

Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ

Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe (I)

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

Samenvatting

Vervanging van bedden in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis door opnamevervangende dagbehandeling met bijpassende ambulante (thuis)zorg is onderwerp van een experimenteel onderzoek. Door middel van een clinical trial waarin 105 patiënten zijn toegewezen aan de experimentele conditie met de substitutie (S-)behandeling en 57 patiënten aan de controleconditie met de gebruikelijke klinische behandeling, worden de effecten van de nieuwe aanpak geëvalueerd. De patiënten woonachtig in een omschreven geografisch gebied van 95.000 inwoners worden twee jaar lang via persoonlijk onderzoek en het noordelijk patiëntenregister gevolgd. De differentiële effecten van de S-conditie worden op verschillende niveaus geëvalueerd: het psychosociale functioneren van de patiënt, de last op het gezin en milieu, het gebruik en de afhankelijkheid van de GGZ-voorzieningen, samenwerking tussen voorzieningen en continuïteit van zorg, financiële baten en lasten.

Inleiding

Het overheidsbeleid voor de geestelijke volksgezondheid kreeg duidelijk gestalte in de Nieuwe Nota van 1984. Hoofdlijnen waren het terugdringen van opnamen in de psychiatrische inrichtingen door intensieve crisisinterventie, deeltijdbehandeling en door ontwikkeling van een regionaal opnamebeleid, en het bekorten van de opnameduur door regelmatige screening, gestructureerde nazorgprogramma's en een netwerk van beschermende woonvormen. Een moderne opzet van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) stond centraal in tal van beschouwingen. Dit betekende voor het APZ deconcentratie, kleinschaligheid, betere spreiding, verkleining, substitutie van bedden door plaatsen in beschermende woonvormen etc. Beds substitutie nam daarbij een belangrijke plaats in vanwege de menselijker zorg voor de chronische patiënt, het recht doen aan het consumentenbelang en de mogelijkheid van financiële baten. Tot dan toe was de omvang van de deinstitutionalisering in Nederland bescheiden gebleven. Het totale beddenbestand van de psychiatrische inrichtingen was van 1955 tot 1970 met 'slechts' 15% afgenomen tot ongeveer 22.000 bedden en

sindsdien constant gebleven (zie o.a. GHIGV 1982 en 1988). In Amerika en Engeland lagen deze percentages stukken hoger. Het beleid om iets aan het beddenbestand te doen ging eigenlijk maar één kant op: substitutie aan de achterdeur van het APZ door vervanging van bedden voor chronische patiënten door plaatsen voor bewoners die beschermend wonen behoeften (in de Nieuwe Nota 2000 plaatsen tot 1990; zie ook Haveman 1987). De mogelijkheid van substitutie aan de voordeur was nog niet proefondervindelijk nagegaan, al waren velen op voorhand van het nut overtuigd (cf. de moratoriumgroep, Van der Poel e.a. 1985; Jenner 1984), gelet op diverse voorbeelden in het buitenland. Het wachten was op een initiatief van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, die in 1983 de vraag formuleerde 'op welke wijze een dagbehandeling moet worden onderbouwd en georganiseerd teneinde voor een aselechte groep psychiatrische patiënten – al of niet na ambulante behandeling – de mogelijkheid van stabilisatie en verbetering van de decompensatie te bewerkstelligen' ... en ... 'welke indicaties bepalend zijn voor de restgroepen die een 24-uursbehandeling dienen te worden geboden?' (brief d.d. 21-10-1983 opgenomen als bijlage in subsidieaanvraag 'In plaats van een bed...' sept. 1984). Deze vraagstelling vormde de aanleiding tot het Substitutieproject Drenthe (Wiersma, Kluiters, Van Veldhuizen e.a. 1986) met als doelstellingen:

1. het ontwikkelen van een nieuw type dagbehandeling inclusief bijpassende extramurale en ambulante zorg voor volwassen psychiatrische patiënten; en
2. het uitvoeren van onderzoek naar dit type dagbehandeling gericht op het vermijden van het gebruik van het bed en het voorkomen van psychiatrische invaliditeit en chroniciteit; en naar de financiële en organisatorische haalbaarheid ervan.

In dit artikel gaan we in op de opzet en uitvoering van het onderzoek en komen tot een eerste beschrijving van de onderzochte groep patiënten. Aan het onderzoek ligt een tiental vragen ten grondslag dat een korte bespreking vergt en waarop in toekomstige publikaties in een reeks van 'Berichten vanuit het Substitutieproject Drenthe' zal worden teruggekomen.

Substitutie in de GGZ

Bedsstitutie in de GGZ wordt doorgaans beargumenteerd door de negatieve aspecten van een psychiatrische opname naar voren te halen. Tot die argumenten behoren onder andere: de schok van de opname, het stigma van de psychiatrische ziekte, de verwijdering uit de eigen sociale omgeving met de verbreking van sociale relaties, het risico van hospitalisatieverschijnselen als overmatige afhankelijkheid, regressie, verlies van verantwoordelijkheid, de kans op een 'institutionele neurose' of op 'een enkele reis ...', de moeilijkheden van aanpas-

sing na ontslag, het veronderstelde geringe therapeutische rendement van een langdurige opname, en tenslotte de hogere kosten van intramurale vergeleken met extra- en semimurale behandeling (zie o.a. Mootz e.a. 1986). Substitutie is in het advies van de commissie-Dekker (1987) het sleutelwoord geworden voor de 'bereidheid tot verandering' in de (geestelijke) gezondheidszorg: verschuivingen in de zorg betekenen verschuivingen van intensief naar minder intensief, van opname naar dagbehandeling, van dagbehandeling naar extramurale zorg, maar vooral ook van duurder naar goedkoper.

Wat moeten we eigenlijk onder substitutie verstaan? Daarover is men het niet precies met elkaar eens. De definitie van substitutie, opgesteld door de kamer GGZ van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1988) luidt:

'Substitutie in de gezondheidszorg is het doelbewust en doelgericht vervangen van een (deel van een) bestaande voorziening door een (deel van een) andersoortige voorziening, waarbij de oorspronkelijke functie vervuld blijft worden en wel voor een vergelijkbare patiëntenpopulatie.'

Deze definitie bevat een aantal begrippen dat moet worden toegelicht. Vervangen van het een door het ander betekent dat er een inhoudelijke en procedurele relatie tussen beide zaken moet bestaan. De functie van een voorziening is het geven van een antwoord op een bepaalde zorgvraag op het gebied van onderzoek, behandeling, verpleging of huisvesting. Hiermee zijn de belangrijkste functies aangegeven. Een voorziening wordt gedefinieerd als een van een instelling of persoon uitgaand aanbod van activiteiten van gezondheidszorg. De termen doelbewust en doelgericht verwijzen naar substitutiedoelen als: inhoudelijke afstemming van zorgfuncties, meer samenhangende zorg, meer continuïteit, zorgvuldiger indicatiestelling, meer gerichte verwijzing, flexibeler organisatie van zorg al naar gelang de behoefte van de patiënt. De term andersoortig kan slaan op de zorgintensiteit (24 uur per dag versus enkele uren per week), op de zorgsetting (intra-, semi- of extramuraal) of op de mate van gespecialiseerdheid (specialistisch versus generalistisch).

Een belangrijk element uit de definitie heeft betrekking op de patiënten: het dient te gaan om een vergelijkbare patiëntencategorie in demografisch, geografisch (catchment area) en diagnostisch (geïndiceerd op de zorg) opzicht. Het is niet de bedoeling een geheel andere patiëntengroep met een nieuw hulpaanbod te bedienen. Er dient ten slotte een voordelig kwaliteitsverschil op te treden tussen de situatie vóór en die ná de substitutie. Deze definitie levert een goede toetssteen op voor het welslagen van concrete substitutie.

Het Substitutieproject Drenthe

Het Substitutieproject Drenthe (het S-project) is een samenwerkings-

verband tussen het APZ Licht en Kracht en de RIAGG Drenthe te Assen en de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. Het project ging in oktober 1985 van start toen zekerheid over de externe financiering van het wetenschappelijk onderzoek en van enige aanvullende kosten werd verkregen. Het Praeventiefonds en het ministerie van WVC waren bereid het in september 1984 ingediende projectvoorstel getiteld 'In plaats van een bed...' financieel te steunen. Daaraan was een jaar van overleg voorafgegaan met allerlei betrokkenen uit het veld.

De voorbereidingen voor de opnamevervangende dagbehandeling met adequate ambulante zorg en voor het wetenschappelijk onderzoek namen ruim een jaar in beslag. Er werden werkgroepen ingesteld om de uitgangspunten van het project in de praktijk toe te passen. Overleg met vertegenwoordigers van de lijnorganisatie en van de behandeldisciplines diende om informatie aan te dragen, ideeën te ontwikkelen, attitudes te veranderen, procedures te ontwerpen, financiële en materiële (rand)voorwaarden te scheppen en organisatorische consequenties door te denken. Er zouden in principe 24 bedden ter beschikking van de substitutie worden gesteld ten behoeve van alle patiënten uit een omschreven regio. Twaalf daarvan werden direct verwijderd om plaats te maken voor een dagcentrum met evenzovele stoelen. Kliniek, polikliniek en RIAGG gingen de verplichting aan om uit de S-regio opgenomen patiënten in dagbehandeling op te vangen. En zij aanvaardden tegelijkertijd de consequenties daarvan voor crisisopvang, gezinsbegeleiding, opnamevoorkoming in geval van een dreigende rehospitalisatie, zoeken naar onderdak bij familie en kennissen gezamenlijk op zich te nemen. Het nieuwe Dagcentrum De Es was op 1 november 1986 een feit, waarna de S-behandeling en het wetenschappelijk onderzoek van start gingen. De uitwerking van de S-behandeling in de praktijk leidde tot twee vormen van opnamevervangende dagbehandeling (zie voor een uitvoeriger beschrijving hiervan Van Veldhuizen, Wiersma en Ram 1987):

1. partieel-klinische dagbehandeling met behoud van verschillende afdelingsklimaten en van de gangbare differentiatie in geslotenheid, verblijfsduur en therapeutische gerichtheid van een modern APZ; en

2. dagbehandeling vanuit een gespecialiseerd dagcentrum waar het programma meer in het teken staat van de dagelijkse confrontatie met de familie en het netwerk en het actief oefenen met het in dagbehandeling zijn.

Deze aanpak (de S-behandeling) kenmerkt zich verder door een nauwe samenwerking tussen intra- en extramuraal, door sterke nadruk op continuïteit van zorg en het betrekken van het gezinssysteem, mantelzorg en verwijzers bij de behandeling en begeleiding van de patiënt

De opzet van het onderzoek

Om antwoord te krijgen op de vragen naar de uitvoerbaarheid en effecten van deze nieuwe dagbehandeling heeft het onderzoek de vorm gekregen van een experiment waarin twee behandelcondities met elkaar worden vergeleken (zie Kluiter 1987b). Hoofddoel van elk evaluatieonderzoek is het vaststellen van de waarde van iets, zo mogelijk in termen van de effecten van interventies. In ons geval gaat het om de effecten van de S-behandeling door middel van een gecontroleerd experiment. Als de verschillen in effecten zijn vastgesteld, kunnen we vervolgens nagaan waaraan deze zijn toe te schrijven; dit is het onderzoek naar de determinanten, bij voorbeeld het soort begeleiding. Evaluatieonderzoek op psychiatrisch gebied beperkt zich meestal tot het vaststellen van de effecten alleen. De determinanten laat men in de regel buiten beschouwing. Dit is veelal geen kwestie van gemakzucht maar het gevolg van de moeilijkheid en de arbeidsintensiviteit van dergelijk onderzoek. In dit project doen we een grootscheepse poging om zowel de effecten van de *'substitutieaanpak'* als hun determinanten te achterhalen.

Het onderzoek betreft een gerandomiseerde *'trial'*, waarin de patiënten bij opname aselekt volgens een bepaalde verhouding worden verdeeld over een van beide behandelcondities: de S-aanpak (S-conditie) en de gebruikelijke klinische behandeling (K-conditie). De instroom van patiënten in het onderzoek begon op 1 november 1986 en eindigde op 1 maart 1988. De follow-up van elke patiënt duurt twee jaar gerekend van de datum van de indexopname. In het jaar voorafgaande aan dit hoofdonderzoek is een vooronderzoek gehouden onder 41 willekeurige patiënten, deels om het ontwikkelde onderzoeksinstrumentarium te toetsen en deels om de gebruikelijke klinische zorg vast te leggen, omdat niet te voorzien was in hoeverre de S-aanpak te zijner tijd ook de klinische routine bij de K-patiënt zou aantasten (cf het bekende Hawthorne-effect, zie Roethlisberger en Dickson 1939; maar ook Nunnally en Wilson 1975).

Niveaus van onderzoek en meetinstrumentarium

Ten behoeve van de analyse hebben we in het onderzoek 5 niveaus benoemd, die weliswaar onderscheiden kunnen worden maar in de beschrijving van de resultaten zeker niet gescheiden kunnen worden. Het gaat om de volgende niveaus:

1. de patiënt
2. het milieu (de familie)
3. de zorg
4. de instelling
5. het netwerk van de GGZ

In het kort zullen we aangeven welke aspecten op elk niveau met welk soort instrumenten worden gemeten.

Ad 1. De patiënt – Het gaat om de meting van het beloop van de psychiatrische stoornis (met behulp van de PSE, Wing e.a. 1974; DSM-III, APA 1980), van de psychologische functiestoornissen (met behulp van de CIPS, Hoek 1987), van de sociale beperkingen en van het niveau van de zelfverzorging (met behulp van de GSB, Wiersma e.a. 1986; De Jong e.a. 1987). Verder worden nagegaan de aard en omvang van het sociale netwerk en de verkregen sociale steun.

Ad 2. Het milieu – Dit betreft de druk op het samenlevingsverband, de verleende sociale steun, de satisfactie van de partner met de hulpverlening (indien er sprake is van een samenlevingsverband of een relatie), de ontwikkeling van de last op het milieu en de zorgafhankelijkheid. Er is een aparte vragenlijst ontwikkeld voor de meting van de draaglast van de partner wat betreft de inspanning, taakwisseling, ontwrichting en beperkingen (Kluiter 1987a). Bij de entree-meting gaat het om de laatste week voor de indexopname en de eerste zes weken daarna.

Ad 3. De zorg – De verleende hulp, begeleiding, behandeling en zorg aan de S- en K-patiënten (incl. de aan- en afwezigheidsregistratie, de aard en duur van het verblijf, heropname, etc.) zoals per patiënt geregistreerd door behandelaars van Licht en Kracht en RIAGG. Hiervoor is een apart registratiesysteem (Kluiter en Rüphan 1987) ontwikkeld, waarmee de inzet van elke behandeldiscipline wat betreft contacten en bestede tijd wordt vastgelegd. Bovendien wordt informatie over het gedrag van de patiënt en de daaruit voortvloeiende behoefte aan bescherming, begeleiding en verzorging vastgelegd. Op grond hiervan kan een beschrijving worden gegeven van de kenmerken van de patiënten die de opnamevervangende dagbehandeling via het dagcentrum en/of via de partieel-klinische dagbehandeling op een van de bestaande afdelingen hebben ontvangen. Op dit niveau van onderzoek wordt voor elke patiënt in de beide behandelvormen vastgelegd hoe de medische consumptie en het patroon van zorg zich ontwikkelen. Hiertoe behoren ook gegevens betreffende het aantal heropnamen gedurende 2 jaar, het beroep op de GGZ in het algemeen (met behulp van het Register Drenthe Geestelijke Volksgezondheid, zie Giel en Ten Horn 1976 en Brook en Hamers 1985) en de satisfactie met de hulpverlening (via een instrument specifiek ontwikkeld voor dit project). Uiteindelijk kan bij benadering een vergelijking worden gemaakt tussen de kosten van de S-behandeling versus die van de K-behandeling.

Ad 4. De instelling – Op dit niveau wordt de invloed nagegaan van de S-aanpak op de kliniek en polikliniek van Licht en Kracht en op de RIAGG. Er vindt gedurende een reeks van jaren een nauwgezette registratie van alle aanmeldingen voor opname bij Licht en Kracht plaats, teneinde veranderingen in het toelatingsbeleid te volgen, via de zogeheten ROS-registratie (Registratie Onderzoek Substitutie). Het behandelmodulenonderzoek (Schuring e.a. 1984) in Licht en Kracht, fi-

nancieel-organisatorische peilingen van veranderingen in beide instellingen, tijdsregistratie van de RIAGG-medewerkers, interviews met sleutelfiguren zijn de wegen waarlangs de invloed van de S-aanpak op het functioneren van de organisatie wordt nagegaan. Bijzondere aandacht verdient de behoefte aan bij- en nascholing. Veranderingen in de klinische en ambulante werkwijzen, zoals het 'outreaching' werken van klinische hulpverleners, de stafbezetting op de afdeling (avond- en nachtdiensten), het beroep op de 7 x 24-uurs-dienst, vergaertijd met en over de patiënt etc., worden nauwlettend gevolgd.

Ad. 5. Het netwerk van de GGZ – Het Register Drenthe Geestelijke Gezondheidszorg volgt het gebruik van zorg door de individuele S- en K-patiënten en kan op systematische wijze hun patroon van zorg reconstrueren (duur van opname, heropname, etc.). Het register is het enige middel om veranderingen in verwijspatronen en patiëntenstromen tussen de GGZ-instellingen op te sporen; vooral die tussen Licht en Kracht en de RIAGG en de eerste lijn, tussen de RIAGG en de polikliniek Licht en Kracht en tussen Licht en Kracht en de overige GGZ-instellingen (PAAZ, andere APZ'en, het CAD, BW'en, etc.). De ROS-registratie is hierbij ook van belang omdat het provinciale register alleen de Drentse patiënten 'ziet' en niet die uit andere provincies (de patiënten uit Groningen en Friesland omvatten in 1985 50% van de opnamepopulatie). Mogelijke gevolgen van de nieuwe aanpak kunnen zijn vermindering van het APZ Licht en Kracht bij aanvraag tot opname, maar ook meer continuïteit van de zorg door intensievere samenwerking.

De uitvoering van het onderzoek

Het op de patiënt en het milieu gerichte onderzoek vindt plaats door middel van interviews vlak na de (index)opname en één en twee jaar daarna. De intensieve behandelregistratie van de individuele S- en K-patiënten loopt zolang de (dag)klinische fase in Licht en Kracht duurt. De overige GGZ-contacten worden via het register vastgelegd. De ROS-registratie van alle aanmeldingen voor opname loopt tot 1990 door. Het behandelmodulonderzoek zal drie keer worden uitgevoerd. De financieel-organisatorische peilingen zullen eveneens meermalen plaatshebben. Onder de klinische behandelaars wordt thans op min of meer systematische wijze (de verandering in) de gang van zaken opgetekend. Interviews met sleutelfiguren in beide instellingen zullen te zijner tijd worden gehouden.

De 10 onderzoeksvragen

Met het onderzoek trachten we vast te stellen wat de praktische, organisatorische en financiële haalbaarheid van de nieuwe aanpak is, en wat de effecten op de eerdergenoemde niveaus zijn. Daartoe formu-

leerden we, mede in verband met de analyse, een aantal sleutelvragen (Wiersma 1988). Het liefste zouden we, naast het type analyse, aangeven welke grenswaarden moeten gelden voor de beoordeling van het al of niet slagen van de nieuwe aanpak. Maar het zal duidelijk zijn, aan de hand van de sleutelvragen, dat de uiteindelijke beoordeling van het gehele project afhangt van de gezichtshoek van waaruit men de uitkomsten op de verschillende niveaus bekijkt. De satisfactie van de patiënt, van de familie, van de behandelaar of de geldschietser?

■ We formuleerden de volgende sleutelvragen:

1. Wat zijn in de praktijk de vorm en inhoud van de opnamevervangende dagbehandeling en de bijpassende ambulante zorg (onderzoeksniveau 3)? Het gaat om het bijzondere van de nieuwe aanpak en de verschillen met de gebruikelijke zorg en de bestaande dagbehandelingsvormen. Hierover zijn reeds enkele publikaties verschenen (zie Van Veldhuizen 1986, 1988; zie Van Veldhuizen, Wiersma en Ram 1988). Een recent overzicht van dagbehandeling respectievelijk deeltijdbehandeling in Nederland is beschreven door Schene, Van Lieshout en Mastboom (1987; zie ook Schene 1985).
2. Bij welke patiënten is de S-behandeling haalbaar (onderzoeksniveau 1, 2 en 3)? Het criterium voor de haalbaarheid is nog niet bekend. Immers, bij de ene patiënt zal dagbehandeling vrijwel direct na de opname gerealiseerd kunnen worden, bij de ander pas na enkele weken of misschien pas bij een heropname. Het patroon van zorg gedurende twee jaar zal de doorslag moeten geven bij het uiteindelijke oordeel over de haalbaarheid.
3. Wat is het verschil in het patroon van zorg tussen de S- en K-patiënten (onderzoeksniveau 3)? De verleende zorg zal op basis van de diverse behandelregistraties worden gerangschikt naar duur, intensiteit, frequentie, aansluiting en continuïteit. Belangrijk is of heropname voorkomen dan wel uitgesteld wordt; of een patroon van veelvuldige kortdurende opnamen doorbroken kan worden ten gunste van een meer stabiel extramuur contact.
4. Wat is het oordeel van de betrokkenen over de S-behandeling (onderzoeksniveau 1 en 2)? Het kwantitatieve aspect van het zorgpatroon wordt aangevuld met het oordeel van de direct betrokkenen over hoe het aanbod is ervaren. Gevraagd wordt tevens naar de bereikbaarheid en toegankelijkheid van de hulpverleners.
5. Welke invloed heeft de S-behandeling op het functioneren van de patiënt (onderzoeksniveau 1)? Het gaat hierbij om de effecten op de duur van en de invaliditeit door de symptomen, de functiestoornissen en de sociale beperkingen. Onderzocht wordt in hoeverre er verschil optreedt tussen mensen die voor het eerst in hun leven opgenomen worden en degenen die al een langdurige intramurale carrière achter de rug hebben.
6. Welke invloed heeft de S-behandeling op het thuismilieu (onderzoeksniveau 2)? De 'burden on the family' staat centraal, voor zover bij de patiënt sprake is van een thuismilieu. Wat betekent de snelle terugkeer van de patiënt voor het sociale milieu.
7. Welke gevolgen heeft de S-behandeling voor de onderlinge samenwerking tussen het APZ en de RIAGG (onderzoeksniveau 3 en 4)? Voor de start van het project bestond er al enige samenwerking. Welke verande-

ringen er sindsdien zijn opgetreden kunnen we onder andere opmaken uit de behandelregistratie van individuele patiënten.

8. Welke gevolgen heeft de S-behandeling voor de interne organisatie van het APZ en de RIAGG (onderzoeksniveau 4)? We denken hierbij aan bij- en nascholingsprogramma's, de inzetbaarheid van de 7 x 24-uurs diensten en het verschuiven van avonddiensten naar dagdiensten.

9. Wat zijn de financiële méér- en minderkosten van de S-behandeling (onderzoeksniveau 1, 2, 4 en 5)? De brandende vraag is uiteraard of deze vorm van dagbehandeling méér, minder of evenveel kost als de traditionele klinische behandeling. Hierbij is van belang dat de financiële kosten en baten van de verschillende partijen als het APZ, de RIAGG, de patiënt, de familie, de ziektekostenverzekeraar en misschien zelfs de maatschappij tegen elkaar worden afgewogen.

10. Welke gevolgen heeft de S-behandeling voor het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg (onderzoeksniveau 5)? Is de vraag naar GGZ-hulp uit de S-regio veranderd of lopen de verwijzingen voor klinische hulp naar andere instituten dan Licht en Kracht. Dit zijn vragen die met behulp van het register zullen worden beantwoord.

De opbouw van de onderzoeksgroepen en de randomiseringsprocedure

De instroom van de patiënten in de onderzoeksgroepen liep van 1 november 1986 tot 1 maart 1988. Als criteria voor inclusie werden gehanteerd:

- a. de patiënt is werkelijk geaccepteerd voor een klinische opname;
- b. de patiënt is woonachtig in één van de volgende gemeenten: Anloo, Assen, Gasselte, Gieten, Norg, Rolde, Smilde en Vries. Te samen vormen zij de Substitutie-regio (S-regio).

Als criteria voor exclusie voor alle uit deze regio afkomstige patiënten golden:

- opname wegens een expertise pro justitia;
- opname vanwege een dementieel syndroom (opnamediagnosecode ICD-9: 290, 291.1 en 291.2).

In de periode van 18 maanden bedroeg de totale instroom uit de S-regio 219 patiënten. Van 46 patiënten was direct bij opname duidelijk dat zij voldeden aan één van beide uitsluitingscriteria. De overigen werden over beide onderzoekscondities gerandomiseerd. De experimentele groep zullen we in het vervolg de S-groep en de controlegroep de K-groep noemen. Achteraf kwam van zeven patiënten alsnog vast te staan dat zij leden aan een dementieel beeld en van één dat hij niet in één van de gemeenten van de S-regio ingeschreven was. Deze patiënten werden alsnog uit het onderzoek verwijderd. Bovendien zijn nog twee anderstalige patiënten en een terminale patiënt er uit gelaten. In tabel 1 is een en ander nog eens neergezet. Uiteindelijk betreft het onderzoek dus 74% van de uit de regio aangemelde patiëntenpopulatie (zie tabel 1).

Tabel 1: Instroom en randomisering van de opgenomen patiënten over de periode 1-11-1986 tot 1-3-1988

	N	%
Opgenomen	219	100
A priori uitgesloten	46	21 -
A posteriori uitgesloten	11	5 -
Finale omvang gerandomiseerde groep	162	74

De randomiseringsprocedure verliep als volgt:

1. Direct na de acceptatie van de patiënt voor opname – mits in overstemming met de criteria voor het onderzoek – werd tijdens kantooruren door de opnamebemiddelaar of tijdens de dienst door de dienstdoende arts een gesloten en verzegelde enveloppe geopend die een briefje met een S of een K bevatte; patiënt werd op dat moment toebedeeld aan de op het briefje vermelde behandelconditie.

2. De volgorde van de S en K was op basis van een randomtabel vastgesteld, waarbij bovendien gold dat patiënten in blokken van 14 met een verhouding van 9 S- en 5 K-patiënten werden ingedeeld.

3. Ter controle was bepaald dat degene die de enveloppe opende de precieze tijd van opening noteerde teneinde manipulatie met de loting van de briefjes te voorkomen. Bovendien werd de naleving van de procedure op gezette tijden gecontroleerd.

In de methodologische literatuur staan deze gang van zaken en dit ontwerp bekend als het 'randomized block design' (o.a. Kirk 1968), dat in praktijkonderzoek het belangrijke voordeel heeft, dat een evenwichtige instroom van experimenten en controlepatiënten is gegarandeerd. Bovendien is een analytisch voordeel van dit design dat trends over de blokken kunnen worden berekend gerelateerd aan de tijd waarin het blok is gevormd.

Van alle 162 onderzoekspatiënten vindt de registratie plaats zoals omschreven voor onderzoeksniveau 3. Deze registratie wordt beschouwd als behorende bij de administratieve en bedrijfsmatige handelingen waarop het recht van weigering door de patiënt niet van toepassing was. Voor de persoonlijke onderzoeken beschreven onder de onderzoeksniveaus 1 en 2 was weigering wel mogelijk. In de praktijk betekende dit dat 11 patiënten zowel uit de S-conditie als uit de K-conditie geen medewerking aan de persoonlijke interviews wilden verlenen. Daarnaast brachten de aanloop van de S-aanpak en de toen nog niet geheel voltooide ontwikkeling van het onderzoeksinstrumentarium mee dat de eerste patiënten als toetssteen voor de toepasbaarheid moesten worden beschouwd. Dit hield in dat uit de S-groep nog eens 17 en uit de K-groep 12 patiënten niet persoonlijk zijn onderzocht. Voor het onderzoek van de patiënten (niveau 1) zijn bij de entree-meting 77 patiënten in de S-groep en 34 in de K-groep beschikbaar. Dit is respectievelijk 73% en 60% van de oorspronkelijk terecht gerandomiseerde groepen.

Karakteristiek van het S- en K-cohort

Uit de aanmeldings(ROS)registratie die grotendeels berust op de gebruikelijke PIGG-registratie beschikken we over een aantal kenmerken van de patiënt en van de wijze van binnenkomst. We hebben de gegevens betreffende de gehele onderzoeksgroep ($N = 162$) in tabel 2 samengevat te zamen met landelijke cijfers ter vergelijking. Deze nationale cijfers hebben betrekking op de opnamepopulatie (exclusief heropnemingen) van 40 APZ'en, met uitsluiting van de patiënten met dementiële beelden, 'expertise'-patiënten en patiënten met een buitenlandse nationaliteit. Voor zover nodig gaan we in op eventuele verschillen tussen de beide behandelcondities (S: $N = 105$ en K: $N = 57$).

De geslachtsverdeling van de gehele groep is praktisch half om half (49%-51%), doch tussen de condities bestaat een verschil, ofschoon niet statistisch significant op het 5%-niveau (M/V verdeling S: 44%-56% en K: 60%-40%).

Het APZ heeft in de S-regio met twee belangrijke verwijzers te maken, namelijk de AGGZ (vnl. RIAGG) en de huisarts die verantwoordelijk waren voor respectievelijk 59% en 27% van de aanmeldingen. Ofschoon niet statistisch significant lag dit verschillend voor de condities (AGGZ: 48% in de S- en 67% in de K-groep; huisarts: 31% in de S- en 18% in de K-groep).

Dat het al met al om een groep patiënten met ernstige problematiek gaat moge blijken uit de ICD-9-codes: tenminste de helft komt in de categorie psychose terecht.

Ten slotte volgt hier nog enige informatie over de carrière van de patiënten in de GGZ, uitsluitend wat betreft hun intramurale verleden. Bijna de helft (44%) is nooit eerder in een APZ, PAAZ, PUK of andere intramurale GGZ-instelling opgenomen geweest; 14% slechts één keer en 30% meermalen; van 7% is het precieze aantal opnamen niet bekend, maar wel dat ooit een opname heeft plaatsgehad; van 5% is het GGZ-verleden geheel onbekend. De vraag naar de periode tussen de indexopname en de laatste opname levert op dat 20% van de gehele onderzoeksgroep binnen het jaar blijkt te zijn heropgenomen en 25% tussen de één en de vijf jaar; verder dat bij 6% het nog langer is geleden.

Een vergelijking van onze onderzoeksgroep (S + K) met de overeenkomstige landelijke APZ-populatie in 1984 toont een goede representativiteit. Onze onderzoeksgroep komt er in socio-economisch opzicht zelfs wat slechter af, gelet op het hogere percentage patiënten met een uitkering. Opmerkelijk is dat de huisarts als verwijzer in het Drentse nog een relatief belangrijke rol speelt (27% tegen 19% landelijk). Het percentage alleenwonenden is groter dan landelijk (33% vs 27%) het geval is. Het relatief sterke plattelandskarakter van de S-regio doet de patiënten kennelijk niet overwegend in gezinsverband leven, waardoor de kans op het welslagen van de dagbehandeling wel-

Tabel 2: Kenmerken van het S- en K-cohort (aanmeldingsgegevens; N = 162)

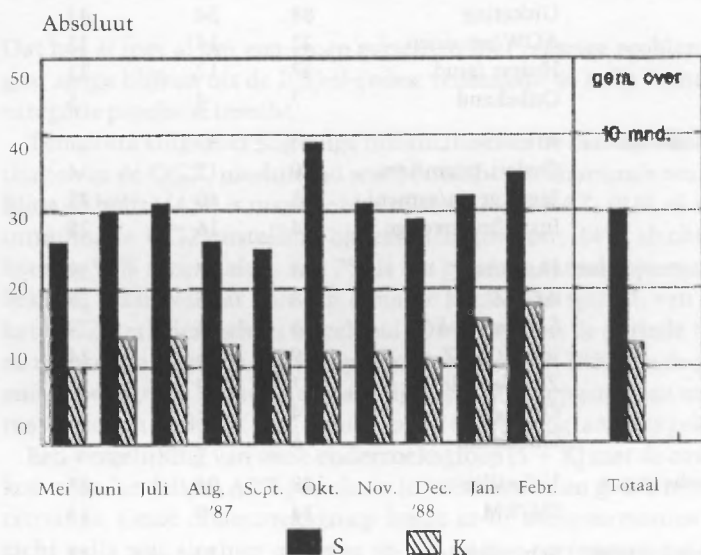
		Abs.	Perc.	Landelijke populatie (N = 17315; perc.)
Geslacht:	Man	80	49	48
	Vrouw	82	51	52
Leeftijd:	-25 jaar	21	13	16
	25-45 jaar	78	48	46
	45-65 jaar	39	25	25
	> 65 jaar	24	15	13
Burg. staat:	Ongehuwd	62	38	42
	Gehuwd (de facto)	62	39	33
	Gescheiden	23	14	16
	Weduwstaat	15	9	8
Opleiding:	Geen/BUO	10	6	4
	LO/LBO	94	58	58
	MVO/MBO	29	18	19
	HAVO/HBO/WO	19	12	15
	Onbekend	10	6	4
Inkomsten uit:	Arbeid	18	11	17
	Uitkering	88	54	43
	AOW/pensioen	22	14	13
	Huisvr./stud.	27	17	22
	Onbekend	7	4	5
Verblijfssituatie:	Alleenw.	53	33	27
	Ouderl. gezin/fam.	20	12	14
	Eigen gezin/samenl.	65	40	31
	Instelling/overige	24	16	28
Aanvrager opname:	Huisarts	43	27	19
	AGGZ	88	55	58
	Semimuraal	6	4	-
	Intra(G)GZ	9	6	14
	Zelf/familie	7	4	6
	Overigen	4	2	2
	Onbekend	5	3	-
Juridische status:	Vrijwillig	148	91	86
	IBS/RM	14	9	14
Opnamediagnose:	Schizofrenie	16	10	12
	Affectieve psychose	30	19	16
	Paranoïde toestand	17	10	8
	Overige niet organ. psychose	20	12	10
	Neurot. stoornis	26	16	18
	Persoonlijkheidsst.	18	11	7
	Verslavingen	11	7	11
	Overige diagnoses	24	15	17

licht groter zou kunnen zijn dan in het verstedelijkte westen van het land. Dit zou de overdraagbaarheid van de S-aanpak kunnen beperken.

Eerste bevindingen

In deze paragraaf volgen enkele voorlopige bevindingen over een periode van tien maanden van de S-behandeling. Over de maanden mei 1987 tot en met februari 1988 is eerst het aantal patiënten geteld dat dagelijks in het APZ Licht en Kracht in de opnamevervangende dagbehandeling of in klinische zorg was, en zijn vervolgens per maand voor de S- en K-groep de gemiddelde aantallen berekend. Dit is in diagram 1 weergegeven. De aantallen S-patiënten zijn uiteraard steeds groter dan die in de K-groep vanwege hun onderlinge verhouding tijdens de randomisering. De diagram geeft een beeld om hoeveel patiënten het op een bepaald tijdstip telkens gaat. Het gemiddelde aantal patiënten uit de S-groep wisselde in de loop van de tijd sterker dan dat uit de K-groep. Over de gehele periode waren er dagelijks steeds gemiddeld 13 K-patiënten en gemiddeld 30 S-patiënten in behandeling. Dat betekent dat Licht en Kracht ook daadwerkelijk het minimale aantal van 24 bedden voor de opnamevervangende dagbehandeling heeft ingezet.

Diagram 1: Aantallen S- en K-patiënten gemiddeld per maand



'Opgenomen' in APZ L en K uit S-regio

Uit de proefregio, met op 1 januari 1986 een bevolkingsomvang van ruim 77.000 inwoners van 15 jaar en ouder waren dus steeds ongeveer 43 patiënten – exclusief psychogeriatric en juridische expertise – dage-

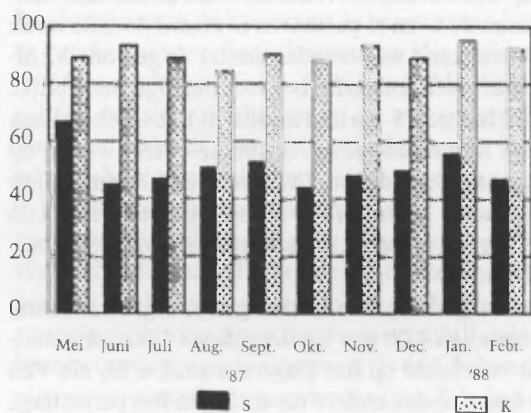
lijks in het APZ Licht en Kracht opgenomen. (Buiten beschouwing laten we hier voor het gemak dan nog de patiënten die terzelfdertijd in andere intramurale voorzieningen in de buurt zijn opgenomen: bij voorbeeld in Beileroord of in de PAAZ in Assen.) Dit is 0,6 per 1000 van de bevolking welk promillage volgens Häfner (1987) valt binnen het voor westerse landen normale bereik van 0,5-0,8 promille voor de 'acutely ill short stay group'.

De patiëntenadministratie van Licht en Kracht verschafte doorlopend gegevens over de aan- en afwezigheid van de patiënten in elk van beide condities. Deze registratie staat los van de eerder besproken behandelregistratie door de diverse disciplines. De laatste is longitudinaal van karakter en volgt de carrière van de individuele patiënt in tegenstelling tot de cross-sectionele registratie van de dag-tot-dag aanwezigheid. De dagelijkse aanwezigheidsregistratie toont de bedrijfsdrukte en laat zien in welke verblijfssituatie de patiënten verkeren. Hieruit kan al iets worden afgeleid over het slagen van de dagbehandeling in die zin dat het lukt om de patiënt thuis of elders te laten slapen. Diagram 2 brengt de gemiddelde percentuele aantallen patiënten in beeld die 24 uur per dag in de kliniek aanwezig waren, berekend per maand en uitgesplitst naar de weekdays van maandag t/m vrijdag en het weekend.

Diagram 2

Aanwezigheid S- en K-patiënten
door de week

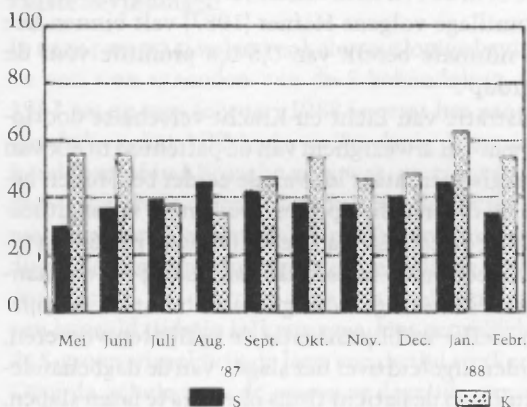
Percentages



'Opgenomen' in APZ L en K uit S-regio

Aanwezigheid S- en K-patiënten weekend

Percentages



'Opgenomen' in APZ L en K uit S-regio

Het blijkt dat tot nu toe bijna één op elke twee S-patiënten inderdaad 's nachts niet meer in de kliniek verbleef. Dit laat dus ook zien dat meer dan de helft van de S-patiënten niet of nog niet in dagbehandeling was. De praktijk wijst uit dat de patiënten uit de S-groep vaak enige tijd klinisch zijn opgenomen. Sommigen van hen zullen waarschijnlijk nimmer in dagbehandeling terecht komen. Ook K-patiënten blijken nogal eens niet in de kliniek te verkeren: ongeveer vier van de vijf patiënten uit deze groep zijn om allerlei redenen zo nu en dan niet aanwezig. Het verschil tussen de S- en K-patiënten is vooral door de week opvallend, maar in het weekend wat minder omdat de gewone klinische patiënt dan vaak met weekendverlof is. Over het algemeen blijkt dat gemiddeld vier van elke tien S-patiënten ook in het weekend een bed nodig hebben. Deze herhaalde cross-sectionele cijfers wijzen op een betrekkelijk stabiel beeld zonder veel verdere verandering in het bedgebruik door de tijd heen. Kennelijk is al enkele maanden na de start van de S-behandeling een tamelijk constant niveau van 50% 'buiten de kliniek slapen' bereikt.

In hoeverre men erin slaagt de opnamevervangende dagbehandeling in een regulier programma van 9.00 uur 's ochtends tot 4.00 uur 's middags aan te bieden (bij voorbeeld op het Dagcentrum De Es, zie Van Veldhuizen e.a. 1988) komt onder andere tot uiting in het percentage S-patiënten dat dagelijks acht uur of minder in de kliniek verblijft. Uit de cijfers blijkt dat dit bij gemiddeld één op de vijf S-patiënten lukt. Bij andere S-patiënten gaat het nog vaak om méér uren aanwezigheid in de kliniek. Ook in het weekend zien we dat één op de tien S-patiënten voor kortere of langere tijd wel eens aanliep of aandacht vroeg van de

staf. Het is duidelijk geworden dat opnamevervangende dagbehandeling niet bij iedere patiënt zomaar slaagt en dat de variatie in mogelijkheden wat betreft vorm en inhoud waarschijnlijk groot moet zijn.

Nabeschouwing

Het Substitutieproject Drenthe biedt de mogelijkheid tot een breed onderzoek naar de effecten van substitutie in de GGZ. De uitkomsten van de diverse deelonderzoeken zullen op elkaar betrokken moeten worden om tot een soort eindevaluatie te komen, uitmondend in een 'cost-benefit'-analyse. Een recent literatuuroverzicht (Goldstein en Horgan 1988) laat nog eens zien dat er voldoende 'bewijs' is voor effectieve alternatieven voor de gebruikelijke klinisch-psychiatrische opname, maar ook dat de bewijsvoering voor werkelijke substitutie in het psychiatrisch gezondheidszorgonderzoek nog mager is. De tegenstelling ambulant versus intramuraal werd vaak in specifieke patiëntengroepen uitgezocht (bij voorbeeld exclusief patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen, alcohol- of drugverslaving, homicidaal of suïcidaal gedrag) en in bijzondere settingen van de gezondheidszorg (hoeveelheid en toegankelijkheid van algemene ziekenhuisbedden of poliklinische zorg). Substitutie en in ons geval S-behandeling kan afhankelijk van de persoon van de patiënt en van zijn stoornis en zijn omgeving verschillend uitpakken, bij voorbeeld wat betreft het patroon van zorg en begeleiding. In sommige gevallen zelfs in méér of intensievere zorg en dus in hogere kosten voor de gezondheidszorg. Van de verschillende economische evaluatiemethoden in de gezondheidszorg die gebruik maken van kostenminimalisatie, kosteneffectiviteit en kostenutiliteit is de analyse die gebaseerd is op de maatschappelijke afweging van de kosten en de baten ('cost-benefit'-analyse) van grote betekenis voor de uitkomst van dit project. Volgens Drummond (1987; zie ook Dickey e.a. 1986a en b; Meulmeester 1988) stelen dergelijke evaluatiemethoden op de welvaartstheorie die erop uit is de voor- en nadelen voor de samenleving te kwantificeren. De maatschappelijke winst zal evenwel afhangen van wie over wat oordeelt: de beleidsmaker als representant van de samenleving, danwel de gezamenlijke individuen om wier behoefte bevrediging het feitelijk gaat. Waarschijnlijk zal elk van de betrokken partijen (patiënten, familie, het APZ, de RIAGG, de ziektekostenverzekering, de inspectie, het ministerie etc.) in het project tot een verschillende afweging komen bij de beantwoording van de slotvraag: 'Is de S-behandeling verkieslijker dan of even verkieslijk als de gebruikelijke K-behandeling?'

Dit onderzoek biedt de mogelijkheid om de plussen en minnen tegenover elkaar te zetten. Wat verkieslijk is, is vooral ook een politieke keuze die aan de direct betrokken partijen en belanghebbenden moet worden overgelaten.

Literatuur

- American Psychiatric Association [APA] (1980), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III), Washington, DC.
- Brook, F.G., en H.J.F.R. Hamers (1985), GGZorg gepeild: een vergelijkend onderzoek met behulp van twee Registers voor Geestelijke Volksgezondheid. *T. Psychiatrie*, 27, 115-127.
- Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Cie-Dekker) (maart 1987), *Bereidheid tot verandering*. 's-Gravenhage.
- Dickey, B., N. Cannon en T. McGuire (1986a), Mental health cost studies: some observations on methodology Administration. *Mental Health*, 13, 3.
- Dickey, B., T. McGuire, N. Cannon en J. Gudeman (1986b), Mental Health Cost Models: Refinements and Applications. *Medical Care*, 24, 9.
- Drummond, M.F., e.a. (1987), *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford University Press, Oxford.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose?* Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Giel, R., en G.H.M.M. ten Horn (1976), Een psychiatrisch register als basis voor planning. *T. Soc. Geneeskunde*, 54, 148-153.
- GHIGV-Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1982), *Inventarisatie van meer dan een decennium cijfermateriaal Patiëntenregistratie Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen 1967-1977*. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- GHIGV-Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1988), *PIGG in Retrospectief 1970-1984*, Rijswijk.
- Goldstein, J.M., en C.M. Horgan (1988), Inpatient and outpatient psychiatric services: substitutes or complements? *Hosp. & Comm. Psychiatry*, 39, 6, 632-636.
- Häfner, H. (1987), Do we still need beds for psychiatric patients. An analysis of changing patterns of mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 113-126.
- Haveman, M. (1987), *Van Klinisch Verblijf naar Vervangende Zorg. Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Proefschrift RUL Maastricht.
- Hoek, H.W. (1987), *Psychiatrisch Onderzoek met de CIPS. De Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoorissen (CIPS) bij chronische psychiatrische patiënten*. Dissertatie, RU Groningen.
- Jong, A. de, J. Ormel en D. Wiersma (1987), De Groningse Sociale Beperkingen Schaal: Ontwikkeling en beschrijving van het instrument, betrouwbaarheid en de hiërarchie in sociale rollen. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, 65, 706-712.
- Kluiter, H. (1987b), *Het onderzoek binnen het Substitutieproject. Wat bepaalt straks het welslagen van dit project*. Lezing Minisymposium 'Ambulante Psychiatrie en Substitutie' op 24 november 1987 in Licht en Kracht Assen, Groningen.
- Kluiter, H. (1987a), *Instrument ter meting van de last op partners van psychiatrische patiënten*. Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen.
- Kluiter, H., en M. Rüphan (1987), *Instrumentarium ter registratie en analyse van behandeling en zorg binnen het kader van het Substitutieproject* (versie hoofdonderzoek). Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen.
- Meulmeester, M. (1988), *Substitutie in de psychiatrische zorg. Een economi-*

- sche evaluatie: methode en toepassing met betrekking tot het substitutiebeleid in de psychiatrische zorg.* Afstudeeropdracht Faculteit Bestuurskunde, NRV, Zoetermeer.
- Mootz, M, J. Timmermans, I. Schoemakers-Salkinoja en J. Hessing-Wagner (1986), *Samenhang in de zorg. Substitutiemogelijkheden op een viertal terreinen.* Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (Kamer voor de geestelijke gezondheidszorg) (1988), *Discussienota Substitutie in de Gezondheidszorg.* Zoetermeer.
- Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid, *Tweede Kamer, vergaderjaar 1983-1984*, 18463, nrs. 1-2.
- Nota 2000; over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens, *Tweede Kamer, vergaderjaar 1985-1986*, 19500, nrs. 1-2.
- Nunnally, J.C., en W.H. Wilson (1975), Method and theory for developing measures in evaluation research. In: E.L. Struening en M. Guttentag (red.), *Handbook of Evaluation Research.* Sage Publ.: Beverly Hills, Londen.
- Poel, E. van der, M. Romme, K. Trimbos en H. van der Wilk (1985), *Het Psychiatrisch Ziekenhuis in discussie. Verslag van de actie Moratorium Nieuwbouw APZ-en.* Amsterdam.
- Roethlisberger, F.J., en W.J. Dickson (1939), *Management and the Worker.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Schene, A., P. van Lieshout en J. Mastboom (1987), *Deeltijdbehandeling in Nederland. De volledige stand van zaken in 1986.* NcGv-reeks 108, Utrecht.
- Schene, A. (1985), *Psychiatrische deeltijdbehandeling.* Een overzicht. NcGv-reeks 83, Utrecht.
- Schuring, G., L.L. Eng en B.J. Roosenschoon (1984), *Behandelmodulen voor gebruik in psychiatrische ziekenhuizen.* NZI, Utrecht.
- Veldhuizen, J.R. van (1986), Het Bed op Recept. *GGZ-Gazet*, 4, 16.
- Veldhuizen, J.R. van, D. Wiersma en L.M. Ram (1988), Opname-vervangende dagbehandeling in ontwikkeling. Een bericht uit het Substitutieproject Drenthe. *MGV*, 1, 3-18.
- Veldhuizen, J.R. van (1988), Klinische psychiatrie niet overbodig, maar wel beter op maat te doseren. *Het Ziekenhuis*, 12, 541-543.
- Wiersma, D., A. de Jong en J. Ormel (1984, 1986), *De Groningse Sociale Beperkingenschaal.* Afdeling Sociale Psychiatrie RU Groningen.
- Wiersma, D., H. Kluitert, J.R. van Veldhuizen en anderen (1986), *Het Substitutieproject Drenthe. Voorstel inzake inhoud en organisatie van een substituerende dagbehandeling met bijbehorende wetenschappelijke evaluatie.* Projectbureau APZ Licht en Kracht te Assen.
- Wiersma, D. (1988), *Notitie inzake criteria ter bepaling van het welslagen van het Substitutieproject Drenthe.* Projectbureau Licht en Kracht te Assen.
- Wing, J.K., J.E. Cooper en N. Sartorius (1974), *Measurement and classification of psychiatric symptoms.* Cambridge University Press.

De auteurs zijn allen als socioloog, psycholo(g)e respectievelijk psychiater/hoogleraar verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie (vakgroep Psychiatrie) van de Rijksuniversiteit Groningen. Correspondentieadres: Afdeling Sociale Psychiatrie, RU Groningen, Substitutieproject Drenthe, p/o Projectbureau (APZ Licht en Kracht), Postbus 30.007, 9400 RA Assen, tel. 05920-11999 (tst. 692).