

# Haalbaarheid van Opnamevervangende Dagbehandeling in relatie tot de psychopathologie bij opname

Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (IV)

*door F.J. Nienhuis, R. Giel, H. Kluiters, M. Rüphan en D. Wiersma*

## Samenvatting

In het kader van een gerandomiseerd experiment wordt onderzocht in hoeverre de aard en ernst van de psychopathologie bij de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis bepalend zijn voor de haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling. Patiënten in de experimentele conditie, bij wie getracht werd opnamevervangende dagbehandeling te realiseren, werden middels een interview beoordeeld op de aanwezige psychopathologie (diagnose, symptomen, psychologische functiestoornissen) in de maand voor opname. Ze bleken daarin niet te verschillen van de controlepatiënten, die de gangbare klinische behandeling ontvingen. De psychopathologie van beide groepen bij opname was ernstig. Meer dan de helft van de patiënten had bij opname een psychose. Toch bleek voor 36% van de onderzochte patiënten uit de experimentele groep opnamevervangende dagbehandeling in voldoende mate haalbaar te zijn. Deze patiënten bleken minder gedragsstoornissen te hebben ten tijde van het interview dan de patiënten bij wie dagbehandeling niet kon worden gerealiseerd.

## Inleiding

In 1986 startte het Substitutieproject Drenthe. Het is een samenwerkingsverband tussen het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis Licht en Kracht te Assen, de Riagg Drenthe en de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijks Universiteit te Groningen. De doelstellingen van het project zijn om een opnamevervangende dagbehandeling (OVDB) met bijpassende ambulante zorg op te zetten en deze wetenschappelijk te evalueren op zijn haalbaarheid en effecten (Van Veldhuizen e.a. 1988; Wiersma e.a. 1989). Met opnamevervangend wordt bedoeld dat dagbehandeling in plaats van een klinische behandeling gegeven wordt. Eerder werden dagbehandelingsprojecten opgezet in het buitenland (Zwerling e.a. 1966; Herz e.a. 1971; Stein en Test 1975; Washburn e.a. 1976a; Penk e.a. 1978; Fenton e.a. 1979; Hoult e.a. 1983; Dick e.a. 1985a). Deze projecten zijn echter maar ten dele vergelijkbaar met het onze. Vaak is er sprake van een geselecteerde populatie

of van alleen ambulante hulp (community care). In het Substitutieproject betreft het patiënten die zijn aangemeld en geaccepteerd voor een klinische opname in een APZ. Het gaat hierbij om een doorsnee opnamepopulatie van een APZ, exclusief patiënten die bij opname lijden aan een vorm van dementie of diegenen die worden aangemeld voor expertise pro justitia. Het onderzoek draagt het karakter van een gecontroleerd experiment. Aan de experimentele groep wordt indien mogelijk in plaats van een opname direct een dagbehandeling aangeboden. In de meeste gevallen blijken de patiënten echter eerst te worden opgenomen. Afhankelijk van hun toestand kan deze klinische opname later in de tijd worden omgezet in dagbehandeling. Een gedeelte van de patiënten blijkt helemaal niet in dagbehandeling te komen (Kluiters e.a. 1990). Aan de controlegroep wordt de gebruikelijke 24-uurs opname aangeboden.

De mate waarin patiënten de facto in dagbehandeling komen zou onder andere kunnen samenhangen met de aard van de psychopathologie. Als contra-indicaties worden in de literatuur onder meer genoemd: floride psychose, ernstige gedragsstoornissen, ernst van de pathologie, het hebben van een lichamelijke ziekte of handicap, alcoholmisbruik en vooral de neiging tot suïcidaliteit of homicidaliteit (Herz e.a. 1971; Fottrell 1973; Washburn e.a. 1976b; Penk e.a. 1978; Fenton e.a. 1979; Herz e.a. 1982; Vaughan 1985; Dick e.a. 1985b; Schene e.a. 1986). In de literatuur zijn weinig aanwijzingen dat dagbehandeling niet haalbaar zou zijn voor een bepaalde diagnostische categorie (Creed e.a. 1989) (zie ook het reviewartikel van Schene en Gersons (1986)).

In dit artikel zal de psychopathologie van de experimentele en de controlegroep worden beschreven en zullen deze groepen op onderlinge aanvangsverschillen worden getoetst. Verder zal worden geprobeerd de vraag te beantwoorden welke relatie gelegd kan worden tussen de aard en ernst van de psychopathologie (diagnose, symptomatologie) bij opname en de mate waarin dagbehandeling gerealiseerd kon worden. Elders in deze aflevering zal in het artikel van Rùphan e.a. op vergelijkbare wijze het sociale functioneren worden behandeld.

### Vraagstelling

De psychopathologie staat in directe relatie tot twee van de hoofdvraagstellingen van het Substitutieproject (Wiersma e.a. 1989). Deze vragen zijn:

- Welke factoren voorspellen of een patiënt al dan niet in dagbehandeling komt (haalbaarheid)?
- is er verschil in effect tussen de experimentele en de controle-conditie?

Bij de eerste vraag is de psychopathologie een samenstel van onafhan-

kelijke variabelen met betrekking tot de aard van de gegeven behandeling. Dat de aard van de psychopathologie implicaties voor de behandeling heeft is evident. Zo zal een patiënt met een vitale depressie en suïcidedachten in het algemeen in een beschermende, restrictieve omgeving geplaatst worden. Ook bij een patiënt met agressief gedrag als gevolg van een paranoïde waan zal dit het geval zijn. Men zal immers risico's voor patiënt en omgeving willen beperken. Zulke overwegingen gelden evenzeer voor de patiënten in de experimentele conditie. Dit houdt in dat een patiënt die in de dagbehandelingsconditie geplaatst is niet de facto een dagbehandeling hoeft te ontvangen. Deze beslissing kan onder andere samenhangen met het sociale functioneren (bij voorbeeld er is sprake van zelfverwaarlozing of vereenzaming) of met de psychopathologie (denk aan het gevaarscriterium).

Bij een tweede vraag is de psychopathologie een afhankelijke variabele. Met andere woorden: Is er verschil in effect op de psychopathologie tussen de beide behandelcondities.

Dit artikel beperkt zich tot het beschrijven van de psychopathologie van de onderzoeksgroep bij opname en de relatie tussen psychopathologie en de haalbaarheid van dagbehandeling tijdens de eerste opname in de onderzoeksperiode (indexopname). In de inleiding werden wel enkele kenmerken genoemd die een zekere contra-indicatie zouden vormen voor dagbehandeling. Hierbij dient te worden bedacht dat het vooral exclusiecriteria betrof en niet de uitkomst van een empirisch haalbaarheidsonderzoek. Onderzoek met de haalbaarheid als afhankelijke variabele is niet eerder gedaan. Onderzoekingen richten zich vooral op het beloop van de psychopathologie en sociaal functioneren als criterium. In toekomstige publikaties van het Substitutieproject zal op deze beloopaspecten worden ingegaan.

## Methode

1. *Populatie* – Vanaf november 1986 werden alle patiënten uit de regio rond de stad Assen (95.000 inwoners) die voor een opname werden aangemeld betrokken in het onderzoek, uitgezonderd de patiënten die voldeden aan één der exclusiecriteria (dementie, juridische expertise-patiënten). De totale onderzoeksgroep bestaat uit 160 patiënten (103 in de experimentele, 57 in de controlegroep). (De patiënten in de experimentele conditie zullen verder worden aangeduid als S-(=substitutie) patiënten, die in de controleconditie als K-(=klinische) patiënten.) Van deze 160 patiënten werden 108 persoonlijk onderzocht (73 in de experimentele en 35 in de controlegroep). De overige 52 werden niet persoonlijk onderzocht met betrekking tot de psychopathologie. Hiervoor zijn de volgende redenen aan te wijzen:

– Omdat de voorbereidingen voor dit deel van het onderzoek niet

waren afgerond toen de experimentele behandeling van start ging, werden 16 patiënten niet geïnterviewd.

- In een periode waarin sprake was van een 'opnamepick', was de interviewcapaciteit ontoereikend om alle patiënten te spreken. Dit was bij 8 patiënten het geval.
- Bij drie patiënten werd besloten ze niet te benaderen omdat ze leden aan een ernstige ziekte in een terminaal stadium.
- Tenslotte weigerden 25 patiënten aan het onderzoek mee te werken.

Zo kon bij 73 S-patiënten en 35 K-patiënten, respectievelijk 71% en 61% van de oorspronkelijke groepen, het interview naar de psychopathologie worden afgenomen.<sup>1</sup> Over deze resterende 108 patiënten gaat het voornamelijk in dit artikel, behalve bij de bespreking van de instellingsdiagnose die voor alle 160 patiënten bekend is.

De groep van persoonlijk onderzochte patiënten (N=108) is vergeleken met de niet-persoonlijk onderzochten met betrekking tot enkele sociodemografische kenmerken. Alleen op de volgende kenmerken weken de persoonlijk onderzochten significant van de niet-persoonlijk onderzochten af ( $X^2$ , significantieniveau 5%).

- Burgerlijke staat: De persoonlijk onderzochte groep woonde vaker in een samenlevingsverband, terwijl de niet-persoonlijk onderzochte groep vaker gescheiden was.
- Geslacht: In de persoonlijk onderzochte groep komen relatief meer vrouwen, in de niet-persoonlijk onderzochte groep meer mannen voor.

Voor een uitgebreide beschrijving van de kenmerken van de hele populatie in relatie tot de haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling (N=160) verwijzen we naar een eerdere publikatie (Kluiters e.a. 1990).

Van de patiënten is 70% tussen 25 en 65 jaar oud, terwijl 15% ouder is dan 65 jaar. De gemiddelde leeftijd is 43 jaar. De onderzochten zijn veelal ongehuwd of leven in een samenlevingsverband (ong. 80%). Ze hebben slechts in rond 10% van de gevallen inkomsten uit werk. In 44% van de gevallen gaat het om een eerste opname binnen de GGZ. Deze cijfers wijken vrijwel niet af van landelijke gegevens over vergelijkbare populaties. De S- en K-patiënten blijken op geen der sociodemografische variabelen significant van elkaar te verschillen. Dit geldt zowel voor de gehele onderzoekspopulatie als voor de persoonlijk onderzochte patiënten.

2. *Meting psychopathologie* - Voor het beschrijven van het psychiatrische ziekte-toestandsbeeld maken we gebruik van de volgende classificaties en instrumenten.

a. *Opnamediagnose (ICD-9)*. Deze wordt door de patiëntenadministratie gecodeerd, op basis van een diagnostische omschrijving die binnen 24 uur na de opname wordt gegeven door de behandelaar ((assistent-)psychiater). Bij twijfel wordt con-

tact opgenomen met de behandelaar of de opnamebemiddelaar en wordt in overleg een ICD-9-code geformuleerd. De opnamediagnose wordt ook gebruikt voor de landelijke PIGG-registratie.

Voor de analyses zijn de diagnoses ingedeeld in 6 diagnostische klassen. Uitgangspunt is dat de stoornissen die in één klasse komen een min of meer vergelijkbaar natuurlijk beloop en enigszins vergelijkbare behandelimplicaties moeten hebben. (De eventueel tweede diagnose is buiten beschouwing gelaten.) Ook moeten de aantallen per klasse voldoende groot zijn. Dit bracht ons tot de volgende indeling:

1. Verslavingen (inclusief misbruik en organiceit): ICD-9 codes 291.3; 291.4; 291.8; 292.0; 303.0; 305.0
2. Niet affectieve psychosen (o.a. schizofrenie): ICD-9 codes 295; 297.0; 297.7; 297.8; 297.9; 298.8; 298.9
3. Affectieve psychosen: ICD-9-codes 296.1; 296.0; 298.0
4. Neurosen (depressie en angst): ICD-9-codes 300.0; 300.1; 300.2; 300.3; 300.4
5. Persoonlijkheidsstoornissen: ICD-9-codes 301.1; 301.2; 301.3; 301.4; 301.5; 301.7; 301.8; 301.9; 312
6. Overige (o.a. suïcidepoging): ICD.9 en E-codes; 308.0; 309.3; 309.8

b. *Present State Examination*. Voor de meting van het psychiatrische toestandbeeld werd de Present State Examination (PSE) gebruikt (Wing e.a. 1974). Met dit semi-gestructureerde interview worden psychiatrische symptomen in de maand voorafgaande aan het interview nagevraagd. De PSE wordt vooral bij klinische populaties gebruikt, maar ook wel bij een poliklinische (v.d. Brink e.a. 1989) en huisartspatiënten (Wilminck 1989) of een algemene populatie (Hodiamont 1986). Voor alle symptomen geldt dat ze in klinische mate aanwezig moeten zijn om te worden gescoord. De PSE bevat een sectie met neurotische symptomen, één met psychotische symptomen en een observatiesectie waarin het gedrag tijdens het interview wordt gescoord. Met behulp van een computerprogramma (Catego) wordt een aantal maten gegenereerd uit de PSE waarvan de volgende in dit onderzoek worden gebruikt:

1. *NSN: Niet specifieke neurotische symptomen*. Dit is een somscore van klachten die niet specifiek zijn voor een psychiatrisch syndroom: bijvoorbeeld gespannenheid van spieren, snel vermoeid zijn, spanningspijn.
2. *SNR: Specifieke neurotische symptomen*. Dit is een somscore van klachten die worden geassocieerd met een psychiatrisch syndroom: bij voorbeeld interesseverlies, suïcidedachten (depressie), fobische klachten, paniekaanval (angststoornis).
3. *DAH: (Delusions And Hallucinations)*. Wanen en hallucinaties. In feite alle psychotische belevingen (het horen van stemmen, grootheidswanen, waan dat gedachten worden uitgezonden).
4. *BSO: Behaviour, Speech and Others*. Gedragsstoornissen, spraakstoornissen en overige psychotische belevingen. Deze maat bestaat uit de som van de scores op de gedragsitems tijdens het interview. Het bevat items als: geobserveerde depressie, incoherente spraak, decorumverlies en dergelijke. Bovengenoemde maten worden meestal aangeduid als de vier subscores. Deze zijn een nadere specificatie van de aard van de pathologie. Verder worden gebruikt:
5. *ID: Index of Definition*. Mate van waarschijnlijkheid dat er sprake is van een specifieke psychiatrische stoornis. De range loopt van 1-8. In het algemeen wordt er een, tot op zekere hoogte arbitraire, drempelwaarde gehanteerd van 5 (Wing e.a. 1978). Een ID kleiner dan 5 betekent dan dat er geen sprake

is van een specifieke psychiatrische stoornis en boven de 5 wel. Bij de berekening van de ID leggen sommige items meer gewicht in de schaal dan andere. Zo zal elk item dat in de psychotische sectie een score 2 (ernstig) krijgt leiden tot een ID van 5 of hoger, terwijl een item als 'spanningspijn' weinig invloed heeft op de ID.

6. *Totaalscore*: Som van alle itemscores. Aangezien alle symptoomscores, zowel neurotisch als psychotisch, bij elkaar worden opgeteld, kan eenzelfde totaalscore bij verschillende patiënten een zeer verschillende ernst van de psychopathologie representeren. Om deze reden zal de ID als ernstmaat gebruikt worden. Ook in ander onderzoek (o.a. Tholen e.a. 1988) is dit gedaan.

De PSE werd binnen een week na opname afgenomen op de afdeling waar de patiënt verbleef. De afname duurde gemiddeld ruim 1½ uur. Indien geen gesprek mogelijk was werd alleen de observatiesectie ingevuld. Dit was bij vier patiënten het geval.

c. *Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen*. Met de Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen (CIPS; Hoek 1987) worden 11 psychologische functies (zoals aandacht, geheugen, waken/slapen, psychomotoriek) beoordeeld op de mate waarin ze gestoord zijn. Beoordeling van deze functies vindt plaats aan de hand van gedragsobservaties. De CIPS bevat 54 items met ieder een interview-score (ingevuld tijdens het interview) en een 4-weeksscore. Voor gegevens aangaande het gedrag van de laatste 4 weken moet een informant (meestal een partner, soms een vriend(in) of hulpverlener) worden geïnterviewd. Per functie wordt op basis van de itemscores een globale score gegeven (van niet gestoord tot ernstig gestoord, range 0-4). CIPS is een betrekkelijk nieuw instrument, dat bij chronische patiënten in een verblijfsafdeling van het APZ en in enkele beschermende woonvormen (Tholen e.a. 1988) en een hoofdzakelijk ambulante populatie (Schreurs 1990) werd gebruikt.

De CIPS werd in aansluiting op de PSE afgenomen. De informant werd zo spoedig mogelijk na dit interview benaderd.

3. *Dagbehandelingsgroepen* – Zoals boven al werd toegelicht wordt in de experimentele conditie een poging ondernomen de patiënten in dagbehandeling te krijgen. Dit zegt nog niets over de de facto ontvangen behandeling. Om de gerealiseerde behandeling inhoudelijk goed te kunnen beschrijven, werd door alle behandelaren een registratieboekje ingevuld waarin alle inspanningen ten bate van de patiënt werden genoteerd. Door de verpleegkundigen werd ook per dagdeel geregistreerd waar de patiënt zich bevond (b.v. thuis of op de afdeling). Zo is van de indexopname bekend in welke mate dagbehandeling is gerealiseerd. Op basis van deze gegevens is een indeling gemaakt in drie groepen van patiënten (Kluiters e.a. 1990):

Patiënten die:

I Gemiddeld door de week drie nachten of meer buiten de kliniek hebben doorgebracht (38% van de S-, 0% van de K-patiënten).

Bij S-patiënten spreken we in dit geval van 'gelukke' dat wil zeggen gerealiseerde dagbehandeling.<sup>2</sup>

II Gemiddeld door de week één tot drie nachten buiten de kliniek

hebben doorgebracht (21% van de S-, 19% van de K-patiënten).

Dit is de (S-)groep van 'gedeeltelijk gelukke' dagbehandeling.

III Gemiddeld door de week minder dan één nacht buiten de kliniek hebben doorgebracht (41% van de S-, 82% van de K-patiënten).

Dit is de groep (S-)patiënten waarbij dagbehandeling niet gelukt is<sup>3</sup>.

Bij de K-groep is de kwalifikatie van al dan niet gelukt niet relevant, aangezien dagbehandeling niet werd nagestreefd. Met door de week wordt bedoeld van zondagnacht tot en met donderdagnacht. De percentages zijn berekend over een opnameperiode van maximaal 15 weken.

## Resultaten

1. *Kenmerken bij entree* – In het volgende wordt de aanvangspathologie (dus bij entree in het onderzoek) van de S- en K-groep beschreven. Beide groepen worden met elkaar vergeleken. Dit is van groot belang, omdat eventuele verschillen tussen de beide groepen bij aanvang grote consequenties kunnen hebben voor latere bevindingen. Door de gevolgde randomiseringsprocedure zijn geen verschillen te verwachten, althans voor de gehele populatie (N=160).

a. *Diagnoses (gehele populatie, N=160)*. Een vergelijking van de diagnoses van beide groepen bij opname laat zien dat het om een groep patiënten met ernstige stoornissen gaat. In beide groepen heeft een vergelijkbaar percentage patiënten een psychose (S=52%, K=49%). In zowel de S- als in de K-groep blijkt plusminus eenderde van de patiënten een neurose of een persoonlijkheidsstoornis te hebben (S=29%, K=33%). De groepen verschillen op twee punten: Bij de K-groep komen twee keer zoveel verslavingen voor als in de S-groep (16% vs. 8%) en in de S-groep komen veel meer patiënten voor in de klasse 'overige' (S=12%, K=2%, voornamelijk sociale crisis). De verschillen zijn echter niet statistisch significant.

b. *PSE-maten (persoonlijk onderzochten, N=108)*. Van de PSE werden de gemiddelden van de 4 subscores, de Index of Definition en de totaalscore van beide groepen met elkaar vergeleken. Geen der maten bleek significant tussen de beide groepen te verschillen. De gemiddelde scores op alle maten zijn bij beide groepen vrijwel gelijk. Dat geldt voor zowel de neurotische (NSN:S=11.3, K=11.1; SNR:S=5, K=5.3) als voor de psychotische (DAH:S=3.1, K=3; BSO:S=2.2, K=2.2) secties. De gemiddelde *totaalscores* waren voor beide groepen precies gelijk: 21.6. Uit de hoogte van de gemiddelde score op de Index of Definition blijkt dat het om een groep patiënten met ernstige stoornissen gaat. In de S-groep heeft 83% van de patiënten een ID van hoger dan 5, in de K-groep is dat 75%. De gemiddelde waarde van de ID is respectievelijk 6 in de S- en 5.9 in



de K-groep. Tholen e.a. (1988) vonden bij een groep (chronische) patiënten op een verblijfsafdeling van een APZ een gemiddelde ID van 5, zij het dat een deel der ernstig gestoorde patiënten niet kon worden geïnterviewd.

c. *CIPS (persoonlijk onderzochten, N=108)*. Alleen de functie stemming/affect blijkt tussen de groepen significant te verschillen ( $p=.03$ ). De hoogste scores op functiestoornissen werden gevonden op stemming/affect ( $S=2.4$ ,  $K=1.9$ ), wil/motivatie (o.a. iniatiefverlies, controleverlies) ( $S=1.7$ ,  $K=1.6$ ), spraak/denken (beide groepen 1.7) en slapen/waken ( $S=1.7$ ,  $K=1.5$ ).

2. *Versillen tussen dagbehandelingsgroepen* – In het volgende zal worden ingegaan op het verband tussen de psychopathologie en de haalbaarheid van dagbehandeling. Met andere woorden: Is de kans op het daadwerkelijk realiseren van opnamevoorkomende dagbehandeling afhankelijk van de diagnose, aard van de symptomen of psychologische functiestoornissen. Eerst zullen de opnamediagnoses, vervolgens de PSE en de CIPS worden besproken. Aangezien haalbaarheid van dagbehandeling alleen op S-patiënten betrekking heeft, zullen de K-patiënten buiten beschouwing worden gelaten.

a. *Diagnose*. In tabel 1 is te zien hoe de diagnostische categorieën over de drie dagbehandelingsgroepen verdeeld waren bij de S-groep ( $N=97$ ). De percentages zijn binnen de diagnostische categorieën berekend. Onder het % teken is het gemiddelde percentage van de dagbehandelingsgroep vermeld. Van 6 patiënten ontbraken gegevens over de gegeven behandeling.

Alle diagnostische categorieën blijken in aanmerking te komen voor dagbehandeling (Groep I). Bij de psychosen en neurosen betreft dat ongeveer eenderde van de patiënten. De patiënten in de klassen per-

Tabel 1: Verdeling van de opnamediagnoses (ICD-9) van de S-patiënten ( $N=97$ ) over de drie dagbehandelingsgroepen, weergegeven per diagnostische klasse

	I		II		III	
	N	%	N	%	N	%
Totaal	37	38	21	21	39	41
Verslavingen	2	25	1	13	5	63
Niet affectieve psychosen	13	38	6	18	15	44
Affectieve psychosen	6	33	4	22	8	44
Neurosen	6	38	3	19	7	44
Persoonlijkheidsstoornis	5	50	4	40	1	10
Overige	5	46	3	27	3	27

$X^2=7.31$  D.F.=10  $p=.70$



soonlijkeheidsstoornissen en overige (voornamelijk sociale indicatie) komen bijna voor de helft in dagbehandeling, terwijl de klasse verslavingen relatief het minst vaak in dagbehandeling komt: in een kwart van de gevallen. Dit laatste is voor een groot deel het gevolg van het feit dat de verslavings-unit een gesloten karakter heeft en dat veel patiënten snel weer vertrekken. Door de relatief geringe aantallen patiënten per klassen ontstaat al gauw een vertekend beeld met betrekking tot de percentages. Bij toetsing met de  $X^2$  blijkt dat de verdelingen van de diagnostische klassen over de dagbehandelingsgroepen niet significant van elkaar verschillen.

b. *Present State Examination*. De PSE geeft een andere specificatie van de aard en ernst van de psychopathologie. Met éénweg variantieanalyse is getoetst of de gemiddelden op de PSE-maten tussen de dagbehandelingsgroepen verschillen, met andere woorden hoe bepalend deze maten zijn voor de haalbaarheid van dagbehandeling. In tabel 2 staan voor de S-groep de gemiddelde waarden per dagbehandelingsgroep.

De enige maat die discrimineert tussen de subgroepen is BSO (gedrag en spraak). De BSO-score in groep I ('gelukt') is het laagst en in groep III ('niet gelukt') het hoogst. Kennelijk is de mate van gedragsgestoordheid een factor die meespeelt in de haalbaarheid van dagbehandeling. Nadere analyses toonden aan dat geen der observatie-items in één der dagbehandelingsgroepen significant vaker gescoord werd. De overige maten verschillen niet significant tussen de drie groepen.

c. *CIPS*. Voor de CIPS is eveneens nagegaan in hoeverre de gemiddelde scores op de psychologische functies tussen de dagbehandelingsgroepen verschillen. We hebben bij de PSE gezien dat er op gedragsniveau verschillen bestaan tussen de drie subgroepen van de S-patiënten. Omdat de CIPS-functies ook op gedragsniveau worden gescoord, zou mogelijk meer gedetailleerde informatie kunnen worden gegeven over het soort van gedrag dat tussen de groepen discrimineert.

Tabel 2: Verdeling van de gemiddelde subscores van de PSE-secties, de Index of Definition en de totaalscore over de drie dagbehandelingsgroepen (alleen S-patiënten)

	I	II	III	F	p
NSN	10.4	12.8	10.0	.66	.52
SNR	4.4	6.4	4.0	2.00	.14
DAH	2.6	2.9	4.0	.43	.65
BSO	1.3	2.3	3.3	6.01	.003*
ID	5.8	6.3	5.9	.40	.67
Totaalscore	18.7	24.1	21.6	1.00	.37

Variantieanalyse (éénweg) significantieniveau 5%

Bij toetsing van de gemiddelde scores per functie tussen de drie subgroepen blijken er geen significante verschillen te bestaan.

3. *Relatie van diagnose met PSE en CIPS* – Alle diagnostische categorieën kwamen in alle drie dagbehandelingsgroepen voor. De vraag dringt zich op welke factoren bepalen waarom patiënten binnen één diagnostische klasse in verschillende behandelingsgroepen terecht kwamen. Daarom werd in een nadere analyse onderzocht of de score op de PSE-maten of de aanwezigheid en ernst van functiestoornissen, zoals gemeten met de CIPS, iets van deze verschillen zou kunnen verklaren. De gemiddelden van al deze functies en maten werden per diagnostische klasse tussen de drie dagbehandelingsgroepen vergeleken voor de S-patiënten.

Met de PSE-maten werden de volgende verschillen gevonden. In de klasse 'persoonlijkheidsstoornissen' had de middelste groep (II) een hoger gemiddelde op de Index of Definition dan de twee andere groepen. Dit is een moeilijk te interpreteren gegeven. Verder hadden de patiënten in de klasse 'niet-affectieve psychosen' in Groep I ('gelukt') de laagste, in Groep III ('niet-gelukt') de hoogste score op de BSO-subscore. De gemelde verschillen waren significant op een 5%-niveau. Gedragingen die relatief (maar niet significant) vaker in Groep III voorkwamen waren: katatonie, angst en depressie. In Groep I kwamen observaties van 'positieve'symptomen als gedreven spraak vaker (maar niet significant) voor.

Binnen geen van de klassen kwam een functiestoornis in significant ernstiger mate voor in één der drie dagbehandelingsgroepen. Werden de Groepen II en III samengenomen ('dagbehandeling niet gelukt') en dan vergeleken met Groep I ('dagbehandeling wel gelukt'), dan blijkt:

- In de klasse niet affectieve psychosen Groep I gemiddeld lager te scoren op stoornissen in de reality testing.
- In de klasse neurosen Groep I hoger te scoren op een functiestoornis met betrekking tot de intelligentie. Zwakbegaafdheid komt dus binnen de klasse neurosen meer voor in groep I.

Voor het item 'suicidegedachten' van de PSE werd voor de hele S-groep nagegaan of dit discrimineert tussen de drie dagbehandelingsgroepen. Dit blijkt niet het geval te zijn. Een correlatie tussen de 54 CIPS-items en de drie groepen leverde evenmin significante resultaten op.

### Conclusie en discussie

De onderzoekspopulatie (N=160) van het Substitutieproject bestaat uit patiënten met ernstige stoornissen. Bij opname lijdt plusminus 50% van de onderzochten aan een psychose. De gemiddelde Index of Defi-

nition van ongeveer 6 is tevens een indicatie van de ernst van de pathologie bij opname. Uit het feit dat de verdelingen van de diagnoses over de twee condities niet significant van elkaar verschillen, blijkt dat de randomisatieprocedure goed gewerkt heeft. Ook met betrekking tot de sociodemografische kenmerken zijn beide groepen in hoge mate vergelijkbaar. De pathologie van de persoonlijk onderzochte groep (N=108), gemeten met de PSE, is van S en K vrijwel identiek. Met betrekking tot psychologische functiestoornissen verschillen de S- en K-groep op slechts één functie: de gemiddelde stoornis op stemming en affect is significant groter in de S-groep. Mogelijk is het relatief grotere aantal vrouwen in deze groep daar debet aan. De experimentele en controlegroep zijn dus in grote mate vergelijkbaar met betrekking tot hun kenmerken bij aanvang van het onderzoek.

Van de persoonlijk onderzochte S-patiënten bleek 36% (tegenover 0% in de K-conditie) in dagbehandeling te zijn gekomen. Bij onderlinge vergelijking van de dagbehandelingsgroepen bleek de pathologie tussen deze groepen maar in geringe mate te verschillen. Patiënten met verslavingen kwamen relatief minder en patiënten met een persoonlijkheidsstoornis of reactieve beelden relatief vaker in dagbehandeling. Toch verschilden de dagbehandelingsgroepen niet significant van elkaar met betrekking tot de diagnoseklassen. Van de PSE-maten verschilde alleen de score op BSO (gedragsstoornissen) tussen de drie groepen: hoe hoger de score, des te kleiner de kans op dagbehandeling. Geen der gemeten psychologische functies waren in één der drie groepen in ernstiger mate gestoord dan in een andere groep.

De hoofdvraagstelling van dit artikel is in welke mate de psychopathologie bij opname voorspelt of (S-)patiënten al dan niet de facto in dagbehandeling komen. De beslissing tot dagbehandeling ligt in de praktijk grotendeels bij de behandelaar. Deze maakt het beleid ten aanzien van de patiënt en beslist of een verblijf thuis haalbaar en wenselijk is. Het is waarschijnlijk dat de behandelaar zich daarbij grotendeels laat leiden door de toestand van de patiënt. Blijkens de uitkomsten speelt de aard en ernst van de pathologie echter een bescheiden rol in de beslissing tot dagbehandeling. Hierbij moet het volgende worden opgemerkt. De beschrijving van de pathologie heeft betrekking op de maand voor opname. Onder invloed van de behandeling (o.a. medicatie) tijdens opname kan de pathologie (ook de ernstige) in korte tijd snel verbeteren. Zo kan voor patiënten met een aanvankelijk ernstige pathologie dagbehandeling na enige tijd toch haalbaar zijn.

Als de aard of ernst van de pathologie niet doorslaggevend is voor de kans op dagbehandeling, wat zijn dan wel bepalende factoren? Mogelijk is de mate waarin het sociale functioneren voor opname gestoord is, hetgeen voor een deel de zelfredzaamheid van de patiënt weerspiegelt, bepalender voor de kans op dagbehandeling. Bevindingen

gen omtrent het sociale functioneren zijn beschreven door Rüphan e.a. (1991). Verder zou de motivatie van de patiënt volgens Moscovitz (1980) meer zeggen over haalbaarheid van dagbehandeling dan de aard van de pathologie. Overigens is het de vraag of kenmerken van de patiënt in dit verband werkelijk bepalend zijn. Volgens Bowman (1983) en Dick (1985) zouden niet patiëntvariabelen maar behandelvariabelen, zoals behandelattitude, veel bepalender zijn voor de kans op dagbehandeling.

Naast de haalbaarheid is vooral het effect van de experimentele behandeling onderwerp van dit onderzoek. Het starten van een nieuwe behandeling, althans in deze vorm en bij deze populatie, zou zekere risico's kunnen meebrengen. Voor deze patiëntengroep werd voorheen immers een opname noodzakelijk geacht. In de literatuur zijn geen aanwijzingen te vinden die de verwachting rechtvaardigen dat de experimentele groep het met betrekking tot de psychopathologie bij follow-up na een jaar beter zou doen dan de controlegroep. Beide groepen zullen wellicht zijn verbeterd, aangezien de eerste meting vlak na opname plaatsvond. Bij aanvang van het onderzoek waren de groepen volledig vergelijkbaar met betrekking tot de pathologie. Eventuele verschillen na een jaar zouden dus toe te wijzen kunnen zijn aan de twee behandelcondities. Hierover zal in toekomstige publikaties worden gerapporteerd.

### Noten

1. De meting van het sociale functioneren (zie Rüphan e.a. 1990) vond plaats bij 74 S-patiënten en 35 K-patiënten.
2. Bij K-patiënten is deze kwalificatie niet van toepassing daar dagbehandeling niet werd nagestreefd.
3. In de tabellen zal verder worden gesproken over Groep I, II en III.

### Literatuur

- Bowman, E.P., e.a. (1983), Day patient versus in-patient: factors determining selection of acutely ill patients for hospital treatment. *British Journal of Psychiatry* 142, 584-587.
- Brink, W. van den, e.a. (1989), Psychiatric diagnosis in an outpatient population. A comparative study of PSE-Catego and DSM-III. *Archives of General Psychiatry* 46, 369-372.
- Creed, F., D. Black en P. Anthony (1989), Day-hospital and community treatment for acute psychiatric illness. A critical appraisal. *British Journal of Psychiatry* 154, 300-310.
- Dick, P., e.a. (1985a), Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. *British Journal of Psychiatry* 147, 246-250.
- Dick, P., A. Ince en M. Barlow (1985b), Day treatment: suitability and referral procedure. *British Journal of Psychiatry* 147, 250-253.

- Fenton, F.R., L. Tessier en E.L. Struening (1979), A comparative trial of home and hospital psychiatric care. One-year follow-up. *Archives of General Psychiatry* 36, 1073-1079.
- Fottrell, E.M. (1973), A ten years' review of the functioning of a psychiatric day hospital. *British Journal of Psychiatry* 123, 715-717.
- Herz, M.I., e.a. (1971), Day versus inpatient hospitalization: A controlled study. *American Journal of Psychiatry* 127, 107-118.
- Herz, M.I. (1982), Research overview in day treatment. *International Journal of Partial Hospitalization* 1, 33-45.
- Hodiamont, P.P.G. (1986), *Het zoeken van zieke zielen*. Proefschrift, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hoek, H.W. (1987), *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS*. De classificatie van intellectuele en andere psychologische stoornissen bij chronische psychiatrische patiënten. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Hoult, J., e.a. (1983), Psychiatric hospital versus community treatment: The results of a randomised trial. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 17, 160-167.
- Kluiter, H., e.a. (1990), Haalbaarheid van dagbehandeling voor de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (II). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 32, 625-639.
- Moscovitz, I.S. (1980), The effectiveness of day hospital treatment: A review. *Journal of Community Psychology* 8, 155-164.
- Penk, W.E., e.a. (1978), Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 46, 94-101.
- Rüphan, M., e.a. (1991), Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot sociale beperkingen bij opname. Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (V). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 33, 477-489.
- Schene, A.H., e.a. (1986), Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 74, 335-340.
- Schene, A.H., e.a. (1988), Deeltijdbehandeling in beeld gebracht. Deel I: De stand van zaken in Nederland in 1986. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 152-165.
- Schreurs, M. (1990), *Over chronische psychiatrie in Midden-Twente*. Een epidemiologisch onderzoek in Midden-Twente naar het functioneren en de zorgbehoefte van mensen met chronische psychiatrische problematiek. Projectgroep Multifunctionele Eenheid Midden Twente, Hengelo.
- Stein, L.I., e.a. (1975), Alternative to the hospital: A controlled study. *American Journal of Psychiatry* 132, 517-522.
- Tholen, A.J., e.a. (1988), De psychopathologie in voorzieningen voor langdurig verblijf. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 54-74.
- Vaughan, P.J. (1985), Developments in psychiatric day care. *British Journal of Psychiatry* 147, 1-4.
- Veldhuizen, J.R. van, e.a. (1988), Opname-vervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid* 1, 3-18.
- Washburn, S., e.a. (1976a), A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *Journal of consulting and clinical psychology* 44, 665-675.
- Washburn, S.L., e.a. (1976b), Irrational determinants of the place of psychiatric treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 27, 179-182.

- Wiersma, D., e.a. (1989), Evaluatieonderzoek naar Substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (I). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 31, 599-617.
- Wilminck, F.W. (1989), *Patient, physician, psychiatrist*. Assessment of mental health problems in primary care. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Wing, J.K., e.a. (1974), *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wing, J.K., e.a. (1978), The concept of a 'case' in psychiatric population surveys. *Psychological Medicine* 8, 203-217.
- Zwerling, I., J.F. Wilder (1964), An evaluation of the applicability of the day hospital in treatment of acutely disturbed patients. *The Israel Annals of Psychiatry and Related Disciplines* 2, 162-185.

### **Summary: Feasibility of a day-treatment program for the severely mentally ill in relation to psychopathology**

Feasibility of day-treatment for patients accepted for admission to a psychiatric hospital was tested by means of a randomised experiment. Psychopathology was assessed at the time of admission, covering diagnosis, symptoms and psychological impairments, in order to discover factors determining the feasibility of day-treatment. The experimental and control patients do not differ in terms of psychopathology before admission. Psychopathology in both groups is severe. More than 50% of the patients were suffering from a psychosis. Nevertheless day-treatment appeared to be feasible for 36% of the experimental patients. Of the psychopathology assessed in this study, only the extent to which the patient was subject to disorders of conduct seemed to be of influence with respect to the feasibility of day-treatment.

---

F.J. Nienhuis, H. Kluiters en M. Rùphan zijn als psycholoog, R. Giel als psychiater en D. Wiersma als socioloog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de RU Groningen. Correspondentieadres: Postbus 30001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 24-11-1990.