Haalbaarheid van Opnamevervangende Dagbehandeling in relatie tot sociale beperkingen bij opname

Berichten uit het Substitutieproject Drenthe (V)

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

Samenvatting

In het kader van een gerandomiseerd experiment wordt onderzocht in hoeverre sociale beperkingen bij de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis een rol spelen in de haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling. Patiënten in de experimentele conditie, bij wie getracht werd opnamevervangende dagbehandeling te realiseren, werden beoordeeld op hun functioneren in acht sociale rollen in de maand vóór opname en bleken daarin niet te verschillen van de controlepatiënten, die de gangbare klinische behandeling ontvingen. De resultaten laten zien dat de sociale problemen waarmee psychiatrische patiënten bij opname kampen, zeer ernstig en omvangrijk zijn, vooral op het gebied van de dagbesteding, de sociale contacten, de relatie met de partner en het huiselijk leven. Desondanks blijkt voor 36% van de onderzochte patiënten in de experimentele conditie opnamevervangende dagbehandeling in voldoende mate haalbaar. Het betreft patiënten bij wie het beheer van de financiën, de relatie met de partner en de omgang met de kinderen relatief minder ernstig verstoord zijn dan bij de overige patiënten in de experimentele conditie, bij wie dagbehandeling niet of onvoldoende gerealiseerd werd.

Inleiding

Het wetenschappelijk onderzoek binnen het Substitutieproject Drenthe is in opzet en doelstelling (Wiersma 1988; Wiersma, Kluiter, Nienhuis, Rüphan en Giel 1989) allereerst gericht op de vraag in hoeverre opnamevervangende dagbehandeling (OVDB) *haalbaar* is bij de opnamepopulatie van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. Het is evenwel niet voldoende om aan te tonen dat bij een deel van acute psychiatrische patiënten deze poging lijkt te kunnen slagen (zie Kluiter e.a. 1990). Essentieel daarbij is de vraag voor welke patiënten OVDB haalbaar is (Herz e.a. 1971; Vidalis en Baker 1986; Creed e.a. 1989). Het onderzoek, dat de vorm heeft van een *gerandomiseerd experiment*, richt zich op de beschrijving van de kenmerken van patiënten bij wie

OVDB daadwerkelijk gerealiseerd werd en de wijze waarop zij zich eventueel onderscheiden van de andere patiënten in de experimentele conditie, bij wie deze dagbehandeling niet of nauwelijks mogelijk bleek.[1] Een gedetailleerde omschrijving van antecedente factoren is belangrijk: uit methodologisch oogpunt, omdat een gedegen effectmeting een nauwkeurige bepaling van de pre-experimentele situatie vereist en vanuit het oogpunt van beleid en behandeling, omdat het APZ, alvorens een bepaalde behandeling te kunnen instellen, moet weten met welke problematiek het geconfronteerd kan worden. Een dergelijke bepaling ten aanzien van de psychopathologische kenmerken van de patiënten uit het Substitutieproject geven Nienhuis e.a. (463-476) elders in deze aflevering. In dit artikel zullen wij op overeenkomstige wijze het sociale functioneren van de patiënten vóór opname in het APZ behandelen. Met uitzondering van patiënten met dementie en met een aanmelding voor een expertise pro justitia, zal voor psychiatrische patiënten die representatief zijn voor de opnamepopulatie in de Nederlandse algemene psychiatrische ziekenhuizen (Wiersma e.a. 1989), beschreven worden welke beperkingen in het sociale functioneren bestonden op het moment van opname. Daarbij ligt de nadruk op de vergelijking tussen de patiënten die *at random* in de experimentele conditie (Substitutie of S-conditie) danwel in de controleconditie (Klinische of K-conditie) geplaatst werden. De vraagstelling richt zich op de volgende punten:

1. Heeft de randomisatieprocedure ten aanzien van het sociale functioneren tot correcte resultaten geleid, dat wil zeggen zijn de S-patiënten en K-patiënten gelijkwaardig wat sociaal functioneren betreft bij aanvang van hun behandeling;
2. Van welke aard en omvang zijn de beperkingen in het sociale functioneren van S- en K-patiënten bij opname;
3. Onderscheiden S-patiënten, bij wie opnamevervangende dagbehandeling haalbaar is gebleken, zich wat betreft hun sociale functioneren bij opname van andere S-patiënten, bij wie deze vorm van dagbehandeling niet of in veel mindere mate gerealiseerd kon worden.

Het sociale functioneren

Eén van de doelstellingen van het Substitutieproject is om na te gaan in hoeverre OVDB chroniciteit of psychiatrische invaliditeit kan verminderen of voorkomen. De verwachting dat door opnamevervangende dagbehandeling, waar de sociaal-psychiatrische benadering veel meer centraal staat, psychiatrische invaliditeit zou kunnen verminderen, is begrijpelijk. Michaux e.a. (1973) vatten het zo treffend samen: 'Since, by definition, day programs focus on the patient as a community member, treatment aims are basically social: avoidance of "institu-

tionalization"; acceptance of illness as a way of life; prevention of social breakdown; furtherance of succesful extramural adjustment'. Bij de beoordeling hiervan is het nodig om aard en ernst van beperkingen in het sociale functioneren en de ontwikkeling ervan over langere tijd vast te stellen. Ook dient de omvang van het dysfunctioneren, dat wil zeggen de mate waarin de beperkingen zich hebben verbreid over de verschillende terreinen van het dagelijks leven, te worden beoordeeld. Schabel (1987) merkt op, naar aanleiding van een onderzoek bij een Utrechtse ontslagpopulatie, dat 'naast psychiatrische stoornissen en lichamelijke problematiek vooral de sociale problematiek indrukwekkend is en dat juist een opeenstapeling van ellende in alle levensfasen en op alle levensgebieden (school, werk etc.....) in epidemiologisch onderzoek vaak onvoldoende tot uitdrukking komt'. In outcome-studies naar de effectiviteit van alternatieven voor 24-uurs zorg wordt vooral aandacht besteed aan effecten op opnameduur, aantal heropnamen, symptoomreductie of remissie en in mindere mate aan effecten op het sociale functioneren (zie ook commentaar van Creed e.a. (1989) en Asselbergs (1989)). Juist op het gebied van het sociale functioneren lijkt de superioriteit van dagbehandeling duidelijker aangetoond (Schene 1985, 1986; Herz 1982). De uitkomstmaten, die gebruikt zijn om het sociale functioneren te meten, vormen echter een probleem. Enerzijds door de weinig gedifferentieerde wijze van meten, leidend tot één alomvattende index (Herz e.a. 1971; Hoult e.a. 1983) en anderzijds door de beperktheid van meten van slechts een enkel gebied van het sociale functioneren (meestal de beroepsuitoefening of werkrol, cf Michaux e.a. 1973).

Naast de problemen ten aanzien van de toegepaste instrumenten, vormt de relatieve onvergelijkbaarheid van de onderzochte populaties een fundamenteel probleem bij het interpreteren van de in de literatuur gerapporteerde resultaten. In veel gecontroleerde studies blijkt al bij voorbaat uitsluiting plaatsgevonden te hebben van diverse groepen patiënten (Lystad 1958; Herz e.a. 1971; Washburn e.a. 1976; Penk e.a. 1978; Dick e.a. 1985; zie ook overzichten van Herz 1975; Braun e.a. 1981; Schene en Gersons 1986; Creed e.a. 1989; Kluiter e.a. 1990), met als gevolg dat de resultaten nauwelijks meer betrekking hebben op een algemene, doorsnee opnamepopulatie. In een aantal van deze studies werd het plaatsen van patiënten in de experimentele conditie vooral bemoeilijkt door 'clinical bias' van de kant van behandelaren, waardoor juist de patiënten met meer ernstige problematiek werden uitgesloten (Platt e.a. 1980; Rosie 1987). In het Substitutieproject is dit niet het geval: de onderzoekspopulatie is zo ruim mogelijk geselecteerd, omdat naast de gebruikelijke psychosociale effectmaten ook de haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling als outcomevariabele is gedefinieerd (zie Kluiter e.a. 1990).

Het toegepaste meetinstrument: de Groningse Sociale Beperkingenschaal

In het Substitutieonderzoek wordt het sociale functioneren gemeten met behulp van de Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB, Wiersma e.a. 1986; De Jong e.a. 1987). Dit instrument heeft de vorm van een semi-gestructureerd interviewschema en meet het functioneren van personen binnen omschreven sociale rollen. Het begrip rol, afkomstig uit de sociologische en sociaal-psychologische literatuur (Biddle 1979), wordt in de GSB gedefinieerd als 'een complex van verwachtingen dat men heeft over het gedrag van degene die een bepaalde positie inneemt'. Het is daarmee een relationeel en een normatief begrip en biedt de mogelijkheid op globale wijze het functioneren van een persoon als bij voorbeeld werknemer, lid van het gezin, ouder of partner te beoordelen. De meest relevante aspecten van het dagelijks leven zijn ingedeeld in acht sociale rollen. Het gaat daarbij om drie rollen, die in een breder maatschappelijk verband bekleed worden, zoals de *Beroepsrol*, waarin werk, studie, huishoudelijke arbeid en dagelijkse bezigheden beoordeeld worden: de *Sociale rol*, waarin sociale contacten en activiteiten in de vrije tijd centraal staan en de *Burgerrol*, waar de nadruk ligt op de interesse in en deelname aan het maatschappelijk leven. De overige vijf rollen hebben betrekking op de meer directe levenssfeer van de persoon. Dit zijn achtereenvolgens de *Oudersol*, gericht op de omgang en de affectieve relatie met de kinderen; de *Partnerrol*, gericht op de affectieve en seksuele relatie met de partner; de *Familierol*, waarin het contact met ouders, broers en zusters aan bod komt; de *Gezinsrol*, met aandacht voor de deelname aan het gezinsleven inclusief de economische verplichtingen en tot slot de *Zelfverzorgingsrol*, waar de verzorging van uiterlijk en lichamelijke hygiëne centraal staan.

Elke rol is opgebouwd uit één of meer dimensies, die afzonderlijk worden beoordeeld en waarvan een soort gewogen gemiddelde leidt tot een totaalscore per rol. De onderzoeker beoordeelt op basis van een interview met de patiënt en een informant of en zo ja in welke mate een persoon beperkingen laat zien als drager van die rollen die voor hem/haar van toepassing zijn. Een beperking wordt omschreven als normoverschrijdend rolgedrag en de criteria daarvoor zijn neergelegd in de handleiding van het instrument (Wiersma e.a. 1986). Het instrument biedt de mogelijkheid om niet alleen de aard en de ernst van sociale beperkingen te constateren, maar ook om die gebieden van het dagelijks leven te lokaliseren, waarin de patiënt bevredigend functioneert. Voor iedere rol en haar dimensies wordt een score gegeven, variërend van 0 (goed functionerend) tot 4 (maximale beperking). De beoordeling heeft steeds betrekking op het functioneren van de patiënt in de vier weken voorafgaande aan het interview. In de beoordeling van het functioneren wordt enerzijds rekening gehouden met de verwachtingen of normen binnen de sociaal-economische groep waartoe de patiënt behoort en anderzijds met externe omstandigheden, die een belemmering kunnen vormen voor een bevredigend functioneren.

Het gebruik van de GSB binnen het Substitutieonderzoek biedt een aantal voordelen. Ten eerste is het instrument door de interviewvorm en het gebruik van een informant bij uitstek geschikt voor afname bij ernstig zieke, psychiatrische patiënten. Ten tweede is en wordt het instrument in diverse onderzoeken binnen de GGZ in Nederland gebruikt, waardoor de ontwikkeling van het instrument voortgang kan hebben en steeds meer verschillende patiëntengroepen vergeleken

kunnen worden (Wiersma, Hoek en Rüphan 1985; Asselbergs 1989; Schreurs 1990). Ten derde wordt in de meeste van deze onderzoeken naast de GSB steeds hetzelfde gestandaardiseerde instrument gebruikt ter beoordeling van de aanwezige psychopathologie, namelijk de Present State Examination (PSE, Wing e.a. 1974), waarbij dezelfde periode van vier weken vóór het interview ter beoordeling staat. Evenals in het Substitutieonderzoek vinden in bijna al deze onderzoeken de metingen naar sociaal functioneren en psychopathologie onafhankelijk van elkaar plaats. Juist de combinatie van deze instrumenten maakt het mogelijk een begrip als psychiatrische invaliditeit in de praktijk te onderzoeken.

Werkwijze en analyse

In het Substitutieproject zijn in totaal 160 patiënten ingestroomd, van wie 103 in de experimentele conditie werden geplaatst en 57 in de controleconditie. Een deel hiervan is betrokken in het persoonlijk onderzoek naar het psychosociale functioneren. De GSB kon bij 74 S-patiënten en 32 K-patiënten bij opname worden afgenomen.[2] Voor driekwart van deze patiënten (76%) werd ook een informant gesproken: in 36% van de gevallen betrof het de partner, in 24% een ouder en in 26% een hulpverlener. Op twee interviews na, die bij de patiënt thuis werden afgenomen, vonden alle andere plaats op één van de afdelingen van het APZ. Voor een beschrijving van sociodemografische en diagnostische kenmerken van de persoonlijk onderzochte populatie, de redenen voor uitval in het psychosociale onderzoek en het al dan niet selectieve karakter van deze uitval raadplege men paragraaf 2.1 in het artikel van Nienhuis e.a. (463-476), geplaatst in deze zelfde aflevering.

Ten aanzien van de eerste twee punten van de vraagstelling staat in de analyse de vergelijking van de gemiddelde waarden van de GSB-rolscores en dimensies voor de patiënten in de experimentele (S-) en de controle (K-) conditie centraal. Daarnaast wordt voor beide groepen de gemiddelde proportie beperkte rollen berekend, waartoe per patiënt het aantal rollen met een score 2, 3, of 4 gedeeld wordt door het aantal rollen dat voor de persoon van toepassing is. Verder worden per groep en per rol de percentages patiënten met enige beperking (score 2) c.q. ernstige beperking (score 3 of 4) gepresenteerd. Voor de toetsing van eventuele verschillen bij entree tussen de experimentele en de controlegroep wordt variantieanalyse met één factor van twee condities toegepast (fixed model). Het significantieniveau is in alle analyses bepaald op een overschrijdingskans van 5%.

Eenzelfde methode van analyse wordt gevolgd ten aanzien van het derde punt van de vraagstelling. Hierbij gaat de beoordeling van verschillen in sociaal functioneren bij opname tussen drie groepen patiënten in de experimentele conditie, die gevormd werden op basis van de mate waarin OVDB realiseerbaar bleek in de eerste, maximaal 15 weken van de indexopname. 36% van de met de GSB onderzochte patiënten werd ingedeeld in Groep I (dagbehandeling is gerealiseerd), 27% in Groep II (dagbehandeling is op gang gekomen) en 37% in Groep III (dagbehandeling is niet gerealiseerd). Deze indeling is gebaseerd op de resultaten van een gedetailleerde verblijfsregistratie (Kluiter en Rüphan 1990). Voor een uitvoerige verantwoording van de wijze waarop deze indeling plaatsvond raadplege men Kluiter e.a. (1990).

De resultaten

Vergelijkbaarheid van S- en K-patiënten bij opname – Toetsing van de verschillen in gemiddelde waarden tussen de condities, leverde geen significante resultaten op. Dit betekent dat de sociale problematiek van de patiënten in de experimentele groep bij aanvang van het project statistisch vergelijkbaar is met die van de patiënten in de controlegroep. Het houdt tevens in dat eventuele verschillen, op de follow-up-metingen na, één en twee jaar niet toegeschreven kunnen worden aan systematische verschillen vóór de indexopname. In de nu volgende beschrijving van de resultaten zal, juist op grond van de vergelijkbare problematiek in beide condities, niet uitsluitend het onderscheid tussen S- en K-patiënten gehanteerd worden, maar gedeeltelijk het (dys)functioneren van de gehele groep als indicatief voor een APZ-opnamepopulatie behandeld worden.

Aard en omvang van beperkingen in het sociale functioneren van S- en K-patiënten bij opname – In tabel 1 zijn per behandelconditie de gemiddelde waarden van de dimensie- en rolscores van de GSB gegeven. De aantallen patiënten, waarover de gemiddelden berekend zijn, zijn niet voor alle variabelen gelijk, omdat voor sommige patiënten een rol of een dimensie niet van toepassing was of soms een beoordeling ervan niet goed mogelijk bleek te zijn. Zo is slechts voor 52% van de 106 patiënten de ouderrol van toepassing.

Psychiatrische patiënten met een opname-indicatie voor het APZ blijken als groep volgens onze bevindingen op alle rollen beperkt te functioneren in de maand vóór de opname. Vier rollen springen er in ongunstige zin uit, wat betekent dat een groot aantal mensen slecht tot zeer slecht functioneerde in deze gebieden van het dagelijks leven. Het betreft de beroepsrol, de partnerrol, de sociale rol en de gezinsrol. Het percentage patiënten dat in deze rollen een beperking (score 2, 3, 4) scoort, ligt in beide condities boven de 80%, terwijl het percentage patiënten met ernstige tot zeer ernstige beperkingen (score 3, 4) respectievelijk 75, 55, 49 en 45% bedraagt. In tabel 2 zijn deze bevindingen per conditie gegeven.

In de praktijk betekent dit onder meer dat het merendeel van de patiënten vóór opname grote problemen heeft met het vullen en zinvol besteden van de dag. Slechts 17% van de patiënten bezet een arbeidsplaats van meer dan 20 uur per week, maar de helft van hen is niet in staat geweest in de maand vóór de indexopname te werken. Van de overige patiënten, die formeel buiten het arbeidsproces staan, voert 20% het huishouden, is 15% werkloos en is 33% arbeidsongeschikt verklaard. Deze arbeidsongeschiktheid duurde in ruim tweederde van de gevallen al langer dan 5 jaar. Nog eens 15% is gepensioneerd. In bijna de helft van alle persoonlijk onderzochte patiënten (44%) gaf men aan geen andere bezigheden te hebben dan lichte huishoudelijke

Tabel 1: Gemiddelde scores op rollen en dimensie van de GSB voor S- K-patiënten (beginmeting)

		S-patiënten		K-patiënten		Toetsing Gemiddelden*	
GSB-rollen		N	Gem.	N	Gem.	F-ratio	P
I	*Zelfverzorging*	74	2.1	32	1.9	.67	.41
a	uiterlijke verzorging	74	2.0	32	1.8	1.68	.19
b	beheer van bezittingen	69	1.8	29	1.9	.05	.81
II	*Gezinsrol*	74	2.3	32	2.3	.00	.99
a	taken/verplichtingen	55	2.4	21	2.4	.02	.87
b	financieel beheer	72	1.8	31	1.8	.03	.84
III	*Familierol*	66	1.9	28	1.8	.04	.82
a	band met ouders	49	2.0	21	1.9	.26	.60
b	omgang met ouders	48	1.7	20	1.5	.52	.47
c	omgang broers/zussen	62	1.4	26	1.7	1.76	.18
IV	*Partnerrol*	69	2.5	30	2.5	.13	.71
a	affectieve relatie	42	2.2	14	2.2	.00	.93
b	seksuele relatie	68	2.3	27	2.4	.37	.54
V	*Ouderrol*	36	2.0	19	1.9	.08	.77
a	omgang	36	2.0	19	1.8	.30	.58
b	band	35	1.8	18	1.6	.54	.46
VI	*Burgerrol*	70	2.1	32	2.0	.15	.69
VII	*Sociale rol*	74	2.4	32	2.5	.41	.51
a	contacten	73	2.3	32	2.5	.93	.33
b	vrije tijd	22	2.1	8	1.8	1.22	.27
VIII	*Beroepsrol*	73	3.0	31	3.1	.49	.48
a	routine	21	1.8	7	2.1	.53	.46
b	prestaties	21	2.0	7	2.3	.43	.51
c	omgang anderen	7	1.1	2	1.0	.03	.86
d	dagelijkse bezigheden	50	2.8	24	3.0	.61	.43

* één weg – variantieanalyse
geen significante verschillen (niveau 5%)

activiteiten en 14% deed enig vrijwilligerswerk.

De relatie met de partner is in het algemeen duidelijk verstoord, zowel affectief als seksueel. De patiënten zonder partner (44%) lijken niet of nauwelijks in staat een dergelijke relatie op te bouwen. Sociale contacten zijn in het algemeen schaars of kwalitatief nauwelijks bevredigend. Bijna een kwart van de patiënten (24%) woont alleen en zelf-

Tabel 2: Patiënten in S- en K-conditie die respectievelijk geen, enige, ernstige of maximale beperking scoorden: verdeling in percentages per rol en per conditie

		S-patiënten				K-patiënten			
			Mate van Beperking				Mate van Beperking		
			Geen (0,1)	Enige (2)	Ernstig/ Max (3,4)		Geen (0,1)	Enige (2)	Ernstig/ Max (3,4)
GSB-rollen		N	%	%	%	N	%	%	%
I	Zelfverzorging	74	31	39	30	32	44	25	31
II	Gezinsrol	74	16	39	45	32	19	34	47
III	Familierol	66	35	46	20	28	39	43	18
IV	Partnerrol	69	17	29	54	30	10	33	57
V	Ouderrol	36	33	36	31	19	32	53	16
VI	Burgerrol	70	30	34	36	32	34	31	34
VII	Sociale rol	74	12	42	46	32	13	31	56
VIII	Beroepsrol	73	8	16	75	31	3	23	74

0 = geen beperking, uitstekend functionerend
1 = geen beperking, bevredigend functionerend
2 = enige beperking
3 = duidelijke beperking
4 = maximale beperking

Verdelingen tussen S- en K-patiënten verschillen niet significant (chi-kwadraat; niveau 5%).

standig, maar het merendeel (61%) leeft in een gezinsverband, dat wil zeggen met een partner, met kinderen of met de ouder(s). Deelname aan het gezinsleven is gering of in ernstige mate storend en het zelfstandig wonen blijkt nauwelijks mogelijk in de periode vlak vóór opname. Dit is mede af te leiden uit de mate waarin men problemen heeft met het dragen van de financiële verantwoordelijkheden.

Tweederde (68%) van de patiënten heeft een beperking in de rol van burger. Vooral het ontbreken van een actieve deelname aan het maatschappelijk georiënteerde verenigingsleven, zoals de kerk, de buurtvereniging en politieke partij, is daarvoor indicatief.

Als ouders functioneren de K-patiënten wat beter dan de S-patiënten. Het percentage patiënten met een beperking is in beide condities weliswaar vergelijkbaar, maar de K-patiënten zijn relatief minder ernstig beperkt (16% tegenover 31% bij de S-patiënten). De problemen in deze rol hebben vooral te maken met het feit dat een deel van de patiënten het moeilijk op kan brengen daadwerkelijk betrokken te zijn bij de verzorging en opvoeding van hun kinderen.

Opvallend is verder dat in het algemeen de zelfverzorging bij deze patiëntengroep duidelijk te wensen over laat. Het percentage patiënten

met een beperking bedraagt 65%. Maar liefst een derde in elk van beide condities zorgt in lichamelijk opzicht zeer slecht voor zichzelf. Deze problemen zijn bij de door ons onderzochte groep ernstiger dan bij andere psychiatrische patiënten-populaties, zoals chronische patiënten in de ambulante/extramurale zorg (zie Asselbergs 1989; Schreurs 1990). Een verklaring hiervoor is dat in een aantal gevallen een suïcidepoging of automutilatie de aanleiding vormde voor de acute opname. Een dergelijke aantasting van de lichamelijke integriteit wordt evenals het dagenlang in bed liggen, zonder enige vorm van zelfverzorging of aandacht voor de directe leefomgeving als een ernstig dysfunctioneren beschouwd.

Tot slot de 'minst beschadigde' rol, de familierol: hoewel 64% een beperking scoort, is het percentage patiënten met een ernstig dysfunctioneren op deze rol het laagst: 19%, evenals het groepsgemiddelde (1.85). De problemen zijn terug te voeren op de affectieve band met de ouders, waarin afhankelijkheid en het ontbreken van een vertrouwensband een rol spelen, en in mindere mate op het ontbreken van contacten met ouders, broers en zusters.

In het voorgaande werden aard en ernst van het dysfunctioneren van de onderzochte patiënten binnen de afzonderlijke rollen aangeduid.

Een indicatie voor de mate waarin het dysfunctioneren zich verbreid heeft over de verschillende gebieden van het sociale leven, is de proportie beperkte rollen per patiënt, waarbij het aantal beperkte rollen (score 2, 3, 4) afgezet wordt tegen het aantal toepasselijke rollen.

Hoe omvangrijk de sociale problematiek bij opname is, blijkt uit de volgende cijfers: zowel in de S- als in de K-conditie werd bij ongeveer 90% van de patiënten voor meer dan de helft van de toepasselijke rollen een beperking gescoord. 61% in de S-conditie en 56% in de K-conditie dysfunctioneerde zelfs in meer dan driekwart van de gescoorde rollen. Slechts enkele patiënten werden opgenomen met relatief weinig beperkingen in het sociale functioneren. Gemiddeld bedraagt de proportie beperkte rollen in de S- en K-conditie respectievelijk .78 en .76.

Sociaal functioneren als predictor voor de haalbaarheid van OVDB – Ondanks de ernst en de omvang van het dysfunctioneren bleek het toch mogelijk ruim éénderde van de S-patiënten in dagbehandeling te plaatsen. Dit betreft 36% van de met de GSB onderzochte S-patiënten[3], welk percentage praktisch gelijk is aan dat van de gehele S-groep (38%). Het is daarom interessant het sociale functioneren van S-patiënten, bij wie de OVDB in de eerste 15 weken van de indexopname tot stand gekomen is, te vergelijken met de andere S-patiënten, bij wie dit slechts ten dele of in het geheel niet lukte. De proportie beperkte rollen valt voor de drie eerder onderscheiden groe-

pen S-patiënten als volgt uit: 0,70 voor Groep I (dagbehandeling gerealiseerd); 0,81 voor Groep II (dagbehandeling op gang gekomen) en 0,85 voor Groep III (dagbehandeling niet gerealiseerd). De statistische kans dat dit verschil op toeval berust is 7%, hetgeen net boven onze norm van 5% valt. Niettemin is er de aanwijzing dat in Groep I de sociale problematiek bij opname relatief minder omvangrijk was.

In vergelijking met Groep I liggen de gemiddelde waarden op de afzonderlijke rollen en dimensies vaak hoger in de groepen waar de patiënten, ondanks de inspanningen van behandelaren, niet of slechts gedeeltelijk in dagbehandeling konden worden genomen. De verschillen zijn echter niet groot; bij toetsing werden slechts een beperkt aantal significante verschillen ($p < .05$) uit Groep I minder problemen hebben met het behartigen van hun financiële zaken (dimensie b van de Gezinsrol). 68% functioneert bevredigend op dit gebied, tegenover slechts 20% in Groep III. Verder hebben zij – evenals trouwens de patiënten in Groep II – minder problemen in de relatie met hun partner, hoewel het gemiddelde dysfunctioneren toch nog relatief ernstig is. De patiënten uit Groep III dysfunctioneerden zonder uitzondering op dit gebied, terwijl voor de andere groepen in respectievelijk 24% en 31% van de gevallen een bevredigend functioneren geconstateerd werd. Het aantal patiënten met kinderen is in de drie groepen klein, maar ongeveer gelijk verdeeld. Dagbehandelingspatiënten blijken bij opname vrij redelijk als ouder te functioneren, in tegenstelling tot de ouders die vrijwel volledig klinisch opgenomen waren. In deze laatste groep liggen de gemiddelde waarden een vol punt hoger.

Conclusie en discussie

Onze resultaten laten zien dat de problemen waarmee patiënten, met een opname-indicatie voor het APZ, in hun sociale functioneren kampen zeer ernstig zijn. Dit blijkt uit de ernst van de beperkingen binnen de afzonderlijke gebieden of rollen in hun dagelijks leven. De grootste moeilijkheden doen zich voor op het gebied van de dagbesteding, de sociale contacten, de relatie met de partner en het huiselijk leven. 80% of meer van alle patiënten dysfunctioneert binnen deze rollen.

De sociale problematiek van deze opnamepatiënten is vergelijkbaar met die van ambulante en extramurale chronische psychiatrische patiënten, maar dikwijls ernstiger, zoals op het gebied van de zelfverzorging en het huiselijk leven. Uit de omvang van het sociale dysfunctioneren, gelet op het aantal rollen waarin de onderzochte patiënten dysfunctioneren, blijkt min of meer waarom de sociale problematiek een opname onvermijdelijk maakt.

Bij 36% van de persoonlijk onderzochte patiënten in de experimentele conditie kon dagbehandeling gerealiseerd worden in de eerste 15 weken van de indexopname. Op grond van de vergelijking van het

sociale functioneren in de maand vóór opname kan slechts een beperkt aantal significante verschillen ten gunste van de dagbehandelingsgroep aangemerkt worden als mogelijke verklaring voor de haalbaarheid van dagbehandeling. Het betreft patiënten bij wie het beheer van de financiën, de relatie met de partner en de omgang met de kinderen minder ernstig verstoord zijn. Ook is er een aanwijzing dat bij deze groep van patiënten de omvang van het sociale dysfunctioneren relatief kleiner is.

De effecten van de experimentele behandeling moeten over langere tijd worden bezien. Belangrijk is daarbij dat het toestandsbeeld van de S-patiënten bij opname betreffende zowel de psychopathologie (Nienhuis e.a. 1990) als het sociale dysfunctioneren overeenkomt met dat van de controlepatiënten. Redelijkerwijs mag verwacht worden dat beide groepen na een jaar verbeterd zijn, op grond van het feit dat een deel van de patiënten niet meer opgenomen is. Gezien de ervaringen uit ander onderzoek kan worden verwacht dat de verbetering relatief beperkt zal zijn (Asselbergs 1989; De Jong 1984). In toekomstige publikaties zal niet alleen antwoord gegeven worden op de vraag in welke mate en op welke gebieden van het dagelijks leven verbetering van het sociale functioneren optreedt, maar vooral of er in die opzichten verschillen tussen de beide condities te constateren zijn, die te herleiden zijn tot de beoogde veranderingen in behandeling en zorg.

Noten

1. Zie voor een nadere uiteenzetting van de experimentele behandelaanpak Van Veldhuizen e.a. 1988.
2. De psychopathologiemeting met de PSE vond plaats bij 73 S-patiënten en 35 K-patiënten.
3. Van 4 S-patiënten ontbraken gegevens over de ontvangen behandeling.
4. Een volledig overzicht van de gegevens ter zake kan bij de auteur worden opgevraagd.

Literatuur

Asselbergs, L. (1989), *Sociaal Beperkt. Een empirisch onderzoek naar het sociale functioneren van schizofrene patiënten in het Psychose Preventie Project*, Rotterdam. Proefschrift, RU Utrecht.

Biddle, B.J. (1979), *Role theory: expectations, identities and behaviours*. Columbia.

Braun, P., e.a. (1981), Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry 138*, 736-749.

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. (1985), *Day and full time psychiatric treatment: a controlled comparison. British Journal of Psychiatry 147*, 246-250.

Herz, M.I., e.a. (1971), *Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. American Journal of Psychiatry 127, 10*, 107-118.

Herz, M.I. (1975), Partial Hospitalization: Day and Night Care. In: A.M. Freedman, H.I. Kaplan and B.J. Sadock (red.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry – II, volume 2, second edition*. The Williams and Wilkins Company, Baltimore, 1995-2003.

Herz, M.I. (1982), Research overview in day treatment. *International Journal of Partial Hospitalization 1*, 33-45.

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.

Jong, A. de (1984). *Over psychiatrische invaliditeit. Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag*. Proefschrift, RU Groningen.

Jong, A. de, J. Ormel en D. Wiersma (1987). De Groningse Sociale Beperkingenschaal. Ontwikkeling en beschrijving van het instrument, betrouwbaarheid en de hiërarchie in sociale rollen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 65*, 706-712.

Kluiter, H., M. Rüphan (1987), *Instrumentarium ter registratie en analyse van de behandeling en zorg binnen het kader van het Substitutie Project* (versie hoofdonderzoek). Afdeling Sociale Psychiatrie, RU Groningen/Projectbureau Assen.

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, 9*, 625-639.

Lystad, M.H. (1958), Day hospital care and changing family attitudes toward the mentally ill. *Journal of Nervous and Mental Disease 127*, 145-152.

Michaux, M.H., e.a. (1973), Postrelease adjustment of day and full-time psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry 29*, 647-651.

Nienhuis, F.J., e.a. (1990), *Haalbaarheid van opnamevervangende dagbehandeling in relatie tot de psychopathologie bij opname. Berichten uit het Substitutieproject Drenthe*. Tijdschrift voor Psychiatrie.

Penk, W.E., H.L. Charles en T.A. Van Hoose (1978), Comparative effectiveness of day hospital and inpatient psychiatric treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 46*, 94-101.

Platt, S.D., A.C. Knights en S.R. Hirsch (1980), Caution and conservatism in the use of a psychiatric day hospital: evidence from a research project that failed. *Psychiatry Research 3*, 123-132.

Rosie, J.S. (1987), Partial hospitalization: A review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry 38*, 1291-1299.

Schene, A.H. (1985), Psychiatrische deeltijdbehandeling: een overzicht. *NcGv-reeks 83*, Utrecht.

Schene, A.H., B.P.R. Gersons (1986), Effectiveness and application of partial hospitalization. *Acta Psychiatrica Scandinavica 74*, 335-340.

Schnabel, P. (1987), *Het eigene en het aardige van de geestelijke gezondheidszorg*. Inaugurale rede, RU Utrecht.

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 Multifunktionele Eenheid Midden Twente, Hengelo.

Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma, L.M. Ram (1988), Opnamevervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 42*, 3-18.

Vidalis, A.A., G.H.B. Baker (1986), Factors influencing effectiveness of day hospital treatment. *International Journal of Social Psychiatry 32*, 3-8.

Washburn, S., M. Vannicelli, R. Longabaugh, B.J. Scheff (1976), A controlled comparison of psychiatric day treatment and inpatient hospitalization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 44*, 665-675.

Wiersma, D., H.W. Hoek, M. Rüphan (1985), *Psychologische stoornissen en sociale beperkingen. Resultaten van een voor-onderzoek naar de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps.* Afdeling Sociale Psychiatrie, RU Groningen.

Wiersma, D., e.a. (1986), *De Groningse Sociale Beperkingenschaal (GSB). Handleiding voor het gebruik van het instrument voor de beoordeling van beperkingen in het sociale functioneren.* Afdeling Sociale Psychiatrie, RU Groningen.

Wiersma, D. (1988), *Notitie inzake criteria ter beoordeling van het welslagen van het Substitutieproject Drenthe.* Projectbureau, Assen.

Wiersma, D., e.a. (1988), Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (I). *Tijdschrift voor Psychiatrie 31*, 600-617.

Wing, J.K., J.E. Cooper, N. Sartorius (1974), The measurement and classification of Psychiatric symptoms. *Cambridge University Press*, Londen.

Summary: Feasibility of a day-treatment program for the severely mentally ill in relation to social role dysfunction.

Feasibility of day-treatment for patients accepted for admission to a psychiatric hospital was tested by means of a randomised experiment. In search of patient characteristics indicating suitability for day treatment, specific and general social role dysfunction were measured at the time of admission, covering eight domains of social role performance. Analysis of variance shows that experimental and control patients do not differ in social role performance before admission. Dysfunction in general and in the specific domains is severe, particularly in the occupational, social, partner and household roles. Day treatment appeared feasible for 36% of the experimental patients, in spite of the fact that these patients' social dysfunction is no less extended or severe, save in a restricted number of domains, namely the management of financial affairs, the rearing of children and the relationship with the partner.

M. Rüphan, H. Kluiter en F.J. Nienhuis 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 publikatie geaccepteerd op 24-11-1990.