

---

# TERUGKEER NAAR DE SAMENLEVING

## Terugkeer naar de samenleving van een resocialisatie-afdeling

### Samenvatting

In dit artikel wordt beschreven hoe vaak op een resocialisatieafdeling van een APZ de indicatie resocialisatie-behandeling wordt herzien in een indicatie voor zeer langdurige verblijf op een chronische afdeling. Van een groep van 41 patiënten van een resocialisatie-afdeling (geplande behandelduur van 3 maanden tot 2 jaar), blijkt na twee jaar bij ongeveer 60% een terugkeer naar de samenleving niet meer haalbaar te zijn. De belangrijkste voorspeller voor een terugkeer blijkt de zelfredzaamheid te zijn.

### Inleiding

Het beloop van schizofrenie en verwante psychosen is niet gunstig te noemen. In Nederland vonden Wiersma e.a. (1995) dat van een cohort van 63 psychiatrische patiënten 15 jaar na aanvang van hun psychose ongeveer een kwart volledig herstelde. De overige patiënten waren overleden (11%), na 15 jaar (nog) psychotisch of ondervonden nog (grote) psychiatrische problemen. De grootste groep behoefde na 15 jaar nog steun van de gezondheidszorg.

Door de ernst van deze ziekte wordt in de Nederlandse APZ'en de indicatie 'kan op termijn naar huis' waarschijnlijk menigmaal herzien in een plaatsing van de patiënt op een chronische afdeling. Zo constateren Dekker en Steeneveld (1991) bij hun terugblik op de intramurale GGZ-ontwikkelingen in de jaren tachtig dat op de afdelingen voor langerdurende

resocialisatie het therapeutisch optimisme dat de patiënt zich na een deskundige behandeling blijvend in zijn eigen woonsituatie kan handhaven, nogal eens misplaatst is. In een groot aantal gevallen (25%) werden de patiënten van deze afdelingen voortijdig (binnen drie maanden) ontslagen en veelal binnen korte tijd weer heropgenomen.

**J. Dekker**  
**R. de Vries**  
**G. Smith**  
**A. Soleman**

*De auteurs zijn allen verbonden aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam (respectievelijk als onderzoekscoördinator, psychiater, onderzoeker en psychiater)*

Daarnaast was er een groep patiënten (aantal onbekend) voor wie ontslag niet meer mogelijk bleek.

Dekker en Steeneveld (1991) melden wel dat veel resocialisatie-plaatsen in de intramurale sector werden omgezet in 'chronische bedden'. Bij verder onderzoek in de literatuur (met behulp van de database van Psychlit) zijn geen studies in de afgelopen tien jaar gevonden, waarin de effectieve terugkeer van langerdurende, resocialisatie-afdelingen is onderzocht.

Wel is de indicatie voor een langdurige

verblijf op de chronische afdelingen recentelijk onderzocht (Schellings e.a., 1994). Schellings e.a. vonden dat ongeveer 44% van een grote groep langdurig in een APZ opgenomen patiënten volgens de behandelaren binnen één jaar in aanmerking komt voor vervangende zorg (met name RIBW). De beste voorspellers voor ontslag zijn volgens deze onderzoekers de houding van de patiënt, de opnameduur en de sociale vaardigheden.

In dit onderzoek staat de vraag centraal hoe vaak effectieve terugkeer naar de samenleving op een langerdurende, resocialisatieafdeling plaatsvindt en hoe vaak de indicatie resocialisatie op termijn wordt omgezet in een indicatie voor langdurig verblijf. En welke gedragskenmerken van de patiënten samen hangen met een eventuele terugkeer naar de samenleving.

## **Methode**

### **Onderzoekopzet**

In het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam werden in de periode 1994 tot en met 1996 op de afdeling Wieringerland (in Santpoort gelegen, ver weg van het oorspronkelijke woonmilieu) Amsterdamse patiënten opgenomen, bij wie men de verwachting heeft dat zij niet binnen korte tijd (binnen 3 maanden) ontslagen kunnen worden, maar die een langerdurende resocialisatie-behandeling nodig hebben. Het streven is om de behandelduur in twee tot drie jaar af te ronden, maar verlenging is mogelijk indien nodig. In dit onderzoek gaat het om de in de zomer van 1994 aanwezige patiënten die korter dan 2 jaar zijn opgenomen. De patiënten die langer dan twee jaar aanwezig zijn (ongeveer 25 in aantal),

zijn verder buiten beschouwing gelaten vanwege de verwachting dat effectieve terugkeer naar de samenleving bij deze groep weinig meer zal voorkomen. De patiënten (korter dan twee jaar opgenomen; N=41) zijn prospectief gevolgd om te bezien hoeveel patiënten er naar huis terugkeren en hoeveel patiënten er uiteindelijk in aanmerking komen voor een chronische afdeling. Op het eerste meetmoment (zomer 1994; T1) zijn de patiënten uitvoerig gescreend op een aantal relevante criteria. Op het tweede meetmoment (februari 1995; T2) en derde meetmoment (zomer 1996; T3) is alleen bepaald wat de meest aangewezen setting voor de nog aanwezige patiënten is.

### **Meetinstrumenten**

Op T1 zijn naast de demografische gegevens en de diagnose (DSM-III-R) van alle patiënten de volgende criteria (met betrekking tot de afgelopen maand) bepaald : de meest aangewezen setting, het niveau van zelfstandig functioneren, de symptomen, het sociaal en psychologisch functioneren, alcohol en drugsgebruik. De aangewezen setting betrof de volgende categorieën : intensive care, open setting met intensieve, matige of weinig begeleiding, beschermd wonen en zelfstandig wonen met intensieve thuiszorg (inclusief begeleid wonen). Dit criterium is op dit meetmoment door de eindverantwoordelijke psychiater, de behandelend arts-assistent en de verpleegkundig persoonlijk begeleider afzonderlijk bepaald. De correlaties tussen de verschillende informanten bleken redelijk (variërend van 0.50 tot 0.76); de absolute overeenstemming was minder te noemen (variërend van 34%

tot 95%). Om die reden zijn we verder uitgegaan van de gemiddelde scores van de drie verschillende informanten. Op T1 is niet alleen gevraagd wat de meest aangewezen setting was op dat moment, maar ook wat men verwacht over een half jaar. Deze verwachting betreft dus op T1 de situatie op T2. Het niveau van functioneren en de psychiatrische symptomen zijn door de (verpleegkundige) persoonlijk begeleider op T1 met enkele ingekorte subschalen van de FOSS bepaald (Koopmans, 1986), te weten : zelfredzaamheid, apathie, agressie, verwardheid, hallucinaties en wanen, depressie. De interne consistenties van deze subschalen waren hoog (variërend van 0.66 tot 0.87). De symptomen zijn ook door de arts-assistenten op T1 met de BPRS (Overall en Gorham 1962) bepaald. Het betreft hier de 18 item-achtige variant van de BPRS voor de verpleegkundigen. Deze BPRS heeft volgens Guy (1976) vijf subschalen, te weten : depressie, anergie, denkstoornissen, manie en vijandigheid. De interne consistenties van de drie subschalen anergie, denkstoornissen en manie waren voldoende te noemen (respectievelijk 0.63, 0.69 en 0.64). Die van de subschalen depressie en vijandigheid waren ons inziens te laag (respectievelijk 0.53 en 0.42). Onder andere vanwege de te lage betrouwbaarheden zijn deze subschalen verder buiten beschouwing gelaten. Daarnaast speelde een rol dat met de FOSS deze dimensies ook werden gemeten. Het sociaal en psychisch functioneren is eveneens door de arts-assistenten bepaald met twee vragenlijsten (ontleend aan Kroon, 1992). Met de eerste lijst werd bepaald of er

problemen (antwoordmogelijkheden: geen licht, ernstig, zeer ernstig) waren op de verschillende rolgebieden van de Groninger Sociale Beperkingen Schaal (Jong e.a., 1987).

Met de tweede lijst werd aangegeven of er problemen (zelfde antwoordmogelijkheden als hierboven) waren op de functiegebieden van de Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoornissen (CIPS, Hoek, 1987). Van beide vragenlijsten is de totaalscore in de analyse meegenomen. De interne consistenties van beide lijsten waren voldoende tot goed (respectievelijk 0.79 en 0.77).

Het alcohol en drugsgebruik is bepaald met enkele vragen ontleend aan de Alcohol Severity Index (Hendriks e.a., 1990). Op deze vragen werd door zowel de verpleegkundig begeleider als de arts-assistenten aangegeven hoeveel geld de patiënt in de afgelopen maand besteedde aan drugs en alcohol, hoeveel dagen hij er last van heeft gehad, in welke mate hij er problemen mee heeft en hulp belangrijk vindt en in welke mate de hulpverlener hulp noodzakelijk acht. De gemiddelde scores van beide informanten werd gebruikt voor de uiteindelijke analyses. De interne consistentie van deze lijst was redelijk (0.85).

Op T2 zijn de patiënten (op dezelfde wijze als op T1) opnieuw gescreend voor wat betreft de meest aangewezen setting. Als patiënten in de periode tussen T1 en T2 naar huis waren teruggekeerd (met of zonder goedvinden) of waren overgeplaatst naar een RIBW, is door ons aangemen dat de desbetreffende verblijfplaats ook de meest aangewezen setting is op T2.

Op T3 hebben de behandelteams van Wieringerland de nog aanwezige patiënten opnieuw gescreend om te bezien of een ontslag op korte termijn (binnen een jaar) nog haalbaar is of een indicatie voor zeer langdurig, intramuraal verblijf overwogen dient te worden. Mochten patiënten in de periode tussen T2 en T3 ontslagen zijn, dan is dezelfde procedure bij de bepaling van de aangewezen setting gevolgd als bij T2.

### Patiëntenpopulatie

In dit onderzoek gaat het om 22 mannelijke en 19 vrouwelijke patiënten (de groep patiënten die korter dan 2 jaar op de afdeling Wieringerland aanwezig is). De gemiddelde leeftijd van de onderzochte groep is 40 jaar (met een standaardafwijking van ongeveer 13 jaar). De meeste patiënten zijn ongehuwd (66%); 12% is gehuwd en de overigen zijn gescheiden (22%). De gemiddelde verblijfsduur in het APZ is bijna een jaar (met een standaardafwijking van ongeveer een half jaar). De meeste patiënten hebben de diagnose schizofrenie (68%) of schizoaffectieve stoornissen (15%). Een kleine groep heeft een bipolaire stoornis (2%) of

een depressie in engere zin (7%). Op T1 is de gemiddelde GAF-score (as V van de DSM-III-R) ongeveer 41.1 (standaardafwijking van 12.1). De symptomen van de BPRS met de hoogste scores waren inhoudelijke denkstoornissen (gemiddelde=3.6; standaardafwijking=2.1) en affectvlakheid (gemiddelde=3.1; standaardafwijking=1.7). Volgens de beoordelaars heeft ongeveer 10 tot 15% van de patiënten in de maand voorafgaand aan de meting problemen met alcohol en drugs gehad. Het sociale netwerk van de patiënten is klein te noemen. De meeste patiënten hebben geen partner (73%) en kinderen (73%), hebben geen (vrijwilligers)werk (90%) en volgen geen opleiding (90%). Bij de berekening van de somscore van sociaal functioneren zijn deze rolgebieden om deze reden ook buiten beschouwing gelaten.

Wat de intellectuele en psychologische functies betreft blijkt ongeveer 17 tot 24% van de patiënten ernstige tot zeer ernstige stoornissen te hebben op de functiegebieden realiteitsbesef (24%), wilsleven (24%) en stemming en affect (17%).

Tabel 1. De aangewezen setting van de patiënten

	werkelijk T1		verwacht voor T2		werkelijk T2	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
(High) Intensive Care Unit	3	(7)	1	(2)	2	(5)
Open voorziening- intensieve begeleiding	9	(22)	5	(12)	7	(17)
Open voorziening- matige begeleiding	18	(44)	13	(32)	11	(27)
Open voorziening- weinig begeleiding	7	(17)	10	(24)	9	(22)
Beschermd wonen	4	(10)	9	(22)	4	(10)
Zelfstandig wonen			3	(7)	8	(20)

**Resultaten**

In tabel 1 is weergegeven wat de meest aangewezen setting is voor de groep van 41 patiënten op T1 en T2.

Het blijkt dus dat in zomer van 1994 10% van de resocialisatie-patiënten op T1 direct in aanmerking kwam voor een directe plaatsing in een lichtere voorziening buiten het ziekenhuis. De behandelaren vermoedden dat er over eenhalf jaar ongeveer 30% buiten het ziekenhuis verblijven en dat er minder patiënten op de meest restrictieve settings verblijven.

Dat blijkt op T2 ook het geval te zijn. Ongeveer 30% van de 41 patiënten is uit het ziekenhuis ontslagen (4 patiënten zijn overgeplaatst naar een RIBW en 8 patiënten wonen weer thuis). De overige patiënten verbleven nog steeds in het ziekenhuis (25 patiënten verbleven nog op de resocialisatie-afdeling en 4 patiënten zijn inmiddels overgeplaatst naar een chronische afdeling binnen het ziekenhuis). De meeste patiënten van de groep die nog op Wieringerland verbleef, zijn wel overgeplaatst naar een minder gestructureerde setting op Wieringerland. Slechts drie patiënten zijn overgeplaatst naar een meer

gestructureerde setting.

Tussen T2 en T3 is slechts één patiënt ontslagen en is een patiënt overleden. Van de overgebleven patiënten op T3 werden er nog 3 patiënten als resociabel (binnen 1 jaar met ontslag) beschouwd. Bij de overige patiënten werd een zeer langdurig verblijf in het APZ noodzakelijk beschouwd.

Van de oorspronkelijke groep is dus ongeveer 40% binnen twee jaar van de resocialisatieafdeling ontslagen. Van deze 40% is zijn de meesten (75%) naar hun eigen huis teruggekeerd en een kleine groep (25%) is naar een beschermde woonvoorziening overgeplaatst. Eigenlijk is er dus maar 30% van de groep resociabel (kan naar huis terug) gebleken. Bij de overige patiënten is de indicatie herzien in een plaatsing op een chronische afdeling.

In tabel 2 is met regressie-analyse onderzocht welke van de onafhankelijk variabelen (van T1) significant samenhangen met de afhankelijke variabele van aangewezen setting op T1, T2 en T3 en de op T1 verwachte setting na een half jaar. Op T3 betreft de settingvariabele een tweedeling: 'kan met een jaar met ontslag' of zeer langdurige zorg.

Tabel 2, Voorspellers van de aangewezen setting.

	R2	F	p	Beta	T	p
<b>Setting op T1</b> Voorspellende variabelen: Zelfredzaamheid (FOSS) Manie (BPRS)	62	310	0.000	0.66 -0.32	6.5 -3.1	4
<b>Verwachte setting half jaar na T1</b> Voorspellende variabelen: Zelfredzaamheid (FOSS) Anergie (BPRS)	60	283	0.000	81022	7621	0.000 0.047
<b>Setting op T2</b> Voorspellende variabelen: Manie (BPRS) Zelfredzaamheid (FOSS) Depressie (BPRS)	0.51	13.1	0.000	-0.47 0.34 -0.27	-4.0 2.9 -2.4	0.000 0.006 0.023
<b>Setting op T3</b> Voorspellende variabele: Zelfredzaamheid (FOSS)	0.14	6.0	0.019	-0.37	-2.5	0.019

De zelfredzaamheid tijdens de eerste meting is de meest consistente, voorspeller van de setting van de patiënten, in het heden en in de toekomst. Daarnaast bepaalt ook manisch gedrag voor een groot deel de aangewezen setting op T1 en T2. De verwachting op T1 is vooral gebaseerd op zelfredzaamheid en anergie. Bij nadere analyse zijn deze variabelen bijna significant aan elkaar gecorreleerd (Pearson=0.28;  $p=0.076$ ). Het lijkt er dus op dat de verwachting van de behandelaren meer gebaseerd is op de negatieve symptomen dan op de positieve symptomen. Is de voorspelde variantie (R2) op T1 en T2 nog redelijk te noemen, na twee jaar wordt nog maar 14% van de variantie voorspeld.

### Discussie

Een opvallende bevinding is dat op het eerste meetmoment al bleek dat 10% van de patiënten direct in een RIBW geplaatst kon worden. Om redenen van plaatsgebrek op het RIBW waren deze patiënten nog niet ontslagen. De verwachting op het eerste

meetmoment was dat binnen een half jaar waarschijnlijk ongeveer 30% ontslagen kon worden. Dat bleek op het tweede moment ook daadwerkelijk zo te zijn.

Na twee jaar is het aantal ontslagen patiënten echter nog weinig meer gestegen. De meeste patiënten (bijna 60%) worden na twee jaar na de eerste screening geïndiceerd voor zeer langdurige klinische zorg.

De belangrijkste voorspellers voor de terugkeer naar de samenleving op korte termijn lijken zowel de positieve symptomen (manie) als de negatieve symptomen (zelfredzaamheid). En niet alleen de negatieve symptomen zoals de behandelaren verwachten. Bij de inschatting van de resociabiliteit op langer termijn moet men daarentegen meer letten op de positieve symptomen.

Daarbij is echter wel opvallend dat het voorspellend vermogen duidelijk minder is geworden. Er zijn blijkbaar meerdere factoren in het spel die bepalen of een patiënt na twee jaar resociabel is.

Sociaal en psychologisch functioneren

lijken daarbij van minder belang. Deze variabelen blijken in de regressie-analyses niet geen significante bijdrage te leveren.

Generalisatie van deze bevindingen dient met de nodige voorzichtigheid gedaan te worden. Het betrof hier een resocialisatie-afdeling die bij de start van het onderzoek voor ongeveer één-derde bevolkt was met patiënten die al langer dan twee jaar daar aanwezig waren. Hoewel van deze laatste groep ook in de onderzoeksperiode patiënten zijn ontslagen, is het mogelijk dat deze vermenging van de resocialisatie-patiënten met deze 'subchronische' patiënten het behandelklimaat niet ten goede is gekomen.

Daarnaast was ten tijde van het onderzoek de afstand met Amsterdam te groot om een soepele overgang van intramurale opname naar ontslag te

realiseren. Mocht deze afdeling midden in de stad gehuisvest zijn, dan was het aantal indicaties voor zeer langdurige klinische zorg mogelijk lager geweest. De verandering van de indicatie in zeer langdurige klinische zorg hangt ons inziens niet alleen af van de mogelijkheden en beperkingen van de patiënten, maar ook van die van het hulpaanbod en hulpaanbieders. Vanuit dat oogpunt blijft het belangrijk om de indicatie voor een langdurig verblijf in een APZ regelmatig te toetsen.

Niet alleen het functioneren van de patiënt kan verbeterd zijn, maar ook het aanbod van de GGZ kan in de tijd meerverfijnd en toegesneden zijn op de chronische psychiatrische patiënten (zoals zorgcoördinatie en intensieve thuiszorg).

---

## Literatuur

Duurkoop, W.R.A. (1995), *Terug naar Amsterdam. Longitudinaal onderzoek naar het functioneren van chronische patiënten in nieuwe woonsituaties*. Dissertatie. Vrije Universiteit. Amsterdam.

Dekker, J.J.M. & Steeneveld, D.A. (1991). Acute psychiatrie en resocialisatie. In: *Klinische psychiatrie. De veranderde functie van een psychiatrisch ziekenhuis in de samenleving*. Van Dekker e.a. (Red.). Van Gorcum, Assen.

Hendriks V. M., C.W. van der Meer, C. D. Kaplan, J. van Limbeek en P.J. Geerlings (1990) De addiction severity index: een multidimensionele ernstlijst voor de verslavingszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 6, 420-435.

Hoek, H.W. (1987) *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS: de Classificatie van Intellectuele en andere Psychologische Stoorissen bij chronisch psychiatrische patiënten*. Dissertatie. Rijksuniversiteit Groningen.

Jong de, A., J. Ormel en D. Wiersma (1987), De Groningse Sociale Beperkingenschaal. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 65,706-712.

Koopmans, G.T. (1986) De ontwikkeling van de Functie Observatie Schalen Santpoort. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 28, 539-554

Kroon H. (1992) *Chronisch in West-Friesland*. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht.

Overall, J.E., en D.R. Gorham (1962), The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports* 10, 799-812.

Wiersma D., Giel R., Jong de A., Nienhuis F.J. en C.J. Slooff (1995) De behoefte aan zorg bij mensen met een schizofrenie of verwante stoornis, 15 jaar na aanvang van hun psychose. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 780-789.