

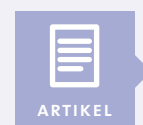
# RIBW-bewoners en de factoren die samenhangen met een overgang naar een andere woonsituatie

M. LODDER, A.J.P. SCHRIJVERS, F. TERMORSHUIZEN, J.R.J. DE LEEUW, W. CAHN

- ACHTERGROND** Er is weinig bekend en gepubliceerd over voorspellers voor transitie van mensen met een psychische aandoening naar meer zelfstandige woonvormen.
- DOEL** Analyseren welke variabelen de transitie voorspellen van mensen met een ernstige psychische aandoening tussen beschermd wonen binnen een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) en een meer zelfstandige woonsituatie (binnen een RIBW of daarbuiten).
- METHODE** Data van 1569 participanten werden geanalyseerd met een cox-regressieanalyse.
- RESULTATEN** Mensen met een persoonlijkheidsstoornis, actueel alcoholmisbruik of mensen die ambulante behandeling ontvingen voorafgaand aan hun verhuizing naar een RIBW hadden de hoogste waarschijnlijkheid om te verhuizen naar een zelfstandigere woonsituatie. Mensen die voorafgaand aan hun verhuizing naar een RIBW klinische behandeling ontvingen, mensen die woonachtig waren binnen beschermd wonen en mensen met een voorgeschiedenis van drugsverslaving hadden de meeste kans op een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm of klinische opname.
- CONCLUSIE** De voorspellers die wij in dit onderzoek vonden, kunnen dienen als uitgangspunt voor hypothesen van aanvullend, etiologisch onderzoek en voor richtlijnen voor gerichte begeleiding.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 817-826

- TREFWOORDEN** herstel, mensen met een ernstige psychische aandoening, positieve transitie, Regionale Instelling voor Beschermd Wonen



Halverwege de 20ste eeuw maakte de psychiatrie een wereldwijde ontwikkeling door op het gebied van huisvesting voor mensen met een ernstige psychische aandoening. Om rehabilitatie te bevorderen werden deze mensen overgeplaatst van ziekenhuisvoorzieningen voor lang verblijf naar woonvoorzieningen in een maatschappelijke setting. In Nederland begon deze de-institutionalisering rond 1950-1960 (De Heer-Wunderink e.a. 2007).

In 1984 richtte de Nederlandse regering Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) op om een brug te slaan tussen psychische gezondheidszorg en de maatschappij (Schene & Faber 2001; De Heer-Wunderink e.a. 2007). In Nederland zijn er twee vormen van RIBW's:

beschermd wonen (BW) en begeleid zelfstandig wonen (BZW).

Binnen de RIBW-regio Utrecht behelst BW permanent personeelstoezicht in woonvoorzieningen waar mensen met dezelfde psychiatrische diagnose en/of psychosociale beperking samenwonen. Ze ontvangen gedragsinterventies binnen de woonvoorziening. Binnen de RIBW-regio Utrecht houdt BZW in: begeleiding aan huis voor mensen die thuis kunnen wonen en (ambulante) behandeling ontvangen (De Heer-Wunderink e.a. 2012). Deze soorten woonzorg zijn hoofdzakelijk gericht op het bevorderen van het dagelijks leven, deelname aan de samenleving, zelfstandigheid, zelfredzaamheid en de verbetering van

iemands sociale positie, en niet alleen op de behandeling van psychiatrische symptomen (De Heer-Wunderink e.a. 2012).

De capaciteit van alle Nederlandse RIBW's is in de afgelopen jaren toegenomen (De Heer-Wunderink e.a. 2012): tussen 2006 en 2009 nam het aantal BW-plaatsen toe met 40% (van 5752 tot 8061 plaatsen); het aantal BZW-plaatsen nam toe met 43% (van 6935 tot 9943 plaatsen) (Caro-Nienhuis e.a. 2012).

Volgens een transversale enquête in RIBW's heeft een derde van de mensen die leven in BW te kampen met licht disfunctioneren, wat aangeeft dat deze groep de overgang naar BZW zou kunnen maken (De Heer-Wunderink e.a. 2007; 2012). Lee e.a. (2009) vermeldden in hun onderzoek meerdere voorspellers voor positieve transitie: participanten die de transitie maakten naar een zelfstandigere manier van wonen hadden een groter inkomen en een uitgebreider sociaal netwerk dan participanten die een transitie maakten naar een RIBW met meer toezicht of naar dakloosheid. Participanten die een transitie maakten naar een RIBW met meer toezicht hadden vaker een voorgeschiedenis van drugsmisbruik en hadden meer problemen in hun woonwijk (Lee e.a. 2009). Afgezien van dit onderzoek is er weinig bekend en is er weinig gepubliceerd over voorspellers voor transitie van mensen met een psychische aandoening naar meer zelfstandige woonvormen.

Tegen deze achtergrond, en vanuit de wens om in de toekomst meer herstel te genereren, analyseerden wij welke variabelen de transitie voorspellen van mensen met een psychiatrische diagnose en/of psychosociale problemen van een RIBW-setting naar een meer zelfstandige woonstijl.

## METHODE

### Onderzoekspopulatie

Ons onderzoek was gericht op een RIBW in Utrecht (RIBW-U). In 2009 was dit de op vier na grootste RIBW in het land. Tussen 2006 en 2009 groeide de instelling uit van 314 tot 517 BW-plaatsen (65% groei) en de BZW-capaciteit nam toe van 468 tot 649 plaatsen (39% groei).

Het onderzoek vond plaats in de periode 1 januari 2008-31 december 2012. In totaal 1569 mensen die woonachtig waren in RIBW-U in deze periode werden geselecteerd voor dit onderzoek. Voorwaarde voor selectie was dat een participant een psychiatrische diagnose had en geen RIBW-steun in de RIBW-U gedurende ten minste 1 jaar voorafgaand aan opname in het onderzoek ontving. Participanten werden geïncludeerd voor dit onderzoek in de periode tussen 1 januari 2008 en 2010 en gevolgd tot 31 december 2012.

## AUTEURS

**MANDY LODDER**, onderzoeker-gedragswetenschapper, UMC Utrecht.

**GUUS SCHRIJVERS**, gezondheidseconoom en emeritus hoogleraar Public health, UMC Utrecht.

**FABIAN TERMORSHUIZEN**, senior onderzoeker, afd. Farmaco-epidemiologie en Klinische Farmacologie, Universiteit Utrecht.

**ROB DE LEEUW**, senior docent-onderzoeker, afd. Sociale Geneeskunde, Universiteit Utrecht.

**WIEPKE CAHN**, hoogleraar Lichamelijke gezondheid bij psychiatrische aandoeningen, UMC Utrecht, Hersencentrum, Utrecht.

## CORRESPONDENTIEADRES

Mandy Lodder, Karolingersweg 72,  
3962 AK Wijk bij Duurstede.  
E-mail: mandy.lodder@gmail.com

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-06-2018.

## Dataverzameling

Wij gebruikten het Psychiatrisch Casus Register (PCR) Utrecht om de data voor de analyse te verkrijgen. Deze epidemiologische database bevat informatie over alle mensen die zijn behandeld in een instelling voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Utrecht, zoals demografische en diagnostische data en data over de ontvangen soort begeleiding. Deze informatie wordt jaarlijks verzameld uit de administratieve systemen van al deze ggz-instellingen. Deze gebruiken de PCR-database voor wetenschappelijke en beleidsdoeleinden. De database werd eerst voorbereid (ontdubbeling en opschoning) voor analyse.

De volgende variabelen werden beschreven binnen de PCR-database en werden gebruikt tijdens dit onderzoek: soort RIBW ontvangen bij aanvang (BW; BZW), geslacht, leeftijd, geboorteland, type behandeling ontvangen één maand voorafgaand aan verhuizing naar RIBW (geen; klinisch, d.w.z. klinische opname in een 24-uursbehandelsetting; ambulante, d.w.z. ambulante behandeling zonder klinische opname), voorgeschiedenis van drugsverslaving, actueel alcoholmisbruik, actueel drugsmisbruik, psychiatrische as 1-diagnose (gecategoriseerd op basis van hiërarchische diagnose) en as 2-diagnose (persoonlijkheidsstoornissen).

## Statistische analyse

Wij verrichtten cox-regressieanalyses met de duur tot aan transitie naar een zelfstandigere woonstijl als uitkomstvariabele. Deze positieve transitie definieerden wij als: het overgaan naar een minder intensieve soort woonbegeleiding/behandeling gedurende een periode van ten minste zes maanden. Een transitie definieerden wij als: positieve transitie (gebeurtenis); wanneer de transitie werd gemaakt (gedurende de observatieperiode van 1 januari 2008-31 december 2012) naar een zelfstandigere manier van wonen, bijvoorbeeld transitie van BW (24-uurswoonbegeleiding) naar BZW of van BZW naar minder intensieve

woonbegeleiding binnen BZW, binnen of buiten de RIBW-U, of transitie naar ambulante behandeling (zelfstandig wonen met behandeling buiten RIBW-U). In geval van meerdere transities binnen de observatieperiode van dezelfde persoon namen wij alleen de duur tot aan zijn/haar eerste transitie op in het model.

Had er geen transitie plaatsgevonden op 31 december 2012 of was er sprake van een transitie naar een RIBW met meer woonbegeleiding (bijvoorbeeld transitie van een BZW- naar een BW-setting), terugval naar een klinische instelling, of naar dakloosheid, dan was 31 december de datum van censurering.

**TABEL 1** Sociodemografische kenmerken

Kenmerken	% Totale onderzoekspopulatie (n = 1596)	Per type RIBW ontvangen bij aanvang	
		% BW (n = 718)	% BZW (n = 878)
Percentage man*	60,9	73	51,1
Gem. leeftijd (SD)			
Man	37,56 (12,5)	35,42 (12,4)	40,04 (12,1)
Vrouw	38,34 (12,8)	35,78 (13,6)	39,50 (12,3)
Leeftijd in j**			
< 20	3,5	6	1,5
20-39	50,9	55,2	48,0
40-59	41	36	45,7
60-79	3,8	2,7	4,7
80-92	0,1	0,1	0,1
Geboorteland***			
Westers <sup>1</sup>	71,4	71	71,6
Niet-westers <sup>2</sup>	12,5	13,5	11,7
Anders <sup>3</sup>	16,1	15,5	16,6
Voorgeschiedenis van drugsverslaving	23,9	28,6	20
Actueel alcoholmisbruik	18,7	18	19,4
Actueel drugsmisbruik <sup>4</sup>	24,9	30,6	20,2
Psychiatrische diagnose (as 1)			
Psychotische stoornissen	25,4	33,3	19
Stemmingsstoornissen <sup>5</sup>	20,6	14,5	25,5
Angststoornissen <sup>6</sup>	14,1	8,9	18,3
ASS	11,8	13,1	10,7
Andere stoornissen <sup>7</sup>	9,1	9,1	9,2
Persoonlijkheidsstoornissen (as 2)	57,1	61,6	53,5

ASS: autismespectrumstoornissen; RIBW: Regionale Instelling Beschermd Wonen; SD: standaarddeviatie; BW: Beschermd wonen; BZW: Begeleid zelfstandig wonen.

<sup>1</sup>Nederland; <sup>2</sup>Suriname, Marokko, Turkije, Kaapverdië en de Nederlandse Antillen; <sup>3</sup>land onbekend; <sup>4</sup>amfetamines, cannabis, cocaïne, opium, kalmeringsmiddelen, polydrugs en andere drugs; <sup>5</sup>depressieve, stemmings- en bipolaire stoornissen; <sup>6</sup>traumatische en obsessieve-compulsieve stoornissen; <sup>7</sup>somatoforme stoornissen, mentale achterstand en ADHD.

\*Ontbrekend 0,3%; \*\*Ontbrekend 0,7%; \*\*\*Ontbrekend 9,6%.

**TABEL 2** Behandelkenmerken en transitiecijfers

Kenmerken	Totale onderzoeks- populatie (n = 1569)	Per type RIBW ontvangen BW (n = 718) BZW (n = 878)		$\chi^2$	df	p
<i>Type RIBW bij aanvang</i>						
BW <sup>1</sup>	45%	-	-	-		
BZW	55%	-	-	-		
<i>Type behandeling 1 maand voor verhuizing naar RIBW</i>						
Geen	38,5%	30,4%	45,1%	112,0	2	0,00
Klinisch	15,7%	26%	7,3%			
Ambulant <sup>2</sup>	45,8%	43,6%	47,6%			
<i>Transitie van zorg</i>						
Positief <sup>3</sup>	52,5%	23%	76,4%	788,7	2	0,00
Geen of transitie naar meer behandeling <sup>4</sup>	31%	66,8%	1,8%			
Onbekend	16,5%	10,2%	21,6%			
<i>Type behandeling 1 maand na gebeurtenis of follow-upperiode<sup>5</sup></i>						
Klinische terugval	3,0%	4,7%	1,6%	853,9	7	0,00
Volledig zelfstandig wonen met ambulante behandeling <sup>6</sup>	12,2%	11,3%	13,0%			
(Blijven in) BZW	0,0%	0,0%	0,2%			
Transitie onbekend	16,5%	10,2%	21,6%			
Transitie naar (of minder woonbegeleiding in) BZW <sup>6</sup>	39,3%	11,1%	62,3%			
Geen transitie, blijven in BW	27,9%	62%	0,0%			
Day centers <sup>6</sup>	0,9%	0,6%	1,1%			
Crisis zorg*	0,1%	0,1%	0%			
Gem. follow-up tijd in wk (SD)	92,29 (67,7)	97,83 (70,8)	87,7(64,7)			0,00

Afkortingen: zie **TABEL 1**.

<sup>1</sup>24-uursbehandeling; <sup>2</sup>volledig zelfstandig wonen met ambulante behandeling; <sup>3</sup>transitie naar een zelfstandigere woonsituatie, bijvoorbeeld van beschermd naar begeleid wonen of naar volledig zelfstandig wonen; <sup>4</sup>geen transitie of transitie naar een minder zelfstandige woonsituatie, bijvoorbeeld terugval naar een klinische instelling of transitie van begeleid naar beschermd wonen; <sup>5</sup>censureringsdatum: december 2012);

<sup>6</sup>gedefinieerd als positieve transitie.

\*Slechts één participant ontving crisiszorg.

Met kaplan-meier-survivalcurves gingen wij eerst na of aan de *proportional hazards*aanname van het cox-model globaal voldaan was. Wij onderzochten vervolgens de associatie tussen elke individuele voorspeller afzonderlijk met de duur tot aan een positieve transitie in een univariaat cox-model. Dit deden we voor alle relevante voorspellers.

Wij onderzochten ook of de predictoren, wanneer voor elkaars effect gecorrigeerd, nog enige invloed hadden op de uitkomst. Daarvoor werd een multivariate cox-regressiesurvivalanalyse uitgevoerd. Alleen de variabelen met een p-waarde van < 0,20, in het univariate model, werden

geselecteerd voor de multivariate analyse. Alle variabelen in het multivariate model met een p-waarde < 0,05 werden beschouwd als statistisch significant, behouden in het model en werden beschouwd als onafhankelijke voorspellers. Variabelen met een p > 0,05 werden verwijderd (dit is de zgn. achterwaartse methode).

Dezelfde analyses voerden we uit voor de voorspellers van een overgang naar minder zelfstandige woonvorm (een negatieve transitie). Onder overgang naar een minder zelfstandige woonvorm verstonden wij: de transitie naar een RIBW met meer woonbegeleiding of naar dakloosheid (bijvoorbeeld terugval naar een klinische instelling of

transitie van een BZW- naar een BW-setting). Het Statistical Package for Social Sciences versie 20.0 (SPSS) werd gebruikt om de cox-regressiesurvivalanalyses uit te voeren.

## RESULTATEN

### Sociodemografische kenmerken

Overheersende factoren in beide groepen waren: mannelijk geslacht, geboren zijn in een westers land en een voorgeschiedenis met drugsverslaving en actueel drugsmisbruik (vergeleken met alcoholmisbruik). Voor een totaal overzicht van de sociodemografische kenmerken, zie **TABEL 1**.

### Zorgkenmerken en transitiecijfers

**TABEL 2** geeft een overzicht van de zorgkenmerken van de onderzoeksgroep en de transitiecijfers. Hieruit bleek dat de BZW-groep meer positieve transitie (76,4%) toonde, vergeleken met de BW-groep (23%).

### Samenvatting statistische analyse

#### UNIVARIATE COX-REGRESSIESURVIVALANALYSE

Univariate cox-regressiesurvivalanalyses lieten zien dat het ontvangen van BZW bij aanvang een significante voorspeller was van positieve transitie (HR: 3,93, referentiecategorie = BW;  $p = 0,00$ ). Hetzelfde gold voor elk van de volgende

**TABEL 3** Univariante cox-regressieoverlevingsanalyse (n = 1569)

Voorspellers	B	df	p	HR
Type RIBW ontvangen bij aanvang <sup>•</sup>	1,370	1	0,00**	3,934
Geslacht <sup>•</sup>	0,104	1	0,14*	1,109
Leeftijd	0,006	1	0,02**	1,006
<i>Leeftijdsgroepen</i>				
< 20 jaar <sup>•</sup>	-	3	0,00**	-
20-39 jaar	0,694	1	0,01**	2,002
40-59 jaar	0,679	1	0,01**	1,972
60-93 jaar	1,113	1	0,00**	3,043
<i>Geboorteland</i>				
Westers <sup>1</sup>	-0,022	1	0,78	0,979
Niet-westers <sup>2</sup> <sup>•</sup>	0,006	1	0,96	1,006
<i>Type behandeling voor verhuizing naar RIBW</i>				
Geen <sup>•</sup>		2	0,00**	
Klinisch	-0,354	1	0,00**	0,702
Ambulant <sup>3</sup>	0,122	1	0,10*	1,130
Voorgeschiedenis van drugsverslaving <sup>•</sup>	-0,126	1	0,11*	0,882
Actueel drugsmisbruik <sup>4</sup>	0,024	1	0,77	1,024
Actueel alcoholmisbruik	0,115	1	0,18*	1,121
<i>Psychiatrische diagnose (as 1)</i>				
Psychotische stoornissen <sup>•</sup>		4	0,03**	
Stemmingsstoornissen <sup>5</sup>	0,280	1	0,00**	1,324
Angststoornissen <sup>6</sup>	0,217	1	0,10*	1,242
ASS	-0,076	1	0,57	0,927
Andere stoornissen <sup>7</sup>	0,118	1	0,50	1,125
Persoonlijkheidsstoornis (as 2) <sup>•</sup>	0,265	1	0,00**	1,304

HR: hazardratio; ASS: autismespectrumstoornissen; andere afkortingen: zie **TABEL 1**.

<sup>1</sup>Nederland; <sup>2</sup>Suriname, Marokko, Turkije, Kaapverdië en De Nederlandse Antillen; <sup>3</sup>volledig zelfstandig wonen met ambulante behandeling;

<sup>4</sup>amfetamines, cannabis, cocaïne, opium, kalmeringsmiddelen, polydrugs en andere drugs; <sup>5</sup>depressieve, stemmings- en bipolaire stoornissen;

<sup>6</sup>traumatische en obsessieve-compulsieve stoornissen; <sup>7</sup>somatoforme stoornissen, mentale achterstand en ADHD.

•Referentiecategorie: referentiecategorie voor type RIBW ontvangen = BW, geslacht = vrouw, geboorteland = niet-westers, voorgeschiedenis van drugsverslaving = geen voorgeschiedenis van drugsverslaving, persoonlijkheidsstoornis = geen persoonlijkheidsstoornis.

\*  $p < 0,20$ , relevant voor de meervoudige logistische-regressieanalyse; \*\*statistisch significant ( $p < 0,05$ ).

individuele voorspellers: 1. leeftijd ( $> 20 - < 40$  HR: 2,00;  $p = 0,01$ ;  $> 40 - < 60$  HR: 1,97;  $p = 0,01$ ;  $> 60 < 94$  HR: 3,04, referentiecategorie =  $< 20$  jaar;  $p = 0,00$ ); 2. diagnose stemmingsstoornis (HR: 1,32; referentiecategorie = psychotische stoornis;  $p = 0,00$ ); en 3. diagnose persoonlijkheidsstoornis (HR: 1,30; referentiecategorie = geen diagnose persoonlijkheidsstoornis;  $p = 0,00$ ).

Naast de eerdergenoemde variabelen werden de volgende vier variabelen ook geselecteerd voor de multivariate analyse ( $p < 0,20$ ): 1. geslacht; 2. ambulante behandeling voorafgaand aan verhuizing naar RIBW; 3. een voorgeschiedenis van drugsmisbruik en 4. actueel alcoholmisbruik. De overgebleven voorspellers (zie TABEL 3) waren alle noch significant noch relevant om op te nemen in het multivariate model en werden daarom uitgesloten van verdere analyse.

#### MULTIVARIATE ANALYSE

Voor een positieve transitie verrichtten we een multivariate cox-regressiesurvivalanalyse (backward) waarbij alle onafhankelijke variabelen voor elkaar werden gecorrigeerd (TABEL 4). De variabelen die significant een positieve transitie voorspelden, waren: 1. ambulante behandeling ontvangen voorafgaand aan verhuizing naar RIBW (HR: 1,26; referentiecategorie = geen behandeling ontvangen;  $p = 0,01$ ); 2. actueel alcoholmisbruik (HR: 1,49; referentiecategorie = geen actueel alcoholmisbruik;  $p = 0,00$ ) en 3. een persoonlijkheidsstoornis hebben (HR: 1,30; referentiecategorie = geen diagnose persoonlijkheidsstoornis;  $p = 0,00$ ).

De overige variabelen (zoals leeftijd en geslacht) bleken niet langer significant wanneer ze voor elkaar gecorrigeerd werden.

Voor de overgang naar minder zelfstandige woonvorm voerden wij dezelfde analyses uit om te onderzoeken of er variabelen waren die een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm voorspelden. De resultaten van de multivariate cox-regressiesurvivalanalyse (backward) (TABEL 5) kwamen overeen met de resultaten die werden gevonden in voorspellers voor een positieve transitie: mensen die klinische behandeling ontvingen voorafgaand aan verhuizing naar een RIBW hadden een hogere waarschijnlijkheid van een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm dan mensen die geen behandeling ontvingen voorafgaand aan verhuizing naar een RIBW (HR: 5,55; referentiecategorie = klinische of ambulante behandeling;  $p = 0,00$ ). Mensen woonachtig in een BW hadden een kleinere kans op een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm dan mensen woonachtig in een BW (HR: 0,487; referentiecategorie = BW;  $p = 0,03$ ). 'Een voorgeschiedenis van drugsmisbruik' voorspelde een significant grotere kans op een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm (HR: 3,05; referentiecategorie = geen voorgeschiedenis van drugsmisbruik;  $p = 0,00$ ).

#### DISCUSSIE

##### Belangrijkste bevindingen

Dit onderzoek was erop gericht te analyseren welke varia-

**TABEL 4** Multivariate cox-regressieoverlevingsanalyse (n = 1569), achterwaartse (LR)-methode, voor positieve transitie

Voorspellers	Gelijktijdig gecorrigeerd voor alle variabelen			
	B	df	P	HR
<i>Type behandeling voor verhuizing naar RIBW</i>				
Geen <sup>•</sup>		2	0,00**	
Klinisch	-0,341	1	0,02**	0,711
Ambulant <sup>†</sup>	0,228	1	0,01**	1,256
<i>Voorgeschiedenis van drugsverslaving<sup>•</sup></i>				
Actueel alcoholmisbruik <sup>•</sup>	0,401	1	0,00**	1,493
Persoonlijkheidsstoornis (as 2) <sup>•</sup>	0,265	1	0,00**	1,304

Afkortingen: zie TABEL 1.

<sup>†</sup>Volledig zelfstandig wonen met ambulante behandeling.

<sup>•</sup> Referentiecategorie: referentiecategorie voor geslacht = vrouw, voorgeschiedenis van drugsverslaving = geen voorgeschiedenis van drugsverslaving, actueel alcoholmisbruik = geen actueel alcoholmisbruik, persoonlijkheidsstoornis (as 2) = geen persoonlijkheidsstoornis

\*\*Statistisch significant ( $p < 0,05$ ).

De voorspellers 'geslacht', 'leeftijd' en 'psychiatrische as 1-diagnoses' werden uitgesloten tijdens de achterwaartse methode.

**TABEL 5** Multivariate cox-regressieoverlevingsanalyse (n = 1569), achterwaartse (LR)-methode, overgang naar minder zelfstandige woonvorm

Voorspellers	Gelijktijdig gecorrigeerd voor alle variabelen			
	B	df	P	HR
<i>Type behandeling voor verhuizing naar RIBW</i>				
Geen <sup>•</sup>		2	0,00*	
Klinisch	1,714	1	0,00*	5,55
Ambulant <sup>†</sup>	0,873	1	0,08	2,39
Type RIBW ontvangen bij aanvang <sup>•</sup>	-0,734	1	0,03*	0,48
Voorgeschiedenis van drugsverslaving <sup>•</sup>	1,115	1	0,00*	3,05

RIBW: Regionale Instelling Beschermd Wonen; HR: hazardsratio.

<sup>†</sup> Volledig zelfstandig wonen met ambulante behandeling.

<sup>•</sup> Referentiecategorie: referentiecategorie voor: geslacht = man, actueel alcoholmisbruik = geen actueel alcoholmisbruik, persoonlijkheidsstoornis (as 2) = geen persoonlijkheidsstoornis, type behandeling ontvangen bij aanvang = beschermd wonen, actueel drugsmisbruik = geen actueel drugsmisbruik, voorgeschiedenis van drugsverslaving = geen voorgeschiedenis.

\*Statistisch significant (p < 0,05).

De voorspellers 'geslacht', 'leeftijd', 'psychiatrische as 1-diagnoses', 'actueel drugsmisbruik', 'actueel alcoholmisbruik' en 'persoonlijkheidsstoornis' werden uitgesloten tijdens de achterwaartse methode.

belen de transitie voorspellen van mensen met een ernstige psychische aandoening naar een meer of minder zelfstandigere woonsituatie binnen of buiten RIBW-U.

Samengevat toonden de resultaten van het multivariate cox-regressiesurvivalmodel, waarbij alle onafhankelijke variabelen voor elkaar werden gecorrigeerd, dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis en mensen die alleen ambulante behandeling ontvingen voorafgaand aan verhuizing naar de RIBW de grootste waarschijnlijkheid hadden om naar een zelfstandigere woonsituatie te verhuizen. Tegen onze verwachting in blijkt ook dat mensen met actueel alcoholmisbruik en verhuizing naar de RIBW een hogere waarschijnlijkheid hebben om te verhuizen naar een zelfstandigere woonsituatie.

### Verklaring

Een mogelijke verklaring voor de grotere waarschijnlijkheid van deze positieve transitie is dat de symptomen die het functioneren belemmeren bij een persoonlijkheidsstoornis en bij alcoholmisbruik relatief goed beïnvloedbaar zijn of relatief vaak spontaan herstel vertonen. Mogelijkerwijs hebben mensen met alleen huidig alcoholmisbruik (in het verleden) meer vaardigheden opgedaan waar zij gebruik van kunnen maken. Ook het begrip 'push-out' kan hierbij van toepassing zijn: alcoholgebruik wordt binnen de RIBW niet getolereerd, wat een extra stimulan kan zijn voor herstel. Hoewel wij in deze fase van onze studie geen directe verklaring hebben voor deze uitkomst,

vormen deze hypothetische verklaringen suggesties voor nader onderzoek.

Verder hadden mensen die klinische behandeling ontvingen voorafgaand aan hun verhuizing naar de RIBW en mensen met een voorgeschiedenis van drugsverslaving een kleinere kans op het maken van een positieve transitie en een grotere kans op een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm.

### Sterke kanten en beperkingen

Sterke kanten van ons onderzoek zijn de grote en representatieve onderzoeksgroep (n = 1596) en het gebruik van het PCR Utrecht om de data voor de analyse te verkrijgen. Het PCR is een administratieve database waarin men data systematisch verzamelt, wat resulteert in betrouwbaardere informatie.

Daarnaast heeft ons onderzoek ook een aantal beperkingen. Ten eerste waren er ontbrekende gevallen in de categorieën geslacht, leeftijd en geboorteland (respectievelijk 0,3%, 0,9% en 9,8%). Deze betreffen kleine percentages, waardoor het risico op mogelijke beïnvloeding van de resultaten nihil lijkt.

Ten tweede bevat de dataset alleen basisinformatie over alle mensen met een psychische aandoening die in een RIBW wonen binnen RIBW-U. Er is geen informatie over, bijvoorbeeld, externe factoren die een transitie naar een betere woonsituatie zouden kunnen voorspellen. Factoren die in de literatuur zijn beschreven, moeten ook in acht



worden genomen, zoals: sociale steun (Kelley & Lambert 1992; Narrow e.a. 2000; Corrigan & Phelan 2004; Chou & Chronister 2011), sociaal netwerk (Repper & Carter 2011; Tew e.a. 2011), arbeidsparticipatie (Shepherd 1989; Boardman e.a. 2003; Watzke & Galvao 2008), huisvestingskeuze (Lehman e.a. 1991) en buurt (Heginbotham 1998; Sartorius 1998).

De analyse van factoren in deze studie is beperkt tot het aantal factoren dat beschikbaar is binnen het casusregister. Logische overwegingen vanuit eerder onderzoek/ervaringen of kenmerken gedestilleerd uit eerder literatuur zijn hierdoor niet meegenomen. Wij raden aan dit wel te doen in vervolgonderzoek. Ook persoonlijke meningen en voorkeuren van mensen met ernstige psychische aandoeningen zouden meegenomen kunnen worden in toekomstig onderzoek.

Ten derde hebben wij in deze studie alleen gebruik gemaakt van data van de RIBW-U en niet van andere RIBW's in het land. Dit kan als een beperking van de studie worden omschreven. Echter, een aantal belangrijke sociodemografische kenmerken van de participanten van dit onderzoek kwamen overeen met de resultaten van voorgaande studies. Mensen die in BW wonen, waren vaak man en geboren in een westers land (Priebe e.a. 2009; De Heer-Wunderink e.a. 2012). De meeste voorkomende diagnose bij de participanten van dit onderzoek was een psychotische stoornis (25%) (Högberg 2006; Priebe e.a. 2009). De literatuur toont aan dat bewoners van BZW het vaakst een psychotische stoornis en stemmingsstoornissen hebben (Friedrich e.a. 1999; Tsemberis & Eisenberg 2000). Daarbij werden indicaties tot 1 januari 2015 landelijk afgegeven door het GIZ. Vastgestelde criteria en voorwaarden waren hierbij van toepassing. Onze onderzoekspopulatie is daarom te beschouwen als representatief voor RIBW-patiëntengroepen, op nationaal niveau.

Desalniettemin toonde de literatuur ook sociodemografische kenmerken die verschilden van de kenmerken die in onze onderzoekspopulatie werden gevonden. Verschillende onderzoeken meldden bijvoorbeeld dat mensen die in BW wonen ouder zijn dan mensen die in BZW wonen (Friedrich e.a. 1999; Tsemberis & Eisenberg 2000). Vergelijken met de BZW-groep bestond de BW-groep in ons onderzoek uit jongere mensen. Hoewel de literatuur laat zien dat de meeste mensen in BZW vrouwen zijn (Cook 1994; Lee & Rothbard 2009), toonde ons onderzoek een ongeveer gelijke verdeling tussen mannen en vrouwen in de BZW-groep. Bovendien had in ons onderzoek slechts 23,9% van de onderzoekspopulatie een voorgeschiedenis van drugsmisbruik, terwijl de meeste onderzoeken percentages boven de 30-40% vermeldden (Priebe e.a. 2009).

Ten slotte is een vierde mogelijke beperking dat stoornissen in middelengebruik in de voorgeschiedenis die ten tijde van ons onderzoek in remissie waren, niet altijd meer worden genoemd. Soms is dit ook een bewuste keuze vanuit cliëntperspectief. Hoewel het PCR een administratieve database is die data systematisch verzamelt, kan het zijn dat er hierdoor ontbrekende waarden zijn die wij niet hebben kunnen meenemen in dit onderzoek.

### Implicaties voor de praktijk

Dit onderzoek toont de eerste resultaten voor voorspellers van een positieve transitie of een overgang naar een minder zelfstandige woonvorm bij mensen met een psychiatrische diagnose en/of psychosociale problemen die verblijven in een regionale instelling voor beschermd wonen. In dit onderzoek gebruikten wij een prognostisch model waarbij alle beschikbare informatie die iets zou kunnen zeggen over de waarschijnlijkheid van de uitkomst is opgenomen in het model. Om gegronde suggesties te kunnen doen over implicaties voor de praktijk bevelen wij meer onderzoek naar de gevonden voorspellers aan. De voorspellers die wij in dit onderzoek hebben gevonden, kan men gebruiken als uitgangspunt voor hypothesen van aanvullend, etiologisch onderzoek. Bovendien dient men binnen de zorg ook rekening te houden met de eigen wensen en verwachtingen van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

Wanneer mensen met een ernstige psychische aandoening één of meer kenmerken hebben die samenhangen met de afwezigheid van een positieve transitie (of een overgang naar een minder zelfstandige vorm van wonen), moet men hiermee rekening houden in de keuze voor een bepaald type woonbegeleiding. Men moet in kleine stapjes richting zelfstandigheid werken om een mogelijke terugval te voorkomen.

Ten slotte rechtvaardigen de uitkomsten van ons onderzoek het advies tot meer onderzoek naar de groep die onvoldoende herstelt. Onderzoeksonderwerpen hierbij kunnen zijn: redenen van hun moeizame herstel en mogelijke nieuwe interventies om dit herstel te bevorderen.



## LITERATUUR

- Boardman J, Grove B, Perkins R, Shepherd G. Work and employment for people with psychiatric disabilities. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 467-8.
- Caro-Nienhuis AD, Heer-Wunderink C, Sytema S, e.a. Ontwikkelingen in de RIBW. Groningen, Rob Giel Onderzoekscentrum; 2010.
- Chou CC, Chronister JA. Social tie characteristics and psychiatric rehabilitation outcomes among adults with serious mental illness. *Rehabil Couns Bull* 2011; 92:102.
- Cook JA. Independent community living among women with severe mental illness: A comparison with outcomes among men. *J Ment Health Adm* 1994; 21: 361-73.
- Corrigan PW, Phelan SM. Social support and recovery in people with serious mental illnesses. *Community Ment Health J* 2004; 40: 513-23.
- De Heer-Wunderink C, Visser E, Caro-Nienhuis A, Sytema S, Wiersma D. Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Ment Health J* 2012; 48: 321-7.
- De Heer-Wunderink C. Successful community living; a 'UTOPIA'? A survey of people with severe mental illness in Dutch Regional Institutes for Residential Care [proefschrift]. Groningen; 2012.
- De Heer-Wunderink C, Caro-Nienhuis AD, Sytema S, Wiersma D. UTOPIA- Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie. Groningen: Rob Giel Onderzoekscentrum; 2007.
- Friedrich RM, Hollingsworth B, Hradek E, Friedrich HB, Culp KR. Family and client perspectives on alternative residential settings for persons with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 1999; 50: 509-14.
- Heginbotham C. UK mental health policy can alter the stigma of mental illness. *Lancet* 1998; 352: 1052-3.
- Högberg T, Magnusson A, Lützn K. Living by themselves? Psychiatric nurses views on supported housing for persons with severe and persistent mental illness. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2006; 13: 735-41.
- Kelley SD, Lambert SS. Family support in rehabilitation. A review of research, 1980-1990. *Rehabil Couns Bull* 1992; 36: 98-119.
- Lee S, Wong YL, Rothbard A. Factors associated with departure from supported independent living programs for persons with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 367-73.
- Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatr Q* 1991; 62: 35-49.
- Narrow WE, Regier DA, Norquist G, Rae DS, Kennedy C, Arons B. Mental health service use by Americans with severe mental illnesses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000; 35: 147-55.
- Priebe S, Saidi M, Want A, Mangalore R, Knapp M. Housing services for people with mental disorders in England: patient characteristics, care provision and costs. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009; 44: 805-14.
- Repper J, Carter T. A review of the literature on peer support in mental health services. *J Ment Health* 2011; 20: 392-411.
- Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet* 1998; 352: 1058-9.
- Schene AH, Faber AME. Mental health care reform in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 74-81.
- Shepherd G. The value of work in the 1980s. *Psychiatr Bull* 1989; 13: 231-3.
- Tew J, Ramon S, Slade M, Bird V, Melton J, Le Boutillier C. Social factors and recovery from mental health difficulties: a review of the evidence. *Br J Soc Work* 2011; 1-18.
- Tsemberis S, Eisenberg RF. Pathways to housing: supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 487-93.
- Watzke S, Galvao A. The feasibility of vocational rehabilitation in subjects with severe mental illness. *Salud Publica Mex* 2008; 50: s260-72.

## SUMMARY

# Residents in supported housing and factors related to moving towards independent living

M. LODDER, A.J.P. SCHRIJVERS, F. TERMORSHUIZEN, J.R.J. DE LEEUW, W. CAHN

**BACKGROUND** Few data are available on predictors for the transition of individuals with mental illness to more independent forms of housing.

**AIM** To analyse which variables predict the transition of individuals with severe mental illness from supported housing within the Dutch community housing programs (CHP) to more independent ways of living.

**METHOD** Data of 1569 participants were analysed using Cox regression analysis.

**RESULTS** Individuals with a personality disorder, current alcohol misuse or who received ambulant care prior to admission in CHP had the highest probability of moving to a more independent way of living. Individuals who received clinical care prior to admission in CHP, individuals with admission in Supported Housing, and individuals with a history of substance dependency had the highest probability of clinical relapse.

**CONCLUSION** The predictors found in this study can be used as a starting point both for hypotheses for additional aetiological research and for guidelines covering specific interventions.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)12, 817-826

**KEY WORDS** community housing program, people with severe mental illness, positive transition, recovery