

De psychopathologie in voorzieningen voor langdurig verblijf

door A.J. Tholen, R. Giel, H.W. Hoek, A. de Jong en D. Wiersma

Samenvatting

In dit artikel wordt een vergelijking gemaakt tussen drie aselechte steekproeven van 1) ten minste twee jaar opgenomen bewoners van enkele verzorgingsafdelingen van een APZ, 2) bewoners van sociowoningen op het terrein van dat APZ, en 3) bewoners van enkele tehuizen voor beschermd wonen in dezelfde gezondheidsregio. Alle onderzochte patiënten waren jonger dan 65 jaar. De vergelijking heeft betrekking op de DSM-III as I-diagnose, de met behulp van de PSE gemeten psychopathologie, de voorgeschreven dagdosis neuroleptica, de zelfbeschikking en de privacy. De Psychopathologie van de bewoners van de verzorgingsafdelingen en de sociowoningen bleek ernstiger dan die van de bewoners in de beschermende woonvormen. In vergelijking met de bewoners in de tehuizen voor beschermd wonen bleken de in de sociowoningen verblijvende chronische patiënten ernstiger gestoord, terwijl ze gemiddeld een iets hogere dosis neuroleptica kregen. Daarentegen was hun mate van zelfbeschikking en privacy groter.

Uit een vergelijking van de onderzochte steekproeven met andere en de landelijke populatie blijkt dat de uitkomsten van het onderzoek redelijk generaliseerbaar zijn. Het overheidsbeleid, gericht op reductie van het aantal bedden in de APZ'en en gedeeltelijke substitutie in plaatsen in de beschermende woonvormen, wordt besproken.

Inleiding

Van de ongeveer 21.500 menen die momenteel in een algemeen psychiatisch ziekenhuis (APZ) opgenomen zijn, verblijven bijna 11.000 daar al meer dan 2 jaar (GHIV/NZR 1985). Bijna 4.000 van hen zijn reeds meer dan 25 jaar opgenomen. Buiten het APZ wonen nog ongeveer 3.000 mensen in beschermende woonvormen (BW) waar zij, meestal via het APZ, terecht kwamen.

In de Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) wordt een groot tekort aan plaatsen in de BW gesignaleerd, zeker in het licht van de beoogde verschuiving van de capaciteit van het APZ naar deze voorzieningen. In het eindrapport van de Werkgroep Beschermende Woonvormen van de Geneeskundige Hoofdinspectie (GHIGV 1983) wordt uit-

gegaan van een voorsnog arbitraire schatting van 5.000 benodigde plaatsen in de BW (0.38 ‰ van de bevolking), waarbij de klinische capaciteit van het APZ (inclusief resocialisatieplaatsen en sociowoningen) gereduceerd moet worden tot ongeveer 15.000. De laatste jaren werden door het APZ onder andere vanwege het tekort aan BW-plaatsen en ter vervanging van gebrekkige accommodatie, meer dan 1.000 plaatsen in sociowoningen (SW) gerealiseerd dan wel aangevraagd.

De overheid streeft dus naar een vermindering van 6.500 APZ-plaatsen door middel van versterking van de ambulante zorg en dagbehandeling en door reallocatie van verblijfspatiënten op 2.000 extra plaatsen in de BW. Het is echter de vraag in welk opzicht en in welke mate de langdurig in het APZ opgenomen patiënten verschillen van de huidige bewoners van de BW. Door verdere reallocatie van grote groepen verblijfspatiënten is te verwachten dat niet alleen de psychisch meest gestoorde en zorgbehoevende groep in het APZ achterblijft maar ook dat de populatie in de BW verandert. Het is nog volstrekt onduidelijk wat de aard en de omvang van deze veranderingen zal zijn. Meer inzicht in de problematiek en de behoeften van deze groepen mensen in de verschillende voorzieningen is nodig voor de planning en de verschuiving van plaatsen van het APZ naar de BW.

Om het functioneren en de behoeften van de desbetreffende groepen chronische psychiatrische patiënten te inventariseren onderzochten wij een steekproef uit drie verschillende voorzieningen voor langdurig verblijf van psychiatrische patiënten, in het APZ de verblijfsafdelingen (PV) en de sociowoningen (SW) en daarbuiten de beschermende woonvormen (BW).

De International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH; WHO 1980) vormde de aanleiding tot dit onderzoek. Deze ICIDH werd ontwikkeld uit behoefte aan verbetering, vooral voor chronische patiënten, van informatie over de consequenties van ziekten. Naast een classificatie van functiestoornissen (impairments), bevat de ICIDH een classificatie van sociale beperkingen (disabilities) en van sociale achterstand (handicaps). Wij ontwikkelden in aansluiting op de ICIDH een nieuw instrument voor het meten van functiestoornissen (impairments) bij psychiatrische stoornissen, dat wil zeggen een Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen (CIPS), waarvan de onderzoeksresultaten onlangs gepubliceerd zijn (Hoek 1987). Te zijner tijd zullen ook de bevindingen gepubliceerd worden van het onderzoek naar het met behulp van de Groningse Sociale Beperkingen Schaal (GSB; Wiersma, De Jong, Ormel 1984) gemeten sociale functioneren van deze populaties en hun behoefte aan zorg.

In dit artikel doen wij verslag van een aantal algemene kenmerken van de drie verschillende voorzieningen (BW, SW en PV) en hun bewoners. Tevens vergelijken wij de bewoners in de verschillende voorzieningen wat betreft hun psychiatrische diagnostiek volgens DSM-III

(APA 1980) en de psychiatrische toestand gedurende de laatste 4 weken voor het interview met behulp van de Present State Examination (PSE, 9e editie; Wing e.a. 1974). De voorgeschreven dosis neuroleptica werd per voorziening beoordeeld op de samenhang met de psychopathologie en op de adequaatheid ervan.

Het onderzoek

In de gezondheidsregio Groningen/Drenthe onderzochten wij in een APZ een steekproef van alle patiënten onder de 65 jaar die ten minste twee jaar opgenomen waren. Een afdeling waar uitsluitend zwakzinnigen verbleven werd uitgesloten. In dezelfde regio onderzochten wij tevens in 3 beschermende woonvormen (BW) een steekproef van bewoners jonger dan 65 jaar. De opnameduur was voor de BW geen selectie criterium. Slechts één onderzochte bewoner had korter dan 2 jaar aansluitend in een APZ en de BW gewoond. De capaciteit van de 13 BW in de regio Groningen en Drenthe was met 539 plaatsen driemaal zo hoog als het landelijke gemiddelde van 0.2⁰/₁₀₀ (Haveman 1982). De drie onderzochte BW werden uitgekozen omdat zij voor een belangrijk deel bevolkt werden uit het onderzochte PZ.

In de geselecteerde voorzieningen waren op de peildatum (1 okt. 1984) 203 personen opgenomen die aan de selectiecriteria voldeden. Van de in totaal 110 mensen uit de twee aselect gekozen steekproeven (BW en APZ) konden er uiteindelijk 96 onderzocht worden. Zeven mensen weigerden medewerking, terwijl zeven anderen op het moment van onderzoek niet meer in de voorziening verbleven. In de BW onderzochten wij 33 van de 53 aanwezige personen jonger dan 65 jaar, op het APZ-terrein 63 van de 150 binnen de criteria vallende bewoners, waarvan 28 in de SW en 35 op de PV. Bij elke onderzochte bewoner werd een psychiatrisch interview afgenomen (PSE, CIPS) door in de instrumenten getrainde onderzoekers (2 psychiaters en 1 psychiatrisch epidemioloog), alsmede een sociaal interview (GSB) en een tevredenheidslijst (afdeling Sociale Psychiatrie; RUG 1984), afgenomen door 1 socioloog en 3 psychologen. Telkens werd een staflid dat de onderzochte goed kende geïnterviewd betreffende de psychiatrische en sociale problematiek van de bewoner en de behoefte aan zorg, begeleiding, huisvesting en werk. Ten slotte werd tijdens panelbijeenkomsten door alle onderzoekers op basis van de interviews en de met instemming van de bewoners meestal verkregen inzage in de dossiers, de psychiatrische diagnose volgens de DSM-III bepaald, alsmede de behoeften met betrekking tot hun lichamelijke, psychiatrische, sociale en materiële problematiek.

De psychiatrische voorzieningen

De drie onderzochte BW zijn gesitueerd in de bebouwde kom in twee

verschillende gemeenten. Van de panden, bestaande uit een voormalig hotel, een herenhuis en twee met elkaar verbonden panden, was er één dusdanig verouderd dat er nieuwbouwplannen bestaan. Over de bouwkundige staat was er in een andere BW de klacht over de te grote gehorigheid, terwijl men over de derde BW tevreden was. De doelstelling van de drie BW is het bieden van een beschermende huisvesting, woonrevalidatie en persoonlijke begeleiding aan mensen die anders veelal aangewezen zouden zijn op een opname in een APZ. Eén van de drie noemt ook resocialisatie als doelstelling.

De 9 onderzochte SW op het terrein van het APZ bestonden uit 5 nieuwbouwwoningen met elk 6 bewoners, 2 oudere panden met samen 3 groepen van 6 à 8 bewoners (aan het pand met 2 groepen zaten veel bouwkundige bezwaren) en een woning voor een samenwonend stel. De afdeling SW stelt zich ten doel het bieden van extra draagkracht en bescherming teneinde de zelfstandigheid en de maatschappelijke oriëntatie te stimuleren danwel in stand te houden. Bij de steekproef van de SW werd ook een afdeling 'voorbereidend wonen' gevoegd met 35 bewoners (10 zaten in de SW-steekproef). De personeelsbezetting en de 'huisregels' kwamen veel meer overeen met die van de SW dan met die van de PV.

De derde onderzochte voorziening (PV) bestond uit 5 gesloten en 5 open verblijfsafdelingen die bouwkundig in redelijk goede staat waren met elk tussen 11 en 20 bewoners. De doelstelling van de PV is het bieden van begeleiding in het dagelijks leven, sociale activering en verzorging. Deze afdelingen zijn dus niet primair op herstel, resocialisatie en ontslag gericht.

Vergelijken wij de voorzieningen, dan zien we dat in de BW en SW de meeste bewoners een eigen kamer hadden (resp. 90 en 80%), terwijl dit op de PV slechts bij 40% het geval was (tabel 1). De personeelsratio, be-

Tabel 1: Enkele kenmerken van de voorzieningen¹

	BW	SW	PV
Aantal aanwezige personen ²	53	150	
Steekproef	33	28	35
Percentage in een eenpersoonskamer	90	83	40
Personeelsratio ³	18	11	54
HHPP ⁴	14	5	24

1. BW: Beschermende Woonvorm

SW: Sociowoning op het APZ-terrein

PV: Psychiatrische Verzorgingsafdeling

2. Binnen selectiecriteria, d.w.z. jonger dan 65 jaar en in APZ minimaal 2 jaar opgenomen.

3. Personeelsratio: aantal verpleegkundigen en begeleiders (exclusief huishoudelijk personeel, arts en maatschappelijk werk) per 100 patiënten.

4. HHPP: aantal ja-antwoorden op de Hospital Hostel Practice Profile, een lijst met vragen naar de mate van zelfbeschikking en privacy (max. 53).

rekend als het aantal verpleegkundigen en begeleiders (exclusief medische staf, maatschappelijk werk en huishoudelijk personeel) op het standaard aantal van 100 patiënten was veruit het grootst op de PV. In de SW is het personeel niet ter plaatse aanwezig maar beschikbaar en vooral oproepbaar. In de BW was er altijd een beheerder in huis of beschikbaar.

Een inventarisatie van de mate van zelfbeschikking en privacy werd gemaakt in elke voorziening door het bespreken met de desbetreffende stafleden van een lijst met 53 vragen over beheer en toezicht. Deze vragenlijst, de Hospital Hostel Practice Profile (HHPP; Wykes, Sturt en Creer 1982) werd ontwikkeld om praktijken als geregelde bedtijden, het beheer over eigendommen zoals scheerspullen etc. te beoordelen. De meeste zelfbeschikking troffen wij in de SW aan, waar slechts 5 regels golden (tabel 1). De bezoektijden waren beperkt, er werd van de bewoners verwacht dat ze door de week op bepaalde tijden opstaan en overdag ergens heen gaan. De staf wil op de hoogte zijn van uitstapjes in het weekend. De bewoners kunnen een aantal inkopen doen in een winkel op het APZ-terrein. In de BW golden 14 regels, er was meer controle op de dagindeling, vaker beheer over medicijnen en minder zelfbeschikking over eten en drinken. De was werd voor de bewoners gedaan en in één BW werden ook de bedden opgemaakt. Op de PV golden 24 regels en daar was de controle op de dagindeling, hygiëne, kleding, medicijnen en bezittingen het grootst. De mensen worden regelmatig gewogen, de was en het opmaken van de bedden worden verzorgd, en regelmatig bezoekt een psychiater de afdeling. Wij vonden dus zowel een duidelijke toename van de personeelsratio als van de controle, het beheer en de verzorging in de volgorde SW, BW en PV.

De bewoners

De gemiddelde leeftijd van de onderzochte populatie was ruim 50 jaar en verschilde nauwelijks per voorziening en per geslacht (tabel 2). De bewoners van de BW verbleven daar al gemiddeld 7 jaar en verschilden van de bewoners van de SW en PV doordat ze op gemiddeld latere leeftijd voor het eerst met een GGZ-instelling in contact waren gekomen. Van de bewoners van de BW was 76% ooit in een PZ opgenomen geweest en slechts 43% langer dan 2 jaar. Deze bewoners van de BW zijn gemiddeld korter in het APZ opgenomen geweest dan de bewoners van de SW en PV.

Op de PV woonden meer vrouwen (60%) dan mannen, hetgeen overeenstemt met het gegeven dat de vrouwen in de totale steekproef gemiddeld eerder (op 25-jarige leeftijd) dan mannen (29 jr.) voor het eerst met een GGZ-instelling in contact waren gekomen en langer (20 jr.) dan mannen (12 jr.) in het APZ opgenomen waren (tabel 2). In de SW troffen wij de minste (33%) bewoners met een lichamelijke ziekte aan, terwijl dit in de BW (58%) en PV (66%) bij ongeveer evenveel bewoners voorkwam.

Tabel 2: Enkele kenmerken van de bewoners van de voorzieningen

Gemiddeld aantal jaren	BW N=33	SW N=28	PV N=35	Man N=59	Vrouw N=37
Leeftijd	51	49	53	51	50
Leeftijd 1e GZZ-contact ¹	31	25	26	29	25
Duur opnamen APZ ¹	6.5 ²	19	22	12	20
Duur verblijf in BW ¹	7	1	0.5		
Percentage bewoners met een lichamelijke ziekte of handicap	58%	33%	66%		

1. Het gemiddelde van de BW-groep wijkt significant af van het gemiddelde van de SW- en PV-groep (Kruskall Wallis-toets, $p < 0.10$)
2. $N = 25$, bewoners van de BW die eerder in een APZ verbleven

Het percentage van patiënten in het onderzochte APZ dat langer dan 2 jaar was opgenomen (57%) kwam ongeveer overeen met het gemiddeld percentage in alle APZ in Nederland. Van deze 'long-stay'-groep verbleef een groter deel (26%) in sociowoningen dan gemiddeld in alle Nederlandse APZ het geval is (ongeveer 10%).

De leeftijdsopbouw en de sekseverdeling van de APZ-steekproef (SW en PV) wijkt niet significant af van de landelijke APZ-populatie jonger dan 65 jaar en meer dan 2 jaar opgenomen in het APZ (GHIV/NZR 1985). Als we de onderzochte BW-bewoners op leeftijd en sekse vergelijken met de steekproef ($N = 133$) van Haveman e.a. (1986) in 23 BW, vinden wij evenmin significante verschillen (zie Hoek 1987). In de verdeling van de door de behandelaars geformuleerde diagnose vonden wij ook geen significante verschillen in vergelijking met de PIGG-gegevens en die van Haveman e.a. Deze overeenkomsten verlenen de onderzochte steekproef enige algemene representativiteit voor voorzieningen voor langdurig verblijf.

De psychiatrische diagnose volgens DSM-III

Door het panel van onderzoekers werd 58% van de 96 geïnterviewde bewoners gediagnostiseerd met een schizofrene stoornis, inclusief één atypische paranoïde stoornis en één atypische psychose. Bij deze 58% is inbegrepen 13% van de onderzochten met een schizofrene resttoestand of schizofrene stoornis in remissie. In het APZ is het percentage bewoners met een schizofrene stoornis (SW 68%, PV 66%) veel hoger dan in de BW (39%, zie tabel 3). Laten wij de schizofrene stoornis in remissie en als resttoestand buiten beschouwing, dan zien we een nog groter verschil in het percentage 'actieve' schizofrene stoornissen tussen het APZ (SW 50%), PV (57%) en de BW (27%). Organische stoornissen troffen wij minder aan in de BW (12%) en significant minder in de SW (7%) dan op de PV (23%). Ernstige organische stoornissen zagen wij uitsluitend in het APZ. Affectieve en neurotische stoornissen wer-

Tabel 3: DSM-III-diagnosen op as I per voorziening

Diagnose	BW		SW		PV		Significante verschillen ⁶
	N	%	N	%	N	%	
Organische stoornis ¹	4	12	2	7	8	23	SW vs PV
Schizofrene stoornis ²	9	27	14	50	20	57	BW vs SW en PV
Schizofrene resttoestand ³	4	12	5	18	3	9	n.s.
Affectieve stoornis in engere zin	3	9	2	7	2	6	n.s.
Neurotische stoornis ⁴	4	12	3	11	2	6	n.s.
Geen ⁵	9	27	2	7	-	-	BW vs SW en BW vs PV
Totaal	33	100%	28	100%	35	100%	

1. Inclusief organische persoonlijkheidsverandering en zwakzinnigheid
2. Inclusief 1 atypische paranoïde psychose en 1 atypische psychose
3. Inclusief 2 in remissie, symptoomvrij met hoge doses neuroleptica
4. Inclusief 1 episodische alcoholafhankelijkheid (in PV)
5. Inclusief zwakbegaafdheid
6. Toets voor verschil in percentages (versie voor kleine N, Sachs 1984), $p < 0.10$

den eveneens in alle drie aangetroffen, respectievelijk bij 21%, 18% en 12% van de BW-, SW- en PV-bewoners. Van de bewoners van de BW had 27% geen psychiatrische diagnose. Het betrof 9 bewoners van wie 7 als zwakbegaafd (IQ 71-84) beoordeeld werden en de andere 2 neuroleptica kregen en een lichamelijke ziekte of handicap hadden. In het APZ troffen wij slechts 2 bewoners in de SW aan zonder as I-diagnose, van wie één zwakbegaafd en de andere met een dwangmatige persoonlijkheid.

De psychopathologie volgens de Present State Examination

De psychopathologische verschijnselen tijdens en in de maand voorafgaand aan het interview werden beoordeeld met behulp van de Present State Examination. De PSE bevat 140 vragen naar psychopathologische verschijnselen van overwegend ernstige aard, zoals men bij opgenomen patiënten pleegt aan te treffen.

a. De uitvoerbaarheid van het interview – Voor de onderzochte populatie betekende de beantwoording van vragen en verdere exploratie betreffende de 103 symptomen soms een te grote opgave. Adequate beoordeling van de kernsymptomen was mogelijk bij de meerderheid van de bewoners van de BW en SW, echter door de beperkte mogelijkheden van de geïnterviewden slechts bij 63% van de PV-bewoners (zie tabel 4). Bij 4% van de SW-bewoners en 26% van de PV-bewoners was exploratie van symptomen geheel onmogelijk en kon alleen het ge-

Tabel 4: Adequaatheid van PSE-interview per voorziening

	BW N=33	SW N=28	PV N=35
Interviews			
Kernsymptomen beoordeeld	94%	82%	63%
Ernstige twijfel over adequaatheid	6%	14%	11%
Alleen gedrag, affect en spraak beoordeeld	–	4%	26%

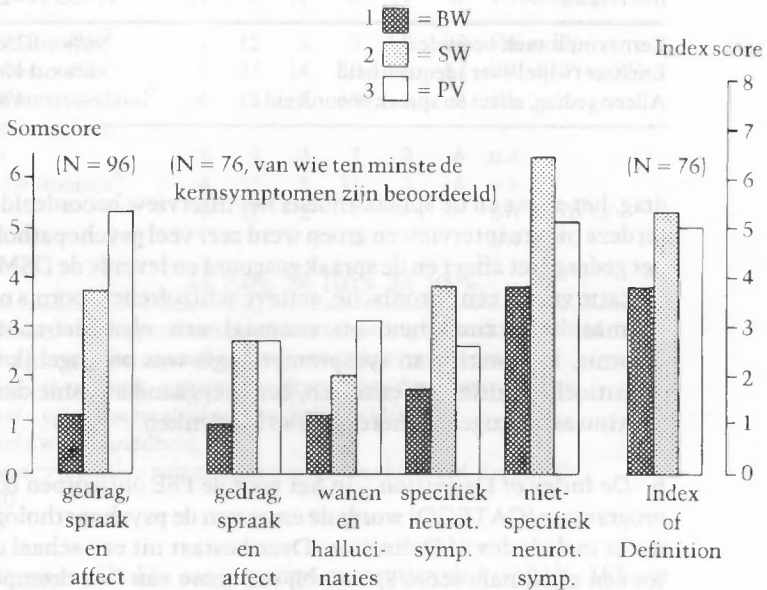
drag, het affect en de spraak tijdens het interview beoordeeld worden. Bij deze niet te interviewen groep werd zeer veel psychopathologie van het gedrag, het affect en de spraak gescoord en leverde de DSM-III-classificatie vooral een chronische, actieve schizofrene stoornis op, verder eenmaal zwakzinnigheid en eenmaal een obsessief-compulsieve stoornis. Exploratie van symptomatologie was onmogelijk door een essentieel cognitief onvermogen, een diepgaand autisme danwel een continu aanwezige incoherentie van het denken.

b. *De Index of Definition* – In het voor de PSE ontworpen computerprogramma (CATEGO) wordt de ernst van de psychopathologie uitgedrukt in de Index of Definition. Deze bestaat uit een schaal oplopend tot een maximale score 8, waarbij een score van 5 de drempelwaarde van 'een psychiatrisch geval' is (Wing e.a. 1978). De Index of Definition kon alleen betrouwbaar bepaald worden voor de 76 bewoners bij wie ten minste de kernsymptomen zijn beoordeeld. Van deze redelijk te interviewen bewoners bestond volgens de Index of Definition in de BW 42%, SW 70% en PV 64% uit psychiatrische gevallen (score 5% of meer). De gemiddelde scores op de Index of Definition waren voor de BW, SW en PV resp. 3.8, 5.3 en 5.0 (zie fig. 1). Het verschil tussen BW en SW is significant.

De scores op de Index of Definition geven voor de SW, en nog meer voor de PV slechts een beeld van de relatief minder gestoorde patiënten, omdat daar bij respectievelijk 18% en 37% van de bewoners de kernsymptomen niet adequaat beoordeeld konden worden (zie tabel 4), zodat hun ID niet viel te berekenen.

c. *De PSE-secties* – De adequaatheid van het interview vertekent ook de gemiddelde somscore per voorziening over 3 van de 4 secties van de PSE (de 'symptoom'-secties wanen en hallucinaties, specifiek neurotische symptomen en niet specifiek neurotische symptomen). Omdat er steeds enige tijd contact was met de betrokkene kon de sectie gedrag, spraak en affect wel in alle gevallen (N = 96) beoordeeld worden. De gemiddelde scores op deze sectie waren in de BW significant lager (minder ziek) dan in de SW (het drievoudige) en op de PV (het viervoudige, zie fig. 1). De gemiddelde scores van de overige secties konden, net als bij de Index of Definition, slechts vergeleken worden indien ten

Figuur 1: De somscores van de PSE-secties en de Index of Definition per voorziening



Significante verschillen (Scheffé's test $p < 0.10$)

1 < 2 en 3	1 < 2 en 3	1 < 3	n.s.	n.s.	1 < 2
------------	------------	-------	------	------	-------

minste de kernsymptomen waren beoordeeld (N = 76). De verschillen zijn, mogelijk door het erbuiten vallen van de meest gestoorde groep in de SW en vooral PV, minder uitgesproken, maar ook voor de sectie wanen en hallucinaties was de gemiddelde score van de BW-bewoners significant lager (1.0) dan de gemiddelde score in de SW en PV (beide 2.7).

De gemiddelde somscores op de neurotische secties verschilden niet significant per voorziening.

Weliswaar konden de verschillen tussen de voorzieningen in de psychopathologie van de totale onderzochte populatie niet geheel adequaat worden vastgesteld, maar toch kunnen wij stellen dat de verschillen, vooral wat betreft wanen en hallucinaties en de Index of Definition, nog groter zijn. Het niet kunnen interviewen van een vrij grote groep PV-bewoners is een gevolg van hun zeer ernstige psychopathologie, zoals al bleek uit de ernstige psychopathologie in gedrag, spraak en affect bij deze groep. Tevens wordt de gemiddelde score op de sectie wanen en hallucinaties in de PV gedrukt door de aanwezigheid van een grote groep met chronische organische stoornissen die over het algemeen niet door wanen en hallucinaties gekenmerkt worden.

d. *De syndromen* – Het CATEGO-programma groepeerde de verschillende items van de 4 secties in 37 syndromen. Alleen de scores van de sectie gedrag, spraak en affect geven een beeld van de totale onderzochte populatie (zie tabel 4). De items van deze sectie vinden we bijna allemaal terug in negen syndromen. De betrouwbaarheid van de beoordeling van deze gedragskenmerken is met de PSE in het algemeen lager dan die van symptomen (Pen e.a. 1977; Slooff e.a. 1983). De beoordeling van deze PSE-sectie werd voor veel items uitgevoerd met de criteria van de meer omschreven beoordelingsschalen van de CIPS, waarbij de beoordelaar-observatorbetrouwbaarheid redelijk tot goed was (kappa en gewogen kappa $\geq .65$, zie Hoek 1987). De 9 syndromen waarin het gedrag beoordeeld werd, groepeerden wij in zes positieve (d.w.z. bloeiende) syndromen (catatoon syndroom, incoherente spraak, restsyndroom, overactiviteit, agitatie en geïrriteerdheid) en drie negatieve syndromen (affectvlakheid, retardatie en zelfverwaarlozing). Deze indeling is gebaseerd op het idee dat de positieve en negatieve syndromen complexe uitingen zijn van verschillende processen. Crow (1985) beschouwt de positieve syndromen als een gevolg van verstoorde dopaminerge transmissie en de ernstige vormen van negatieve syndromen als een gevolg van structurele hersenbeschadiging. In een recente follow-up-studie van positieve en negatieve syndromen in het begin van de schizofrene stoornis vond Lindemayer (1986) na 2 jaar weliswaar een gelijk gebleven ernst van de gezamenlijke syndromen over de hele populatie, maar geen longitudinale correlaties bij de patiënten afzonderlijk. Dit zou betekenen dat positieve en negatieve syndromen, ten minste in het begin van de schizofrene stoornis, toestanden (states) zijn die bij een patiënt in de loop van de tijd wisselend kunnen voorkomen, en dat het geen kenmerken (traits) zijn van continue en voor het individu specifieke psychopathologie.

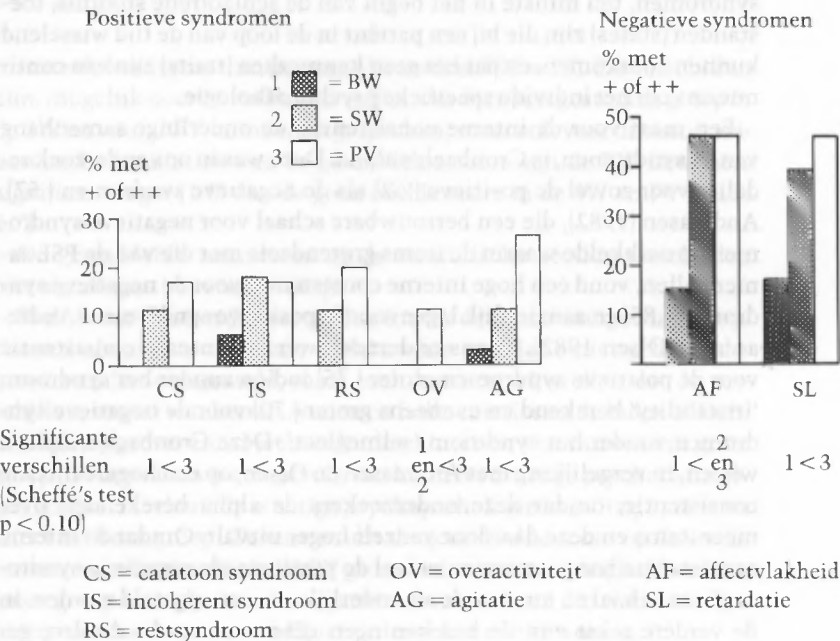
Een maat voor de interne consistentie, de onderlinge samenhang van de syndromen, is Cronbach's alpha. Deze was in ons onderzoek redelijk voor zowel de positieve (.62) als de negatieve syndromen (.57), Andreasen (1982), die een betrouwbare schaal voor negatieve syndromen ontwikkelde waarin de items grotendeels met die van de PSE samenvallen, vond een hoge interne consistentie voor de negatieve syndromen (.85) en aanzienlijk lager voor de positieve syndromen (Andreasen en Olsen 1982). In ons onderzoek werd de interne consistentie voor de positieve syndromen groter (.75) indien zonder het syndroom 'irritability' berekend en eveneens groter (.70) voor de negatieve syndromen zonder het syndroom 'selfneglect'. Deze Cronbach's alpha's wijzen, in vergelijking met Andreasen en Olsen, op een hogere interne consistentie, omdat deze onderzoekers de alpha berekenden over meer items en deze daardoor vanzelf hoger uitvalt. Omdat de interne consistentie hoog is vormen zowel de positieve als negatieve syndromen een schaal en kunnen de afzonderlijke scores opgeteld worden. In de verdere tekst zijn de berekeningen gebaseerd op de schalen, ge-

vormd door de overgebleven 5 positieve en 2 negatieve syndromen. De positieve en negatieve syndromen tonen dus enerzijds ieder afzonderlijk een interne samenhang, anderzijds zijn zij ook niet geheel onafhankelijk van elkaar, zoals blijkt uit de significant positieve relatie tussen de somscores (Kendall's tau .40).

De voorzieningen verschilden onderling iets meer in het percentage bewoners met enigerlei positief syndroom (BW 9, SW 32 en PV 54%) dan in het percentage met enigerlei negatief syndroom (BW 27, SW 54 en PV 60%). Elk positief syndroom kwam bij de PV-bewoners significant vaker voor dan bij de BW-bewoners. Een significant verschil in positieve syndromen tussen PV en SW werd alleen gevonden voor het syndroom overactiviteit. De verschillen tussen SW en BW waren niet significant. Negatieve syndromen werden in alle voorzieningen vaker aangetroffen dan positieve syndromen. Vooral in het APZ vinden we bij veel bewoners affectvlakheid (SW en PV 46%) en retardatie (SW 39, PV 46%). Het percentage BW-bewoners met affectvlakheid (15%) verschilt significant van de percentages in SW en PV. Het percentage BW-bewoners met retardatie (10%) is alleen significant minder dan het percentage in de PV (zie fig. 2).

De niet in de positieve en negatieve syndroomsschalen of -complexen opgenomen syndromen geïrriteerdheid en zelfverwaarlozing

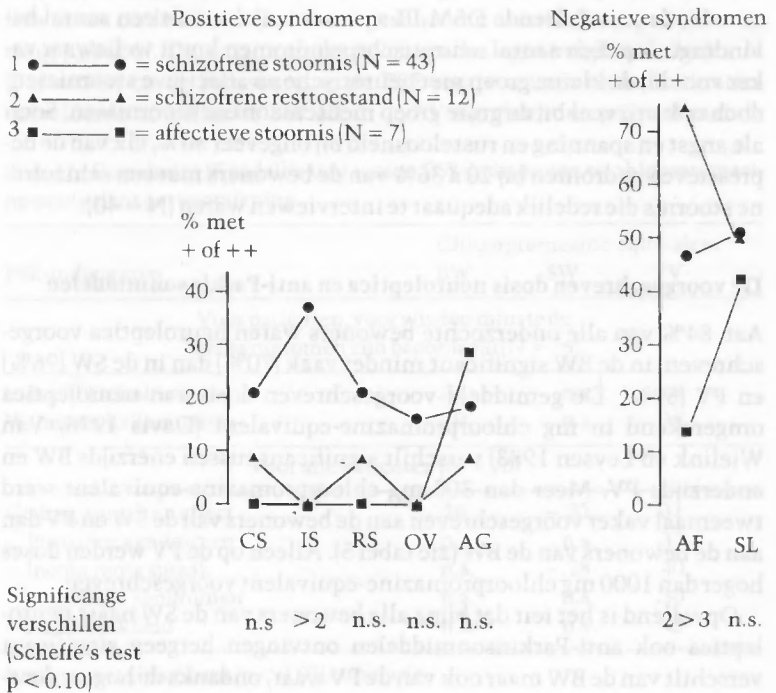
Figuur 2: Percentage bewoners per voorziening met bepaalde positieve en negatieve PSE-syndromen



troffen wij overigens eveneens in de BW (resp. 8 en 5%) minder vaak aan dan in de SW (resp. 21 en 14%) en PV (resp. 20 en 23%).

Kijken we naar de DSM-III-diagnose, dan vinden wij nauwelijks positieve of negatieve syndromen bij de neurotische stoornissen en personen zonder DSM-III-diagnose. De organische stoornissen gingen een enkele keer met incoherente spraak, affectvlakheid of traagheid gepaard. In figuur 3 zien we dat bij de affectieve stoornissen (N = 8) 2 keer agigatie, 1 keer affectvlakheid en 3 keer traagheid werd aangetroffen. Significant was alleen het hogere percentage van het positieve syndroom incoherente spraak bij de schizofrene stoornis in vergelijking met de resttoestand. Affectvlakheid werd significant vaker bij een schizofrene resttoestand (75%) aangetroffen in vergelijking met een affectieve stoornis (14%). In 46% van de gevallen met een schizofrene stoornis troffen wij affectvlakheid aan. Traagheid werd aangetroffen bij ongeveer de helft van de bewoners van zowel een DSM-III-diagnose schizofrene stoornis, resttoestand als affectieve stoornis. Een vergelijking tussen de bewoners van de verschillende voorzieningen voor de mate van psychopathologie in de PSE secties wanen en hallucinaties en specifieke en niet-specifieke neurotische symptomen kon alleen gemaakt worden voor de 76 bewoners waarbij in elk geval

Figuur 3: Percentage bewoners per DSM-III as I-diagnose met bepaalde positieve en negatieve syndromen



de kernsymptomen beoordeeld werden. Dit betekent dat bij deze vergelijking de meest gestoorde groepen (6% BW, 18% SW en 27% PV, zie tabel 4) buiten beschouwing blijven.

Wij vonden duidelijke verschillen in de aanwezigheid van 10 van de 28 syndromen van deze sectie. Een organische reactie kwam, waarschijnlijk vanwege de beperkte mogelijkheden tot toezicht, het minst in de SW voor (9% versus 23% BW en 26% PV). Opmerkelijk was de bevinding dat de vijf depressieve syndromen elk bij gemiddeld 40% van de bewoners van de SW voorkwamen, in de PV bij ruim 20%, in de BW bij 14%. De verschillen waren significant tussen SW en BW voor de syndromen 'simple depression' en verlies van interesse en concentratie. Ook troffen wij sociale angst significant vaker in de SW aan (60%), in vergelijking met de BW (30%). Een derde van de SW-bewoners had situationele angst, in de PV en BW slechts een enkeling. Spanning en rusteloosheid was weer kenmerkend voor alle APZ-bewoners (50% in SW en PV, 23% in BW).

Alhoewel de somscores van de sectie wanen en hallucinaties significant verschilden tussen BW en PV (fig. 2), vinden wij alleen voor het syndroom seksuele en fantastische wanen een significant verschil, maar dan niet alleen tussen BW (10%) en PV (37%), maar ook tussen BW en SW (26%). Bij de sectie wanen en hallucinaties is de spreiding over de overige syndromen te groot om significante verschillen te vinden.

Indien wij kijken naar het voorkomen van deze 'symptoom'-syndromen bij de verschillende DSM-III-stoornissen, dan valt een aantal bevindingen op. Een aantal neurotische syndromen komt weliswaar vaker voor bij de kleine groep met neurotische en affectieve stoornissen, doch ook vrij veel bij de grote groep met schizofrene stoornissen. Sociale angst en spanning en rusteloosheid bij ongeveer 50%, elk van de depressieve syndromen bij 20 à 36% van de bewoners met een schizofrene stoornis die redelijk adequaat te interviewen waren (N = 40).

De voorgeschreven dosis neuroleptica en anti-Parkinsonmiddelen

Aan 84% van alle onderzochte bewoners waren neuroleptica voorgeschreven, in de BW significant minder vaak (70%) dan in de SW (96%) en PV (89%). De gemiddeld voorgeschreven dosis van neuroleptica omgerekend in mg chloorpromazine-equivalent (Davis 1976; Van Wielink en Leysen 1983) verschild significant tussen enerzijds BW en anderzijds PV. Meer dan 300 mg chloorpromazine-equivalent werd tweemaal vaker voorgeschreven aan de bewoners van de SW en PV dan aan de bewoners van de BW (zie tabel 5). Alleen op de PV werden doses hoger dan 1000 mg chloorpromazine-equivalent voorgeschreven.

Opvallend is het feit dat bijna alle bewoners van de SW naast neuroleptica ook anti-Parkinsonmiddelen ontvingen hetgeen significant verschild van de BW maar ook van de PV waar, ondanks de hogere dose-

Tabel 5: Percentage bewoners met matige of hoge dagdosis neuroleptica en met anti-Parkinsonmiddelen per voorziening

Chloorpromazine-equivalent ¹	BW	SW	PV
Geen neuroleptica	30% ²	4%	11%
≤ 300mg.	43%	42%	31%
> 300mg. (> 1000mg.)	27% (-)	54% (-)	58% (26%)
Gemiddelde dosis indien neuroleptica voorgeschreven en percentage met anti-Parkinsonmiddelen			
Gemiddelde dosis neuroleptica	315mg ²	415mg	700mg
Percentage anti-Parkinsonmiddelen	36%	86%	43%

1. De dagdosis neuroleptica omgerekend in chloorpromazine-equivalent volgens Davis (1976) en Van Wielink en Leysen (1983)

2. Wijkt significant af ($p < 0.10$) van andere voorzieningen

ringen, slechts bij de helft van de neuroleptica-ontvangenden anti-Parkinsonmiddelen werden voorgeschreven. Waarschijnlijk is dit het gevolg van de geringe intensiteit en frequentie van observatie en psychofarmacotherapeutische evaluatie in de SW, welke overigens na het onderzoek uitgebreid is.

Wij onderzochten tevens de samenhang tussen de PSE-scores van de bewoners en de hoeveelheid voorgeschreven neuroleptica per voorziening (tabel 6). De ernst van de psychopathologie volgens de Index of Definition en de somscore op de PSE-sectie wanen en hallucinaties correleerde zowel in de BW als in de PV significant en positief met de

Tabel 6: Correlaties (Kendall's tau) tussen PSE-indicatoren en chloorpromazine-equivalent per voorziening

PSE-indicatoren	Chloorpromazine-equivalent		
	BW	SW	PV
Voor patiënten, voor wie ten minste de kernsymptomen zijn beoordeeld (N = 76)			
Index of Definition	.39	n.s. ¹	.49
Wanen en hallucinaties	.30	n.s.	.39
Voor alle patiënten (N = 96)			
Gedrag, spraak en affect	.26	-.32	.31
Positieve syndromen	n.s.	n.s.	.32
Incoherente spraak	n.s.	-.28	.40
Negatieve syndromen	n.s.	n.s.	.30
Affectvlaktheid	n.s.	n.s.	.43

1. n.s. = niet significant ($p < 0.05$) correlatie

gemiddelde dagdosis neuroleptica, doch niet in de SW.

Opvallend is de bevinding dat een hoge somscore op de sectie gedrag, spraak en affect zowel in de BW als in de PV significant samenhangt met een hoge dagdosis neuroleptica, terwijl in de SW een hoge somscore op deze sectie significant samenhangt met een lage dagdosis neuroleptica. Bij verdere opsplitsing van deze sectie in syndromen zien wij dat deze samenhang in de SW terug te vinden is in een significant lagere dagdosis neuroleptica bij incoherente spraak, terwijl in de PV bij incoherente spraak een significant hogere dagdosis was voorgeschreven. Alleen in de PV correleerde één negatief syndroom, affectvlakheid, positief met de dagdosis neuroleptica. Waarschijnlijk is de affectvlakheid een direct gevolg van de hoge doseringen in de PV.

Op grond van de gevonden correlaties tussen de dosis neuroleptica en psychopathologie is geen harde uitspraak te doen over de adequaatheid van de farmacotherapie, omdat een hoge dosis neuroleptica bij ernstige psychopathologie een adequate strategie is, terwijl geringe psychopathologie het beoogde gevolg kan zijn. Het panel van onderzoekers beoordeelde de juistheid van de voorgeschreven dagdosis daarom op basis van alle beschikbare informatie. Een wijziging van de psychofarmacotherapie werd door het panel vaker nodig geacht in de SW (48%) dan in de BW (22%) en de PV (31%). Dit betrof meestal de te grote hoeveelheid, een ongeschikte combinatie of een minder geschikt type psychofarmaca en minder vaak de te geringe dosis.

Beschouwing

Het onderzoek naar de psychopathologie van bewoners van beschermende woonvormen en langdurig in een APZ opgenomen patiënten blijkt generaliseerbaar naar de landelijke situatie op basis van overeenkomsten van de onderzochte steekproef met PIGG-gegevens (GHIV/NZR 1985) en met die van Haveman e.a. (1986). Het verschil met de landelijke situatie is het relatief grote aantal sociowoningen binnen het onderzochte APZ en het relatief grote aantal BW-plaatsen in de regio. Gezien de langdurige psychiatrische voorgeschiedenis van de bewoners en het chronische karakter van hun stoornissen kunnen wij veronderstellen dat de verschillen in psychopathologie tussen de verzorgingsafdelingen (PV), sociowoningen (SW) en beschermende woonvormen (BW) vooral het gangbare opname- en overplaatsingsbeleid van deze voorzieningen weerspiegelen.

In de PV is ruim een derde van de bewoners zodanig gestoord, dat een adequaat interview nauwelijks mogelijk is. De psychiatrische stoornis is meestal ernstig en chronisch van aard (80% organische stoornis danwel chronische 'actieve' schizofrenie) en het gedrag, de spraak en het affect zijn er het meest gestoord. Vooral de positieve (bloeiend psychotische) syndromen zijn typisch voor de PV-bewoners. De personeelsratio is er veel groter dan in BW en SW, evenals de mate van vrij-

heidsbeperking en toezicht. De gemiddelde dosis neuroleptica is er het hoogst (ruim 700 mg chloorpromazine-equivalenten). De bewoners met de hoogste dagdosis (ruim een kwart krijgt meer dan 1000 mg) hebben meer psychopathologie, onder andere wanen en hallucinaties, positieve syndromen, en (waarschijnlijk als gevolg van de medicatie) de meeste affectvlakheid.

In de SW op het APZ-terrein is het percentage bewoners met een ernstige psychiatrische stoornis (50% heeft een chronische 'actieve' schizofrene stoornis) groter dan in de BW, terwijl de personeelsratio, het toezicht en de controle er minimaal zijn. Wel worden er gemiddeld meer neuroleptica toegediend dan in de BW. De bewoners van de SW typeren zich door een hoge mate van affectvlakheid en retardatie, veel depressieve klachten en een hogere mate van sociale en situationele angst. Er zijn significant minder bewoners met psycho-organische stoornissen en lichamelijke ziekten dan in de BW en PV. Opvallend is, dat de meeste gedragsgestoorde en vooral incoherente bewoners significant minder neuroleptica gebruiken en de medicatie volgens het panel van onderzoekers in bijna de helft van de gevallen gewijzigd zou kunnen worden.

De bewoners van de BW verschillen van de bewoners in het APZ, doordat ze op gemiddeld latere leeftijd met de GGZ in contact kwamen en een eerdere opname in een APZ gemiddeld korter duurde. Tevens hebben ze gemiddeld minder ernstige psychiatrische stoornissen, minder wanen en hallucinaties en minder stoornissen van gedrag, spraak en affect. Bij ongeveer tweederde is er een psychiatrisch toestandbeeld, een even groot deel krijgt neuroleptica, terwijl minder dan een derde een psychotisch toestandbeeld heeft. Bij een vijfde van de bewoners is de medicatie volgens het panel van onderzoekers niet de juiste. Ondanks de mildere psychopathologie is de institutionele controle in de BW groter dan in de SW. De SW zijn daarentegen op het APZ-terrein en dus verder van de maatschappij gesitueerd. De paradoxale situatie doet zich voor dat mensen met minder psychopathologie en een kortere opnameduur bij het wonen buiten het APZ in hun BW onder meer sociale controle komen te staan dan in de SW. Met andere woorden, de patiënten in de SW op het APZ-terrein hebben weliswaar meer psychopathologie en medicatie, maar ook meer vrijheid of minder sociale controle. Het overheidsbeleid (Nota 1984), gericht op deconcentratie van het APZ met kleinschalige voorzieningen, waarin de patiënten zo mogelijk gehuisvest worden, lijkt dus voor een aantal patiënten geëffectueerd te zijn. De toestand wat betreft de huisvesting en privacy is de laatste 10 jaar verder verbeterd. Wij hebben de indruk dat in de SW van het APZ de deskundige begeleiding, gericht op de psychopathologie, is achtergebleven. De psychiatrische stoornis van de APZ-bewoners bestaat al zo lang dat ze als gehandicapt en uitbehandeld beschouwd worden, waardoor regelmatige evaluatie van de psychopathologie doelbewust nagelaten wordt en de patiënten worden

aangesproken op hun resterende vaardigheden. Maar al is er sprake van een handicap, toch kan de psychopathologie nog wisselen, hetgeen in de eerste plaats een bijstelling van de in grote hoeveelheden toegediende psychofarmaca noodzakelijk maakt. Daarbij komt dat een vermindering of het geheel ontbreken van ziektebesef inherent is aan veel van deze ernstige psychiatrische stoornissen. Daardoor kan men in het algemeen niet verwachten dat deze psychiatrisch gehandicapten, in tegenstelling tot somatisch gehandicapten, zelf met een eventuele opleving van hun pathologie naar de behandelaars toestappen. Geregelde psychiatrische evaluatie blijft belangrijk.

Een geleidelijke beddenreductie van het APZ biedt de mogelijkheid om te voorkomen dat het institutionele opbergen van patiënten in het APZ omgezet wordt in een psychologisch en sociaal geïsoleerd bestaan in een uithoek van de maatschappij, dat wil zeggen institutionalisering in een SW of een BW. De zeer vele verwaarloosde psychotische zwervers in de grote steden van de Verenigde Staten, die soms nog een anonieme plek in massale 'pensions' kunnen bemachtigen, vormen een waarschuwing tegen onzorgvuldig en rigoreus sluiten van inrichtingen. Het onderzoek van Kunze (1981) toont aan hoe in Duitsland de scheiding tussen behandeling en psychiatrische ziekenhuizen en verzorging in sociaal isolerende in depriverende 'Heimen' zich voltrok. De meerderheid van de ooit één jaar in een APZ opgenomen patiënten verbleef onder een restrictief regime in deze 'Heimen'. De bewoners vertoonden gemiddeld meer schizofrene symptomatologie, bij voorbeeld incoherentie, en kregen minder neuroleptica en relatief vaker anti-Parkinsonmiddelen voorgeschreven. De psychiatrische en sociale nazorg was ontoereikend. Zo vond Kunze dat de meest gestoorde en incoherente bewoners van de 'Heimen' minder neuroleptica kregen, hetgeen overeenkomt met onze bevindingen bij de bewoners van de SW. Hoewel de bewoners van de SW wat betreft de psychiatrische stoornissen overeenkomen met die in de 'Heimen', zijn hun zelfbeschikking en privacy veel groter. Bij de substitutie van APZ-plaatsen in BW-plaatsen met het eventuele overslaan van de SW dient daarom gewaakt te worden voor een verdere institutionalisering (controle en toezicht), omdat gezien de verschuiving die al vanuit het APZ heeft plaatsgevonden, een residu van meer gestoorde bewoners in het APZ en voor de BW te verwachten is. Men zal zich moeten afvragen of de asiel functie van het APZ-terrein en de daarbinnen mogelijk grotere zelfbeschikking in de sociowoningen niet vallen te verkiezen boven de schijnbare resocialisatie in de de BW, vooral voor de groep ernstiger gestoorde patiënten. Overigens lijken de SW wel meer personeel te behoeven dan nu het geval is, niet alleen vanwege de frequent voorkomende depressieve klachten, sociale en situationele angst en de noodzakelijke evaluatie van farmacotherapie, maar ook om gebrek aan stimulatie te voorkomen.

De uitkomsten van ons onderzoek wijzen erop dat de meest gestoor-

de chronische patiënten vaker in een SW dan in een BW geplaatst worden en dat het vaker om schizofrene stoornissen gaat. Dit is in tegenpraak met de conclusie van Haveman e.a. (1986) dat de PV-bewoners die volgens het oordeel van de psychiater en verpleegkundige voor een SW in aanmerking komen (landelijk zou dit 1050 PV-bewoners betreffen) op een groot aantal kenmerken, waaronder de psychiatrische diagnose, niet verschillen van de PV-bewoners die voor een BW in aanmerking komen (landelijk 1280).

De BW in ons onderzoek blijken vooral een functie te hebben voor de minst gedragsgestoorde psychiatrische patiënten en voor diegenen met lichamelijke handicaps en lichtere organische stoornissen. De gemiddelde ernst van de psychopathologie in de BW zal toenemen indien de substitutie van 3000 APZ-plaatsen in BW-plaatsen gerealiseerd moet worden. Dit vergt een noodzakelijke uitbreiding van deskundige begeleiding, zowel voor de gemiddelde bewoner van de BW als voor de gemiddelde 'achtergebleven' PV-bewoner. Het is de vraag of dit budgettair neutraal kan gebeuren gezien de geringe toename in verpleegprijs per dag (f 10,- per persoon) voor de BW en het APZ, zoals deze is voorgesteld door het Sociaal Cultureel Planbureau (Mootz e.a. 1986). Daarbij komt dat de betekenis van de BW vooral gezocht moet worden in de mogelijkheid te voorkomen dat er een nieuwe chronische populatie in het APZ ontstaat (GHIGV 1983). In de onderzochte regio's zijn de wachttijden voor een opname in een BW nu al jarenlang terwijl het onderzochte APZ bedden moet inleveren en het aantal BW-plaatsen al aan de norm voldoet. Verdere differentiatie van intramurale voorzieningen, zorgvuldige screening, intensieve begeleiding en uitbreiding van dagcentra en beschutte werkplaatsen lijken voor een grote substitutie-operatie onvermijdelijk. Anders is de herplaatste APZ-bewoner het kind van de budgettair neutrale rekening.

Literatuur

- Afdeling Sociale Psychiatrie (1984), *Tevredenheidsvragenlijst*. Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.
- American Psychiatric Association (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. APA, Washington D.C.
- Andreasen, N.C. (1982), Negative symptoms in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 784-788.
- Andreasen, N.C., en S. Olsen (1982), Negative versus positive schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 39, 788-794.
- Crow, T.J. (1985), The two-syndrome concept. Origins and current status. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 471-486.
- Davis, J.M. (1976), Comparative doses and costs of antipsychotic medication. *Arch. Gen. Psychiatry*, 33, 858-861.
- GHIGV (1983), *Eindrapport van de GHIGV werkgroep beschermende woonvormen*. Min. van WVC, Den Haag.

- GHIV/NZR (1985), *Algemene psychiatrische ziekenhuizen 1983*. Gegevens uit de Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGG). Min. van WVC, Den Haag.
- Haveman, M.J. (1982), *Beschermende woonvormen*. Verslag van een inventariserend onderzoek naar psychiatrische hostels en pension-tehuizen over het jaar 1980. Min. van WVC, Den Haag.
- Haveman, M.J., N.W. Poelijoe en E.S. Tan (1986), *Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Capaciteitsgroep Epidemiologie en Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg.
- Hoek, H.W. (1987), *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS*. Proefschrift, Rijksuniversiteit Groningen.
- Kunze, H. (1981), *Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime*. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.
- Lindenmayer, J.-P., S.R. Kay en C. Friedman (1986), Negative and positive schizophrenic syndromes after the acute phase. A prospective follow-up. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 276-286.
- Mootz, M., e.a. (1986), *Samenhang in de zorg. Substitutiemogelijkheden op een viertal terreinen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Nota Geestelijke Volksgezondheid* (1984), Min. van WVC, Den Haag.
- Pen, A., W.A. Arrindell, W. Lawant en J. Pols (1977), De betrouwbaarheid van de 'Present State Examination'. *T. v. Psychiatrie*, 19, 375-388.
- Sachs, L. (1984), *Angewandte Statistik. Anwendung Statistische Methoden*. Springer Verlag, Berlijn.
- Slooff, C.J., W.R.E.H. Mulder-Hajonides van der Meulen en R.H. van der Hoofd-akker (1983), De Nederlandse vertaling van de Present State Examination, 9e ed. I. Betrouwbaarheidsaspecten. *T. v. Psychiatrie*, 25, 151-163.
- Wielink, P.S. van, en J.E. Leysen (1983), Farmacologische keuzecriteria voor neuroleptica. *T. v. Geneesmiddelenonderzoek*, 8, 1984-1996.
- Wiersma, D., A. de Jong en J. Ormel (1984), *De Groningse Sociale Beperkingen schaal* (GSB). Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Sociale Psychiatrie.
- Wing, J.K., J. Cooper en N. Sartorius (1974), *Description and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wing, J.K., S.A. Mann, J.P. Leff en J.M. Nixon (1978), The concept of a 'case' in psychiatric population surveys. *Psychol. Med.*, 8, 203-217.
- World Health Organization (1980), *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. WHO, Genève.
- Wykes, T., E. Sturt en C. Creer (1982), Practices of day and residential units in relation to the social behavior of attenders. *Psychol. Med., Suppl.* 2, 15-29.

Schrijvers zijn, respectievelijk als psychiater verbonden aan de afdeling Klinische Psychiatrie en als hoogleraar, psychiatrisch epidemioloog, psycholoog en socioloog verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie, werkzaam in het Academisch Ziekenhuis Groningen; correspondentieadres: drs. A.J. Tholen, Academisch Ziekenhuis Groningen, Afdeling Klinische Psychiatrie, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 2-7-'87.