen ligt op een iets hoger niveau, dat wil zeggen dat op elk moment van de vervolgerperiode een groter deel van het cohort nog in zorg was. Het grootste verschil tussen cohorten zien we in het eerste halve jaar waarin de neurotische depressies een sterkere daling vertonen in het aantal mensen dat nog in zorg is. Na drie jaar zijn er nauwelijks meer verschillen.

Een bruto zorgduur van drie jaar lijkt ons een redelijke grens om chronisch van niet-chronisch GGZ-gebruik te onderscheiden. In dat geval zijn 25 mensen (35%) uit ons cohort te beschouwen als chronische GGZ-gebruikers, terwijl dit bij de mensen met affectieve psychosen 37% is. We kunnen ons afvragen in hoeverre dit criterium van minimaal drie jaar bruto zorgduur een voorspellende waarde heeft voor GGZ-gebruik in de toekomst. We hebben daartoe bekeken welke mensen uit ons cohort ook na de vervolgerperiode van zes jaar nog contacten met de GGZ hadden (tot en met 1983). Dit was het geval bij negen mensen die allen een bruto zorgduur hadden van langer dan drie jaar. Met andere woorden, 36% van onze groep chronische patiënten had ook contact met de GGZ in het zevende en/of achtste jaar na het eerste contact in 1975, terwijl dit percentage bij een bruto zorgduur van minder dan drie jaar nihil was. Ons criterium van drie jaar heeft dus enige voorspellende validiteit.

Een belangrijke vraag is of er ook variabelen zijn waarin de chronische van de niet-chronische groep verschilt. We vonden geen verschillen in leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. De chronische groep komt wel significant vaker in de intramurale sector van de GGZ terecht ( $p < .001$ ;  $\eta^2 = .26$ ). Als we de zorg van beide groepen in het eerste jaar vergelijken, dan had de chronische groep in dat eerste jaar vaker een opname ( $p < .05$ ;  $\eta^2 = .06$ ) en meer ambulante contacten ( $p < .05$ ;  $\eta^2 = .07$ ).

In tabel 5 vergelijken we het aantal chronische GGZ-gebruikers per diagnostische groep. We vinden een significant ( $p < .05$ ) en lineair verband tussen het aantal chronische GGZ-gebruikers. Een hogere rang in de hiërarchie gaat dus samen met een grotere kans op chroniciteit.

Tabel 5: chroniciteit per diagnosegroep

| diagnosegroepen       | niet-chronisch | chronisch  |
|-----------------------|----------------|------------|
| neurotische depressie | 42 (72,4%)     | 16 (27,6%) |
| + andere neurosen     | 2 (50 %)       | 2 (50 %)   |
| + psychosen           | 1 (25 %)       | 3 (75 %)   |
| + verslaving          | 1 (20 %)       | 4 (80 %)   |

$$\eta^2 = .13 \quad r = .35 \quad r^2 = .12$$

## 2. Mesoniveau

Op mesoniveau bekijken we de zorg zoals die door de diverse instellingen aan het cohort verleend is. Bij deze analyse kan één persoon meer keren meetellen, namelijk als hij of zij bij meer instellingen in zorg is geweest.

Tabel 6: het aandeel van instellingen in de zorg

| instelling: | aantal mensen dat<br>bij deze instelling<br>in zorg was |     | aantal mensen voor wie<br>dit de eerst bezochte<br>instelling was |     |
|-------------|---------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------|-----|
|             | abs.                                                    | %   | abs.                                                              | %   |
| APZ         | 10                                                      | 14  | 1                                                                 | 1   |
| PAAZ        | 16                                                      | 23  | 7                                                                 | 10  |
| APZ-POLI    | 46                                                      | 65  | 39                                                                | 55  |
| PAAZ-POLI   | 18                                                      | 25  | 11                                                                | 15  |
| AGGZ        | 24                                                      | 34  | 13                                                                | 18  |
| AD          | 2                                                       | 3   | —                                                                 | —   |
| totaal      | 116                                                     | 100 | 71                                                                | 100 |

*Het aandeel van instellingen in de zorgverlening* — Een groot deel van ons cohort (65%) kwam gedurende de zes jaren dat wij het hebben vervolgd in behandeling bij een APZ-polikliniek (zie tabel 6). Deze is daarmee verreweg de belangrijkste behandelaar van neurotische depressies in de registergemeente. Het aandeel van de PAAZ-poliklinieken en de AGGZ is aanmerkelijk kleiner. De APZ-polikliniek is meestal ook de eerst bezochte instelling. Van de 46 mensen die bij een APZ-poli in behandeling zijn geweest waren er 7 (15%) die daarvoor bij een andere instelling in zorg waren. Ook hierin verschilt deze instelling van de PAAZ-poliklinieken en de AGGZ, waar naar verhouding meer mensen eerst elders zijn behandeld (resp. 39% en 46%). Uit een vergelijking tussen PAAZ en APZ constateerde Ten Horn de volgende interessante zaken (Ten Horn, 1982):

1. beide instellingen hebben een vergelijkbaar aandeel in de korte opnamen uit de registergemeente;
2. mensen met een neurotische depressie komen echter vaker in een PAAZ dan in een APZ terecht.

Deze laatste constatering blijkt ook op ons cohort van toepassing. De PAAZ is de belangrijkste intramurale behandelaar van neurotische depressies. Waarin de PAAZ en het APZ vooral verschillen is het aantal mensen dat rechtstreeks, zonder ambulante zorg vooraf, in de intramurale sector van de GGZ terecht komt. Zeven van de acht mensen die

Tabel 7: zorg per instelling

| zorgenmerken          | APZ      |     | PAAZ     |     | APZ-poli |     | PAAZ-poli |     | AGGZ     |     |
|-----------------------|----------|-----|----------|-----|----------|-----|-----------|-----|----------|-----|
|                       | (N = 10) |     | (N = 16) |     | (N = 46) |     | (N = 18)  |     | (N = 24) |     |
|                       | abs.     | sd  | abs.     | sd  | abs.     | sd  | abs.      | sd  | abs.     | sd  |
| gemiddelde opnameduur | 82       | 104 | 78       | 150 | —        | —   | —         | —   | —        | —   |
| mediane opnameduur    | 49       | —   | 65       | —   | —        | —   | —         | —   | —        | —   |
| gemidd. aantal        |          |     |          |     |          |     |           |     |          |     |
| ambulante contacten   | —        | —   | —        | —   | 15       | 20  | 11        | 19  | 13       | 16  |
| mediane aantal        |          |     |          |     |          |     |           |     |          |     |
| ambulante contacten   | —        | —   | —        | —   | 5        | —   | 4         | —   | 6        | —   |
| gemiddelde zorgduur   | —        | —   | —        | —   | 253      | 341 | 173       | 317 | 233      | 298 |
| mediane zorgduur      | —        | —   | —        | —   | 126      | —   | 27        | —   | 87       | —   |
| gemidd. aantal dagen  |          |     |          |     |          |     |           |     |          |     |
| tussen twee contacten | —        | —   | —        | —   | 18       | 15  | 11        | 10  | 16       | 12  |
| mediane aantal dagen  |          |     |          |     |          |     |           |     |          |     |
| tussen twee contacten | 8        | —   | —        | —   | 16       | —   | 7         | —   | 12       | —   |

direct in een intramurale instelling komen, kwamen in een PAAZ terecht.

*Zorg per instelling* — In tabel 7 vergelijken we een aantal aspecten van zorg per instelling. Intramuraal zijn er nauwelijks verschillen. Opvallend is de korte mediane netto zorgduur van de PAAZ-poliklinieken (27 dagen). Het gemiddelde aantal contacten is bij de PAAZ-poliklinieken wel lager (11) dan bij de APZ-poliklinieken en de AGGZ (resp. 15 en 13), maar toch minder laag dan men op grond van de kortere zorgperiode zou verwachten. Als we de zorgduur delen door het aantal ambulante contacten weten we het gemiddelde aantal dagen tussen twee contacten. We zien dan dat de PAAZ-poliklinieken de hoogste contactfrequentie hebben: gemiddeld één contact per 11 dagen, terwijl hun mediaan één contact per week is. De zorgduur bij de PAAZ-poli's is in vergelijking met APZ-poliklinieken en de AGGZ dus korter maar intensiever. APZ-poliklinieken en de AGGZ verschillen weinig van elkaar in de wijze van zorgverlening.

*Behandel disciplines* — De behandelaars die bij de behandeling van patiënten zijn betrokken worden alleen voor ambulante instellingen geregistreerd, zodat wij hier de intramurale instellingen buiten beschouwing moeten laten (zie tabel 8). Er zijn vooral twee zaken die opvallen. In de eerste plaats de rol die psychiaters in de behandeling van neurotische depressies vervullen. Alleen of in samenwerking met andere disciplines is de psychiater betrokken bij 96% van de behandelingen van de APZ-poliklinieken, bij 100% van de PAAZ-polikliniek en bij (56%) van de AGGZ. We zien hier een significant verschil tussen

Tabel 8: behandelingsdiscipline per ambulante instelling

| behandelaar                       | APZ-poli<br>abs. (%) | PAAZ-poli<br>abs. (%) | AGGZ<br>abs. (%) | totaal<br>abs. (%) |
|-----------------------------------|----------------------|-----------------------|------------------|--------------------|
| <i>enkelvoudige behandelingen</i> |                      |                       |                  |                    |
| - spv'er                          |                      |                       | 4 (17)           | 4 (4)              |
| - psycholoog                      |                      |                       | 3 (13)           | 3 (3)              |
| - arts                            | 1 (2)                |                       |                  |                    |
| - psychiater                      | 27 (59)              | 13 (72)               | 3 (13)           | 43 (44)            |
| totaal (1 behandelaar)            | 28 (61)              | 13 (72)               | 10 (43)          | 51 (53)            |
| <i>meervoudige behandelingen</i>  |                      |                       |                  |                    |
| - spv + psychiater                | 5 (11)               | 4 (22)                | 7 (30)           | 16 (16)            |
| - therapeut + psychiater          | 2 (4)                |                       |                  | 2 (2)              |
| - psycholoog + arts               | 1 (2)                |                       |                  | 1 (1)              |
| - psycholoog + psychiater         | 3 (7)                |                       |                  | 3 (3)              |
| - arts + psychiater               | 7 (15)               | 1 (6)                 | 1 (4)            | 9 (9)              |
| - spv + arts                      |                      |                       | 3 (13)           | 3 (3)              |
| - meer dan 2 behandelaars         |                      |                       | 2 (9)            | 2 (2)              |
| totaal (2 of meer behandel.)      | 18 (39)              | 5 (28)                | 13 (57)          | 36 (37)            |
| totaal                            | 46 (100)             | 18 (100)              | 23 (100)         | 97 (100)           |

\* van 1 persoon ontbreekt dit gegeven

de poliklinieken enerzijds, waar de psychiater in vrijwel alle gevallen bij de behandeling is betrokken, en de AGGZ anderzijds waar dit in veel mindere mate het geval is.

In de tweede plaats valt op dat er bij de behandelingen door de AGGZ vaker dan bij de poliklinieken meer dan één behandelingsdiscipline is betrokken (dit verschil is overigens niet significant).

Een essentieel element in het diagnostisch proces is zijn voorspellende validiteit: 'Bij de diagnostische gang van zaken gaat het dus niet uitsluitend om het herkennen van een probleem, maar vooral om een uitspraak over een daarmee samenhangende waarschijnlijke afloop, die door middel van een therapeutische interventie veranderd dient te worden', (Giel, 1982). Hoe is, de resultaten van onze analyse overziende, het voorspellend vermogen van de diagnostische categorie neurotische depressie? In de eerste plaats hebben we aan kunnen tonen dat verandering van diagnose een voorspellende waarde heeft. Als een neurotische depressie gevolgd wordt door of samengaat met een psychose of een verslaving is de kans groot op chronische afhankelijkheid van de GGZ. Bovendien is de kans groot dat als interventie een opname gekozen wordt. Als men uitsluitend de diagnose neurotische depressie heeft gehad is de kans op chronische afhankelijkheid van de GGZ veel minder groot (27.5%).

In de meeste gevallen is de zorgduur korter dan 13 maanden en de

gekozen interventie meestal een ambulante behandeling. Een groot bezwaar van de ICD 9 is dat de verschillende klassen niet hiërarchisch gestructureerd zijn. Ten behoeve van het Register Geestelijke Volksgezondheid is daarom een hiërarchische structuur in de ICD 9 aangebracht al naar gelang de behoefte aan bepaalde voorzieningen. Deze bleek in ons onderzoek goed te functioneren. De rang in deze hiërarchie bleek lineair samen te gaan met een aantal van de door ons gebruikte zorgvariabelen.

We constateerden dat de APZ-poliklinieken de grootste rol spelen in de behandeling van patiënten met een neurotische depressie, terwijl een veel kleiner aandeel voor de AGGZ en de poliklinieken van de PAAZ is weggelegd. Waarschijnlijk is deze verdeling van patiënten met een neurotische depressie niet representatief voor heel Nederland, omdat er in de registergemeente een polikliniek van een APZ functioneert die naar verhouding groot is (Mastboom, 1981). Aangezien het aanbod van voorzieningen de cliëntenstromen bepalen kunnen we de overheersende positie van de APZ-poliklinieken hierdoor grotendeels verklaren. Echter niet geheel, ook de aandacht voor verschillende categorieën speelt een rol (Ten Horn, 1983).

Voor verder onderzoek lijkt ons relevant te weten te komen waarin een patiënt met een neurotische depressie die chronisch van de GGZ afhankelijk wordt, verschilt van de patiënt met een neurotische depressie die dat niet wordt. Wij hebben geen verschillen in leeftijd, geslacht en burgerlijke staat kunnen vaststellen. Wel hebben we kunnen constateren dat de langdurige patiënten reeds in het eerst jaar al intensiever worden behandeld (meer opnamen, meer ambulante contacten). De meest efficiënte manier om een dergelijk onderzoek te ondernemen is met het register als 'sampling frame', dat wil zeggen als instrument om cohorten samen te stellen en die vervolgens via instellingen en hulpverleners te benaderen met interviews. Een dergelijke procedure voorkomt een kostbare screening van de bevolking. De interviews kunnen aanvullende gegevens opleveren vooral wat betreft het sociale en psychologische functioneren, terwijl het register intussen het GGZ-gebruik vastlegt.

## Noten

1. We hanteren als criterium het gebruikelijke 5%-niveau.
2. Voor een juiste vergelijking hebben we de samenwonenden in ons cohort gevoegd bij de categorie 'ongetrouwd', omdat de categorie 'samenwonend' in de bevolkingsstatistieken niet wordt onderscheiden.
3. Als we  $r^2$  aftrekken van  $\eta^2$  weten we de proportie niet lineaire variantie.
4. Bij twee gevallen waarbij meer dan twee behandelaars een rol speelden was ook de psychiater betrokken.

## Literatuur

- Bebbington, P. (1978), 'The epidemiology of depressive disorders' *Culture, Medicine and Psychiatry*, 2, p. 297-341.
- Bouw, A.A. (1981), *Affectieve psychose: drie jaar follow-up met behulp van een register*, Werkgroep Evaluatie Psychiatrische Voorzieningen RU Groningen, doctoraal scriptie.
- Brown, G.W. and T. Harris (1979), *Social origins of depressions. A study of psychiatric disorders in women*. Tavistock Publications Ltd.
- Giel, R. en G.H.M.M. ten Horn (1976), 'Een psychiatrisch register als basis voor planning'. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 54, p. 148-153.
- Giel, R. (1978), *Over de classificatie in diagnostisch opzicht van de cliënten*. Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose*. Stafleu.
- Gruenberg, E.M. and B. Pepper (1982), Definition of I. Mental illness, II. Patient, III. Disability and IV Chronic. *Paper gepresenteerd tijdens de World Psychiatric Association Conference of the Chronically Mentally ill. An international Perspective*. John Hopkins University, Baltimore, may 10-13.
- Hays, W.L. (1978), *Statistics for the social sciences*. Holt, Rinehart and Winston Inc.
- Ten Horn, G.H.M.M. (1982), 'Kortdurende opname: eigen taken voor de PAAZ en het psychiatrisch ziekenhuis'. *Het Ziekenhuis*, juni, p. 601-603.
- Ten Horn, G.H.M.M. (1983), 'Extramurale geestelijke gezondheidszorg in een stedelijke gemeente: de bijdragen van poliklinieken, de RIAGG en het CAD'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 25.
- Ten Horn, G.H.M.M. en F.G. Brook (1984), 'Wat heet chronisch'. Publikatie in voorbereiding.
- Mastboom, J. (1981), Vijf jaar PPPC's: een onderzoek naar het functioneren van de psychiatrische poliklinieken van de psychiatrische centra (PPPC's) in Nederland, *NCGV-reeks* nr. 5.
- Ormel, J., F.G. Brook en D. Wiersma (1984), 'Depressie: de behandelde en onbehandelde morbiditeit in de (Nederlandse) bevolking'. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 62, p. 670-678.
- Weissman, M.M., G.L. Klerman (1977), 'Sex differences in the epidemiology of depression'. *Archives of general psychiatry*, 34, 98-111.
- Wiersma, D., R. Giel en A. de Jong (1984), 'Chroniciteit bij functionele psychosen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, p. 402-419.
- Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen (1983), *Bijlage Nieuwe Nota van de Geestelijke Volksgezondheid*, Ministerie van WVC.