

# Vaardigheden van lang opgenomen patiënten in relatie tot besluitvorming over vervangende zorg

door M.J. Haveman

## Samenvatting

In dit artikel staan twee vragen centraal: (1) Hoe vaardig zijn lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen gelet op hun basale zelfredzaamheid, sociale vaardigheden en de mate van interne en externe sociale integratie? (2) In welke mate spelen deze vaardigheden een rol bij het oordeel over ontslag naar vervangende zorg?

Conceptueel en factoranalytisch werden in dit onderzoek vier soorten vaardigheden onderscheiden: basale zelfredzaamheid (14 items), sociale vaardigheden (4 items), interne (6 items) en externe sociale integratie (20 items). Bij een steekproef van 381 lang opgenomen patiënten in vijf psychiatrische ziekenhuizen waren 15% van de patiënten ernstig gehandicapt in hun basale zelfredzaamheid. Deze patiënten kwamen volgens het oordeel van de afdelingsarts en een verpleegkundige niet in aanmerking voor vervangende zorg.

Basale zelfredzaamheid bleek een noodzakelijke, echter geen voldoende voorwaarde te zijn voor indicatiestelling voor vervangende zorg. Voor een meer zelfstandig leven waren sociale vaardigheden zoals het voeren van een gesprek, het omgaan met geld, telefoneren, gebruik van openbaar vervoer, winkelen en het bereiden van een maaltijd minstens even belangrijk. Ongeveer de helft van de steekproefpatiënten hadden grote problemen ten aanzien van dergelijke vaardigheden. Van de patiënten, daarentegen, met goede sociale vaardigheden kwam 57 procent in aanmerking voor ontslag naar vervangende zorg zoals beschermende woonvormen, psychiatrische dagbehandeling, of poliklinische of Riagg-zorg.

## Inleiding

Het belang dat wordt toegekend aan enerzijds de diagnose en symptomen van patiënten en anderzijds aan de persoonlijke vaardigheden en het sociaal functioneren, lijkt in de psychiatrie mede afhankelijk te zijn van het tijdstip waarop de patiënt onder de aandacht komt van de hulpverlener. Als de patiënt in het *eerste stadium* van zijn/haar problemen verkeert en bij voorbeeld in een psychotische crisissituatie wordt opgenomen in een Paaz of psychiatrisch ziekenhuis, dan worden de beperkingen die betrokkene heeft in verband met zelfverzor-

ging (wassen, kammen, kleden), het innemen van voedsel, het omgaan met geld, maar ook in het vervullen van bepaalde sociale rollen als kostwinner, huisvrouw, student of buurman, direct gekoppeld aan psychiatrische symptomen en een gestelde diagnose. Met andere woorden: de functiestoornissen, de beperkte vaardigheden en het verzaken van sociale verplichtingen worden als (tijdelijke) gevolgen beschouwd van de ziekte. Wing (1962) noemt dit de primaire handicaps.

Een dergelijke directe relatie tussen de ernst van psychiatrische symptomen en de beperkingen in vaardigheden en rolgedrag kon worden vastgesteld in de Groningse WHO-studie waarbij een cohort van patiënten met een eerste episode van een niet-affectieve psychose over een periode van drie jaar werd gevolgd (De Jong e.a. 1983; Wiersma 1983; Wiersma e.a. 1984; De Jong 1984). In hun follow up-studies van jonge schizofrene patiënten kwamen Strauss en Carpenter (1977), Isele en Angst (1985) en Test e.a. (1985) eveneens tot de conclusie dat met de ernst van de symptomen het sociaal functioneren aanzienlijk werd beperkt. Wel wordt ten aanzien van acute schizofrene stoornissen er voor gewaarschuwd om te eenzijdig uit te gaan van een direct causaal verband tussen symptomen en sociale beperkingen. Brady (1984) wijst er op dat beide fenomenen elkaar kunnen beïnvloeden in een circulair proces. De 'asociale' symptomatische uitingen van schizofrenie kunnen de patiënt laten vervreemden van familie, vrienden en kennissen en beperkend werken op de sociale kansen van de patiënt. Tevens kan echter hun reactie van afwijzing en afzondering bij de patiënt leiden tot verdere vermindering van het gevoel van eigenwaarde en meer symptomatische uitingen van schizofrenie. Ondanks dergelijke kanttekeningen is het echter gebruikelijk om gestoorde vaardigheden van patiënten die voor de eerste keer worden opgenomen, te beschouwen als rand- of gevolgfenomeen – Summers (1979) heeft het over 'epifomenen' – van symptomen. Dat wil overigens niet zeggen dat de beperkingen minder erg zouden zijn dan psychiatrische symptomen in de beleving van de patiënt, de familie en hulpverleners.

De activiteiten van psychiatrische rehabilitatie zullen voor deze groep patiënten dan vooral gericht zijn op symptoombeheersing en -bestrijding in de verwachting daarmee ook de vaardigheden en het sociale functioneren van de patiënt zoveel mogelijk in de oorspronkelijke staat te herstellen. Wiersma e.a. (1984) concludeerden overigens op basis van follow up-gegevens dat deze verwachtingen bij schizofrene patiënten niet altijd uitkomen. Ook als bij patiënten de symptomen tijdelijk of gedurende een langere periode grotendeels zijn verdwenen, heeft een aantal patiënten evenveel beperkingen in hun sociale functioneren als voorheen.

In tegenstelling tot rehabilitatie van patiënten die in de eerste fase van hun problemen verkeren, wordt in de rehabilitatie van patiënten die voor een *lange periode* zijn opgenomen, meer aandacht besteed aan de *vaardigheden*, – en dit gebeurt betrekkelijk onafhankelijk van de ge-

stelde diagnose. Adler e.a. (1984) spreken in dit verband over: '(...) an alternative view of chronic mental patients and their adaptation to life which is less illness-centered and treatment-focussed. Quality of life, coping-skills and present adjustment are emphasized'. Giel (1982) typeert de positie en de rol van lang opgenomen patiënten volgens het zogenaamde 'invaliditeits- of gebrekkigenmodel' en licht dit als volgt toe: 'Ze hebben allen een psychiatrische diagnose, dat wil zeggen dat ze ooit ziek werden geacht. Kennelijk zijn ze niet zodanig hersteld dat ze het ziekenhuis kunnen verlaten. Ze nemen misschien wel deel aan een programma van dagelijkse bezigheden, maar niet of nauwelijks aan een behandelingsprogramma dat expliciet of impliciet gericht is op hun herstel. Het zijn doorgaans mensen die moeten leven met een gebrek, in dit geval een geestelijk gebrek. (...) Binnen het gebrekkigenmodel als geheel telt de specifieke diagnose minder; meestal volstaat men met een benoeming van de handicap in zeer algemene termen (...)'.  
 1

Bij een dergelijk concept staat niet het principe 'to restore to a former capacity or state' door middel van behandeling op de voorgrond, maar eerder – om een andere definitie van het begrip rehabilitatie te gebruiken – 'to restore to a condition of useful and constructive activity (after illness)' (Webster 1984).

De rehabilitatie van lang opgenomen patiënten is dus in de regel niet meer gericht op de complexe vaardigheden in sociale rollen van vóór de opname of beter, vóór de start van de ernstige psychische problemen. Zo wordt van de meeste patiënten niet meer verwacht dat zij hun opleiding afmaken, weer gaan werken, kinderen gaan opvoeden of dagelijkse omgang hebben met een vaste partner, – activiteiten waar ook menige andere Nederlander problemen mee heeft. Lamb (1979) waarschuwt in dit verband voor 'overselling' van het rehabilitatieconcept door onrealistische verwachtingen en overenthousiaste pogingen van hulpverleners. De doelstellingen voor de rehabilitatie van lang opgenomen patiënten zijn beperkter van aard en, zoals Wennink en Zuilhof (1984) terecht opmerken, veelal gericht op het aanleren van vaardigheden en het stimuleren van activiteiten die voor de meeste Nederlanders vanzelfsprekend zijn en routinematig worden gedaan. Volgens bovengenoemde auteurs onderscheiden zich 'chronische' patiënten van 'gewone' mensen, doordat ze op enkele onderdelen 'de kunst van het leven' zijn verleerd, zoals boodschappen doen, een brief schrijven, fietsen, telefoneren, huishoudelijk werk, ontspanning, lichamelijke verzorging en het omgaan met anderen. Het is dan ook aannemelijk dat dergelijke vaardigheden een belangrijke rol spelen bij het oordeel van hulpverleners of lang opgenomen patiënten voor vervangende zorg in aanmerking komen. Babiker (1980) wijst erop dat dergelijke vaardigheden reeds na een betrekkelijk kort verblijf essentieel zijn voor het ontslag van patiënten. Zo verschilden patiënten die binnen een half jaar waren ontslagen, wat hun vaardigheden betreft, signifi-

cant van patiënten die een half jaar na de opname nog steeds in de instelling verbleven.

Daarentegen werden nauwelijks verschillen gevonden, wat betreft het aantal en de ernst van de symptomen. De onderzoeker concludeert: 'The findings of this study suggest that continued retention is determined by factors other than the patient's clinical state. The capacity for self-support and independent existence, insofar as it can be distinguished from illness, as well as adequate social support... appear to be the essential ingredients required for discharge'.

Hoe vaardig zijn nu lang opgenomen patiënten, en in welke mate spelen vaardigheden een rol bij het oordeel over ontslag naar vervangende zorg?

### Vaardigheden van lang opgenomen patiënten

In de jaren 1984 en 1985 vond in 5 Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen een onderzoek plaats naar ontslag belemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten (Haveman 1987). Tot deze groep werden gerekend:

- patiënten die continu langer dan 2 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verbleven; en
- patiënten die in de vijf jaar voorafgaand aan het onderzoek meer dan één keer in psychiatrische instellingen opgenomen zijn geweest met een totale verblijfsduur van minimaal tweeënehalf jaar.

Demente bejaarden en diep zwakzinnigen bleven buiten het bestek van dit onderzoek. Bij een aselekt getrokken steekproef van 381 patiënten in deze instellingen werden vervolgens vier soorten vaardigheden onderscheiden, namelijk basale zelfredzaamheid (BZR), potentieel sociale vaardigheid (PSV), interne (ISI) en externe sociale integratie (ESI).

*Basale zelfredzaamheid (BZR).* Als een eerste voorwaarde voor menselijke validiteit en onafhankelijkheid werd beschouwd dat betrokken patiënten over elementaire vaardigheden beschikken zoals kleden, eten, lopen, slapen en zitten (zonder hulpmiddelen), continentie, oriëntatievermogen en taalcompetentie (begrijpen en spreken van de Nederlandse taal). Dergelijke vaardigheden, waarover de meeste 6-jarige kinderen beschikken, werden in dit onderzoek samengevat onder het begrip 'basale zelfredzaamheid'. De BZR werd bepaald door middel van een 14-tal items uit de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (Van der Kam, Wimmers 1971). De items waren met behulp van factoranalyse gekozen uit de subschalen 'hulpbehoevendheid' en 'lichamelijke redzaamheid'.

Het merendeel van de lang opgenomen patiënten (> 75%) bleek goed zelfredzaam te zijn in de basale lichamelijke functies. Indien er wel problemen waren, dan kwam dit vooral tot uiting in hulpbehoefte bij aankleden en incontinentie.

*Potentieel Sociale Vaardigheden (PSV).* Voor een meer zelfstandig leven buiten de instelling zijn andere vaardigheden nodig dan zelf kunnen wassen, kleden, eten, e.d. Voor een grotere onafhankelijkheid is het tevens noodzakelijk dat betrokkene boodschappen kan doen, gebruik kan maken van openbaar vervoer, maaltijden kan bereiden en kan telefoneren.

Tabel 1: Aspecten van potentieel sociale vaardigheden bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden

| Potentieel Sociale Vaardigheden (PSV)          | +   | +/- | -   |
|--|-----|-----|-----|
| in staat eenvoudige warme maaltijd te bereiden | 18% | 36% | 46% |
| in staat boodschappen te doen                  | 35% | 37% | 28% |
| in staat openbaar vervoer te gebruiken         | 45% | 23% | 32% |
| in staat op te bellen                          | 58% | 18% | 24% |

+ = ja

+/- = gedeeltelijk

- = nee

In het onderzoek waren de sociale-vaardigheidsvragen zo geformuleerd en toegelicht dat zij de competentie, de mogelijkheden van de betrokken patiënt, meten. Indien in het onderzoek van het vertoonde gedrag was uitgegaan, dan was niet alleen een schatting verkregen van de competentie, maar tevens zou de invloed zijn gemeten van omgevingsfactoren, zoals de openheid van de instelling, de geografische ligging van het ziekenhuis ten opzichte van woonkernen, winkels e.d., maar ook de bereikbaarheid door openbaar vervoer, het aanwezig zijn van een telefoontoestel op de afdeling, en de omvang en aard van de revalidatieprogramma's voor lang opgenomen patiënten. Tevens kunnen restricties bestaan in verband met rechterlijke machtiging, suïcidedepos, agressief gedrag of ernstig drankmisbruik.

Bij de interne en externe sociale integratie ging het om het vertoonde gedrag, namelijk de mate van coöperatief gedrag en sociale aanpassing binnen de instelling enerzijds en de contactfrequentie en -intensiteit met het maatschappelijke leven buiten de instelling anderzijds.

*Interne Sociale Integratie (ISI).* Betrekkelijk veel patiënten verkeren binnen de instelling in een sociaal isolement. De interactie en communicatie binnen het ziekenhuis met medepatiënten was beperkt (tabel 2). Zo ging één kwart van de patiënten nooit met één of meer bewoners om. Ook hielp 36% nooit andere patiënten bij bijvoorbeeld eten en spel, 17% knoopte nooit uit zichzelf een praatje aan met andere bewoners, en 21% was nooit buiten de therapie-uren om actief in de vorm van bijvoorbeeld werken, lezen, spelletjes doen, hobby's en met anderen praten.

Wel hielp meer dan 60% van de bewoners op de afdeling mee bij bij

Tabel 2: Aspecten van interne sociale integratie bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden

| Interne Sociale Integratie (ISI)       | +   | +/- | -   |
|--|-----|-----|-----|
| ongevraagd bewoners helpen             | 19% | 45% | 36% |
| omgaan met 1 of meer bewoners          | 38% | 37% | 25% |
| zinvol bezig buiten therapie           | 37% | 42% | 21% |
| praat uit zichzelf met andere bewoners | 45% | 38% | 17% |
| helpt op de afdeling/in instelling     | 61% | 22% | 17% |
| gevraagd helpen                        | 67% | 31% | 2%  |

Tabel 3: Aspecten van externe sociale integratie bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (N=381); percentuele verdeling van antwoorden

| Externe Sociale Integratie (ESI)                   | +   | +/- | -   |
|--|-----|-----|-----|
| werkt buiten de instelling                         | 5%  | 2%  | 93% |
| bezoekt bioscoop, theater, concert, kerk           | 6%  | 19% | 75% |
| blijft weekend bij anderen                         | 11% | 15% | 74% |
| gaat in de week op bezoek                          | 14% | 18% | 68% |
| schrijft brieven/kaarten                           | 11% | 26% | 63% |
| krijgt brieven/kaarten                             | 12% | 45% | 43% |
| wordt opgebeld                                     | 17% | 42% | 41% |
| activiteiten buiten (met personele begeleiding)    | 21% | 34% | 45% |
| activiteiten buiten (zonder personele begeleiding) | 32% | 13% | 55% |
| krijgt bezoek                                      | 20% | 41% | 39% |
| telefoneert zelf met anderen                       | 26% | 28% | 46% |
| praat met personeel over gebeurtenissen buiten     | 19% | 48% | 33% |
| leest krant  | 27% | 33% | 40% |
| leest tijdschriften                                | 27% | 34% | 39% |
| gaat op vakantie                                   | 36% | 21% | 43% |
| boodschappen doen buiten                           | 38% | 20% | 42% |
| doet mee aan uitstapjes                            | 31% | 45% | 24% |
| kijkt televisie                                    | 50% | 39% | 11% |
| komt buiten terrein instelling                     | 37% | 50% | 13% |

voorbeeld afwassen en bloemen verzorgen, of elders in de instelling bij voorbeeld bij de plantsoendienst.

*Externe Sociale Integratie (ESI).* Veel lang opgenomen patiënten hebben weinig contact met het maatschappelijke leven buiten de instelling. Meer dan de helft ondernam nooit of zeer zelden activiteiten zonder personele begeleiding buiten het instellingsterrein, zoals fietsen, wandelen, zwemmen e.d.

Een deel van de patiënten (45%) ging ook niet samen met personeel op stap. Driekwart van de patiënten bleef gedurende de weekends in

het psychiatrische ziekenhuis, 15% ging één keer in de maand het gehele weekend naar familie, vrienden of kennissen en 11% méér dan een keer per maand.

Tweederde ging nooit of zeer zelden midden in de week op bezoek bij kennissen, vrienden of familie die buiten de instelling woonden. Wel kreeg 60% één keer of vaker in de maand bezoek van familieleden of vrienden/kennissen.

De twee vormen van sociale integratie, ISI en ESI, konden nauwelijks onafhankelijk van elkaar worden waargenomen. De onderlinge correlatie van de twee concepten was hoog ( $r = .66$ ). Patiënten die weinig deelnamen aan het sociale gebeuren binnen de instelling, hadden in de regel ook weinig contact met de wereld buiten het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze relatie werd ook in positieve zin gevonden: patiënten met een grote mate van interne sociale integratie hadden ook betrekkelijk veel interesse voor en contacten met het maatschappelijke gebeuren buiten het ziekenhuis.

Beide groepen patiënten, namelijk personen met goede ISI-scores en personen met goede ESI-scores, waren dan ook betrekkelijk homogeen van samenstelling, wat betreft een aantal kenmerken. Voor het merendeel waren zij jonger dan 55 jaar, niet gehuwd, vertoonden nauwelijks agressief gedrag, hadden minder vaak de diagnose schizofrenie of organisch psychiatrische stoornis en vaker de diagnose neurose, depressie of persoonlijkheidsstoornis, en waren minder lang opgenomen dan patiënten met een geringe ISI of ESI.

De conclusie van Schudel (1976), dat schizofrene patiënten minder contact hebben met de buitenwereld, werd dus nogmaals bevestigd. Tevens hadden schizofrene patiënten aanzienlijk minder contact met medepatiënten en het personeel van de afdeling.

Maar er waren ook verschillen tussen patiënten met een goede ISI en patiënten met een goede ESI. Zo bestond de groep patiënten met een goede externe sociale integratie vaker uit mannen, terwijl in de groep patiënten met een goede ISI aanzienlijk meer vrouwen voorkwamen. Segal en Everett-Dille (1980) kwamen in hun onderzoek naar de sociale integratie van patiënten tot soortgelijke bevindingen, maar dan voor mannen en vrouwen van beschermende woonvormen.

De groep patiënten met een goede ESI was tevens, in vergelijking met patiënten met een goede ISI, gemiddeld jonger, had (daarom) meer levende ouders en broers en zusters, was minder lang opgenomen, en beschikte over een betere zelfredzaamheid en over potentieel sociale vaardigheden.

### Mogelijkheden van vervangende zorg

Als criterium voor de beantwoording van de vraag, of een patiënt al dan niet voor vervangende zorg in aanmerking kwam, werd het oordeel van de hoofdbehandelaar (psychiater of psycholoog) en een ver-

pleegkundige genomen. Daartoe was aan deze hulpverleners verzocht om, onafhankelijk van elkaar, voor een aantal alternatieve voorzieningen (zie tabel 4) aan te geven of de patiënt voor overplaatsing in aanmerking kwam. Als positieve vervangende zorgindicaties werden al die gevallen beschouwd, waarin de hoofdbehandelaar en de verpleegkundige in oordeel overeenstemden. Een 'ja' van de ene beoordelaar moest tenminste met een 'misschien' van de andere beoordelaar overeenstemmen.

Voor een aantal patiënten bleek dat, ondanks een langdurig verblijf in het ziekenhuis, het perspectief op een alternatief niet verloren was gegaan.

Tabel 4: Lang opgenomen patiënten van 5 psychiatrische ziekenhuizen naar mogelijkheden van vervangende zorg, absoluut en percentages

|   | abs. | %     |
|---|------|-------|
| <i>Door beide beoordelaars ingedeeld voor:</i>              |      |       |
| zelfstandige kamerbewoning zonder aggz-begeleiding          | 4    | 1,0   |
| flat-/huisbewoning met ex-patiënten zonder aggz-begeleiding | —    | —     |
| zelfstandige kamerbewoning met aggz-begeleiding             | 8    | 2,1   |
| flat-/huisbewoning met ex-patiënten met aggz-begeleiding    | 16   | 4,2   |
| psychiatrische dagbehandeling/dagzorg                       | 3    | 0,8   |
| psychiatrisch hostel/sluisinternaat                         | 3    | 0,8   |
| beschermende woonvorm buiten het ziekenhuisterrein          | 45   | 11,8  |
| beschermd kleinschalig wonen op het ziekenhuisterrein       | 37   | 9,7   |
| Subtotaal   | 116  | 30,4  |
| ten minste één alternatieve voorziening genoemd door één    |      |       |
| beoordelaar   | 180  | 47,3  |
| geen alternatieve voorzieningen genoemd door                |      |       |
| beide beoordelaars  | 85   | 22,3  |
| Totaal  | 381  | 100,0 |

De hoofdbehandelaars en verpleegkundigen vonden dat voor ongeveer 30% van de lang opgenomen patiënten mogelijkheden bestonden voor andere vormen van huisvesting en zorg dan het huidige verblijf op de afdeling of in het paviljoen van een psychiatrisch ziekenhuis. De behoefte aan huisvesting en ggz-begeleiding was voor deze groep patiënten zeer verschillend (tabel 4), en varieerde van zelfstandige kamerbewoning zonder begeleiding door Riagg of psychiatrische polikliniek tot beschermd kleinschalig wonen op het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis (Haveman e.a. 1986).

Hoewel dus een breed spectrum van mogelijke voorzieningen werd onderscheiden, zal de verdere analyse beperkt blijven tot patiënten die wel (N=116) en patiënten die niet (N=265) volgens beide hulpverleners in aanmerking kwamen voor vervangende zorg.



### Vaardigheden en het oordeel over vervangende zorg

In de psychiatrische ziekenhuizen verbleven een aantal patiënten die reeds op het meest basale niveau ernstige beperkingen vertoonden. Ongeveer 15% van de lang opgenomen patiënten had ingrijpende beperkingen wat betreft hun zelfredzaamheid. Hiertoe behoorden vooral bejaarde patiënten, patiënten met de diagnose schizofrenie en organisch psychiatrische stoornis, en lichamelijk zieke en gehandicapte patiënten. Meer dan de helft van deze patiënten was reeds langer dan twintig jaar opgenomen.

Voor de overgrote meerderheid (93%) van deze gehandicapte patiënten bestond geen perspectief voor plaatsing in vervangende zorg. Voor deze groep lijkt de afdeling en het psychiatrisch ziekenhuis hun 'wereld' geworden te zijn; – een plaats waar met alle beperkingen geaccepteerd en verzorgd wordt.

Indien de patiënten wel zelfredzaam waren dan was dat overigens nog geen voldoende voorwaarde voor eventueel ontslag. Zo werd 64% van de patiënten met een goede zelfredzaamheid (indexscore BZR: 0-1) toch niet geschikt geacht voor vervangende zorg. In dit opzicht waren de onderscheiden (potentieel) sociale vaardigheden veel belangrijker (tabel 5).

Tabel 5: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar mate van potentieel sociale vaardigheden (PSV) en mogelijkheden van vervangende zorg; absoluut en percentages

| PSV                       | Goed<br>0-1 | Redelijk<br>2-3 | Slecht<br>4-8 | Totaal     |
|---------------------------|-------------|-----------------|---------------|------------|
| Vervangende<br>zorg-groep | 60 ( 57%)   | 33 ( 34%)       | 23 ( 13%)     | 116 ( 30%) |
| Overigen                  | 46 ( 43%)   | 63 ( 66%)       | 156 ( 87%)    | 265 ( 70%) |
| Totaal                    | 106 (100%)  | 96 (100%)       | 179 (100%)    | 381 (100%) |

tau = .378; s.e. = .044; p(a) < .0001

Meer dan de helft (57%) van de patiënten met goede sociale vaardigheden werd ingedeeld voor vervangende zorg. Voor de patiënten met een slechte PSV-score was dit aandeel slechts 13%. Het is dus aannemelijk dat bij het oordeel van hulpverleners in belangrijke mate rekening wordt gehouden met sociale vaardigheden. Zo was de relatie tussen sociale vaardigheden en oordeel over vervangende zorg:

- *consequent dalend*: met de afname van de vaardigheden daalt ook het aantal vervangende zorg-patiënten;
- *relevant*: een goede PSV-score is een redelijke voorspeller voor toedeling naar de vervangende zorg-groep (60/116 x 100 = 52%); een

slechte PSV-score is een redelijke voorspeller voor het niet in aanmerking komen voor vervangende zorg ( $156/265 \times 100 = 59\%$ ); en

– *statistisch significant*: het is niet aannemelijk dat de gevonden verschillen verklaard kunnen worden door toevulsfluctuaties bij steekproeftrekking alleen.

Vervolgens is nagegaan of de interne of externe sociale integratie van patiënten nog een extra invloed heeft op het oordeel van hulpverleners. Twee vragen kunnen in dit verband worden gesteld:

1. als lang opgenomen patiënten niet van elkaar verschillen, wat betreft BZR en PSV, worden dan patiënten die veel deelnemen aan activiteiten binnen de instelling (ISI) eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten die minder aan activiteiten binnen de instelling participeren? en:

2. als lang opgenomen patiënten niet verschillen, wat betreft BZR en PSV, worden dan patiënten die veel activiteiten ondernemen buiten de instelling (ESI), eerder voor vervangende zorg ingedeeld dan patiënten die minder vaak dergelijke activiteiten ondernemen?

Deze vragen kunnen worden beantwoord aan de hand van gegevens voor een drietal groepen patiënten:

- patiënten die beperkt zelfredzaam en beperkt sociaal vaardig zijn ( $BZR^-$  &  $PSV^-$ );
- patiënten die zelfredzaam maar beperkt sociaal vaardig zijn ( $BZR^+$  &  $PSV^-$ );
- patiënten die zelfredzaam en sociaal vaardig zijn ( $BZR^+$  &  $PSV^+$ ).

De combinatie van geringe zelfredzaamheid en goede sociale vaardigheden, een niet logisch patroon als men uitgaat van een goede BZR als noodzakelijke voorwaarde voor goede PSV, kwam bij 4 patiënten voor. Voor deze subgroep is de analyse niet uitgevoerd, gezien het beperkte aantal waarnemingen.

*Beperkt zelfredzame en beperkt sociaal vaardige patiënten* – Van de patiënten die beperkingen hadden wat betreft zelfredzaamheid en sociale vaardigheden, namen slechts enkele patiënten veel deel aan activiteiten binnen of buiten de instelling. Van de 85 patiënten met een geringe BZR en een geringe PSV waren 6 (7%) goed geïntegreerd in het sociale leven binnen de instelling en 12 patiënten (14%) in het sociale leven buiten de instelling.

De kleine groep van patiënten die ondanks hun beperkingen intensief deelnam aan activiteiten binnen of buiten de instelling, werd dus eerder voor vervangende zorg ingedeeld. Dit gold vooral voor patiënten met veel contacten buiten de instelling (ESI).

*Zelfredzame maar beperkt sociaal vaardige patiënten* – Ook bij de grotere groep ( $N=174$ ) van lang opgenomen patiënten met een goede zelfredzaamheid maar met beperkte sociale vaardigheden bleek dat personen, die goed deelnamen aan activiteiten binnen of buiten de in-

stelling, eerder werden ingedeeld voor vervangende zorg.

Tabel 6: Goed zelfredzame (BZR < 3) maar minder sociaal vaardige patiënten (PSV > 1) naar mate van interne sociale integratie (ISI) en oordeel over vervangende zorg

| ISI                   | ISI <sup>+</sup><br>(0-2) | ISI <sup>-</sup><br>(3+) |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Vervangende zorg      | 36%                       | 22%                      |
| Geen vervangende zorg | 64%                       | 78%                      |
| Totaal %              | 100%                      | 100%                     |
| N = 174 abs.          | 50                        | 124                      |

Tabel 7: Goed zelfredzame (BZR < 3) maar minder sociaal vaardige patiënten (PSV > 1) naar mate van externe sociale integratie (ESI) en oordeel over vervangende zorg

| ESI                   | ESI <sup>+</sup><br>(0-24) | ESI <sup>-</sup><br>(25 =) |
|-----------------------|----------------------------|----------------------------|
| Vevangende zorg       | 34%                        | 16%                        |
| Geen vervangende zorg | 66%                        | 84%                        |
| Totaal %              | 100%                       | 100%                       |
| N = 174 abs.          | 94                         | 80                         |

Bij een goede ISI werd 36% van de patiënten geschikt geacht voor vervangende zorg, tegenover 22% van de patiënten met minder goede ISI (tabel 6). Bij de ESI-index waren de respectievelijke percentages 34% en 16% (tabel 7).

Alhoewel de variabelen ISI en ESI van belang zijn voor de oordeelsvorming van hulpverleners over ontslag en vervangende zorg, kan naar aanleiding van de resultaten van de twee volgende tabellen (8 en 9) toch worden gewezen op de aanzienlijk grotere invloed van de variabelen 'potentieel sociale vaardigheden'.

*Zelfredzame en sociaal vaardige patiënten* – Ook de lang opgenomen patiënten die goed zelfredzaam en goed sociaal vaardig waren, werden eerder voor vervangende zorg ingedeeld als zij tevens veel deelnamen aan activiteiten binnen (ISI) of buiten de instelling (ESI). Uit de tabellen 8 en 9 blijkt wel dat de variabelen ISI en ESI bij deze zelfredzame en sociaal vaardige patiënten niet al te veel meer bijdragen tot een positief oordeel. Zo werden ook de zelfredzame en sociaal vaardige patiënten die relatief weinig deelnamen aan activiteiten binnen de instelling (ISI) nog voor 50% ingedeeld voor vervangende zorg (tabel 8). Patiënten met dezelfde vaardigheden die tevens goed deelnamen aan activiteiten binnen de instelling kwamen voor 61% voor vervangende zorg in

Tabel 8: Goed zelfredzame (BZR < 3) en sociaal vaardige patiënten (PSV < 2) naar mate van interne sociale integratie (ISI) en oordeel over vervangende zorg

| ISI                   | ISI <sup>+</sup><br>(0-2) | ISI <sup>-</sup><br>(3=) |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Vervangende zorg      | 61%                       | 50%                      |
| Geen vervangende zorg | 39%                       | 50%                      |
| Totaal %              | 100%                      | 100%                     |
| N = 97 abs.           | 59                        | 38                       |

Tabel 9: Goed zelfredzame (BZR < 3) en sociaal vaardige patiënten (PSV < 2) naar mate van externe sociale integratie (ESI) en oordeel over vervangende zorg

| ESI                   | ESI <sup>+</sup><br>(0-24) | ESI <sup>-</sup><br>(25+) |
|-----------------------|----------------------------|---------------------------|
| Vervangende zorg      | 59%                        | 47%                       |
| Geen vervangende zorg | 41%                        | 53%                       |
| Totaal %              | 100%                       | 100%                      |
| N = 97 abs.           | 80                         | 17                        |

aanmerking. De resultaten voor externe sociale integratie (tabel 9) geven eenzelfde beeld te zien.

### Resumerend

Een redelijke of goede basale zelfredzaamheid bleek een noodzakelijke, echter geen voldoende voorwaarde te zijn om voor vervangende zorg in aanmerking te komen. Dat mocht ook niet verwacht worden. Zo stelt een meer zelfstandig leven buiten de instelling, maar ook het begeleid samenwonen in kleinschalige voorzieningen op het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis, hogere eisen aan het vaardigheids- en activiteitsniveau van patiënten dan de genoemde basale aspecten van zelfredzaamheid. Het zichzelf kunnen wassen, kleden, eten e.d. is in deze woon- en leefsituaties niet meer voldoende. Andere vaardigheden, veelal met een hogere moeilijkheidsgraad, zijn daarvoor minstens even belangrijk.

Om een meer onafhankelijk leven te leiden zal men bij voorbeeld in staat moeten zijn om overdag zinvol met anderen te communiceren, men zal met geld moeten kunnen omgaan, kunnen telefoneren, van het openbaar vervoer gebruik kunnen maken, boodschappen doen en een eenvoudige maaltijd kunnen bereiden. Ongeveer de helft van de lang opgenomen patiënten had ten aanzien van deze sociale vaardigheden (PSV) aanzienlijke beperkingen.

Het bleek dat vooral deze sociale vaardigheden relevant waren voor de oordeelsvorming van de hulpverleners over mogelijkheden van ver-

vangende zorg. Zo werd 57% van de lang opgenomen patiënten met goede sociale vaardigheden geschikt geacht voor ontslag of overplaatsing naar een andere voorziening.

Tussen de onderscheiden vaardigheden bestond een zekere hiërarchie. Patiënten met goede ISI of ESI hadden meestal tevens een goede zelfredzaamheid of redelijke tot goede sociale vaardigheden. Iedere vaardigheidsvariabele bleek apart bij te dragen tot een positief oordeel over vervangende zorg. Zo hadden patiënten die alleen zelfredzaam waren, minder kans op een positieve indicatiestelling dan patiënten die zelfredzaam en tevens sociaal vaardig waren. De patiënten ten slotte met een optimaal vaardigheidspatroon (BZR<sup>+</sup> & PSV<sup>+</sup> & ISI<sup>+</sup> & ESI<sup>+</sup>) hadden met 64% ook de beste kansen om door de hulpverleners voor vervangende zorg te worden ingedeeld. Eén op de zeven patiënten van de steekproef vertoonde zo'n optimaal patroon.

Het gebrekkigenmodel (Giel 1982; Siegler en Osmond 1976) is dus niet van toepassing voor alle lang opgenomen patiënten. Van de lang opgenomen patiënten had 15% nauwelijks beperkingen op de door ons bestudeerde vaardigheden, en had op de afdeling en daarbuiten aangetoond met andere mensen om te kunnen gaan zonder dat daarbij veel professionele begeleiding noodzakelijk was. Ook bleek dat zowel patiënten met beperkte sociale vaardigheden als patiënten met een beperkte zelfredzaamheid (BZR) nog voor meer dan éénderde voor vervangende zorg in aanmerking kwamen indien zij goed participeerden op de afdeling of veelvuldig contact hadden met de wereld buiten de instelling. Niet alleen de aard van de vaardigheden (BZR of PSV), en de mate waarin men deze vaardigheden heeft, is dus bepalend voor het oordeel over vervangende zorg, maar ook de manier waarop de patiënt heeft geleerd met gebrekkige vaardigheden te leven en gemotiveerd is (of wordt) om van deze beperkte vaardigheden gebruik te maken in het contact met anderen binnen of buiten de instelling.

## Literatuur

- Adler, D.A., R.E. Drake en R. Stern (1984), Viewing chronic mental illness: a conceptual framework. *Comprehensive Psychiatry*, 25, 2, 192-207.
- Babiker, I.E. (1980), Social and clinical correlates of the 'new' long stay. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 61, 365-375.
- Brady, J.P. (1984), Social skills training for psychiatric patients. I: concepts, methods and clinical results. *American Journal of Psychiatry* 141, 3, 333-340.
- Jong, A. de, R. Giel, C. Slooff en D. Wiersma (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. I. Een ontwerp voor een model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61, 3, 78-85.
- Jong, A. de (1984), *Over psychiatrische invaliditeit; Een theoretische en empirische verkenning naar het verband tussen psychiatrische ziekte en sociaal gedrag*. Dissertatie, Drukkerij Van Denderen BV, Groningen.
- Giel, R. (1982), *Waarom een psychiatrische diagnose? Een beknopte inleiding*

- in het medische model en in andere modellen. Stafleu, Alphen aan den Rijn/Brussel.
- Haveman, M.J., N.W. Poelijoe en E.S. Tan (1986), Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen; *Verslag van een landelijk substitutieonderzoek*. Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg.
- Haveman, M.J. (1987), *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg. Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Dissertatie, Rijksuniversiteit Limburg.
- Isele, R., en J. Angst (1985), Social disability in schizophrenia: the controlled prospective Burghölzli study. *European Archives Psychiatric Neurological Science* 234, 341-347.
- Kam, P. van der, en M. Wimmers (1971), *Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Lamb, H.R. (1979), Roots of neglect of the long-term mentally ill. *Psychiatry*, Vol. 42, Aug., 201-207.
- Schudel, W.J. (1976), *Opgenomen ..., opgegeven?* Dissertatie, RU Groningen, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Segal, S.P., en L. Everett-Dille (1980), Coping styles and factors in male/female social integration. *Acta Psychiat. Scand.* 61, 8-20.
- Siegler, M., en H. Osmond (1976), *Models of madness, models of medicine*. Harper & Row, New York.
- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1977), Prediction of outcome in schizophrenia, III. Five year outcome and its prediction. *Archives General Psychiatry* 34, 159-163.
- Summers, F. (1979), Social dysfunction in chronic mental patients: toward a dual theory of chronic psychopathology. *The Psychiatric Forum*, Fall, 55-66.
- Test, M.A., W.H. Knodler, D.J. Allness en S.S. Burke (1985), Characteristics of young adults with schizophrenic disorders treated in the community. *Hospital & Community Psychiatry*, Vol. 36, 1030-1043.
- Webster English College Dictionary* (1984), Longman Group Lim., Longman House, Burnt Mill, Harlow, Essex, Engeland.
- Wennink, H.J., en J.J. Zuilhof (1984), Kleinschaligheid werkt. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 4, 262-274.
- Wiersma, D., A. de Jong, R. Giel en C. Slooff (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen. II: Enkele bevindingen betreffende het model voor de ontwikkeling van sociale beperkingen. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 61, 5, 168-174.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en D.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 6, 402-419.
- Wing, J.K. (1962), Institutionalism in mental hospitals. *British Journal Social & Clinical Psychology* 1, 38-51.

---

Schrijver is als universitair docent verbonden aan de Vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek van de Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 11-1-'88.