

ENKELE BESCHOUWINGEN NAAR AANLEIDING VAN EEN KATAMNESTISCH ONDERZOEK BIJ GEREVALIDEERDE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN *

door H. W. G. STÖFSEL, zenuwarts

(psychiatrisch ziekenhuis „Veldwijk”, Ermelo; Geneesheer-directeur:

Dr. H. van Andel)

Volgens J. W. KING dient een definitie van medische revalidatie drie delen te omvatten. Allereerst het doel: het (terug) brengen van het individu in een normale woonsituatie en voor hem passend werk.

Het tweede deel van de definitie bestaat uit een beschrijving van de moeilijkheden, die het bereiken van dit doel in de weg staan. Deze zijn van tweeërlei aard: enerzijds de gestoorde fysiologische en psychologische functies, die een gevolg zijn van het ziekteproces en anderzijds de secundaire persoonlijke en sociale handicaps die het individu heeft ontwikkeld. Bij psychiatrische patiënten is het vaak onmogelijk deze secundaire handicaps te onderscheiden van die welke een deel vormen van het ziekteproces.

In de derde plaats omvat de definitie een beschrijving van de methoden om de handicaps tot een minimum te brengen, ze te compenseren of tot een aanpassing te komen als ze niet opgeheven kunnen worden.

Wing pleit terecht voor researchmogelijkheden bij ieder revalidatieprogramma teneinde na te gaan in hoeverre de beoogde doelstellingen worden bereikt.

Om deze reden hebben wij een katamnestisch onderzoek verricht bij de patiënten die ontslagen werden via de revalidatieafdeling van ons ziekenhuis. Het betrof hier voornamelijk langdurig verpleegde patiënten.

VRAAGSTELLING

Het onderzoek, dat een voorlopig karakter droeg en dat wij in de toekomst hopen uit te breiden, was in de eerste plaats bedoeld om een indruk te krijgen over de resultaten van de behandeling in de revalidatieafdeling. In de tweede plaats wilden we nagaan in welke richting het onderzoek uitgebreid diende te worden. In de derde plaats was er de meer principiële vraag in hoeverre het gerechtvaardigd is chronische patiënten te resocialiseren.

Op deze laatste vraag, waarmee wij regelmatig worden gekonfronteerd, wil ik eerst nader ingaan.

* De schrijver zegt hierbij gaarne Drs. J. C. Loos, klinisch psycholoog, en de heer J. van Belzen, sociaal psychiatrisch werker, dank voor hun hulp bij de voorbereiding en uitvoering van dit onderzoek.

Bij onze pogingen tot resocialisatie van langdurig verpleegde patiënten stuiten wij vaak op ernstige weerstanden, zowel bij de patiënt zelf als bij zijn omgeving.

(1) *Bij de patiënt zelf* — De patiënt heeft zich in de loop der jaren aangepast aan de situatie in het ziekenhuis, waarbij hij min of meer in zijn toestand berust. Door onze revalidatiepogingen wordt zijn rust verstoord. De patiënt verzet zich hier vaak tegen en er is dan een langdurige voorbereiding nodig om hem zover te brengen dat hij de overplaatsing naar de revalidatieafdeling accepteert. De patiënt ervaart de overplaatsing in het algemeen als een bedreiging. Soms is de angst hiervoor zo groot, dat wij van overplaatsing af moeten zien.

Van Ree heeft er onlangs nog op gewezen, dat door het hospitalisme de ziekteverschijnselen gemaskeerd kunnen worden en er een schijn-genezing optreedt. Bij belangrijke veranderingen in de leef- en werksituatie kunnen de pathologische verschijnselen weer terugkeren, waarbij zelfs het gevaar van suïcide niet denkbeeldig is.

Deze problematiek werd reeds uitvoerig belicht door kollega *Van Andel*.

(2) *Bij de familie zien we een soortgelijke situatie* — Men heeft er zich in het algemeen bij neergelegd, dat de patiënt ongeneeslijk ziek is en men rekent niet meer op terugkeer van de patiënt in de maatschappij. Het is dan ook begrijpelijk, dat onze revalidatiepogingen stuiten op verzet bij de familie. Daarbij blijken verschillende factoren een rol te spelen:

- a — Onbegrip, omdat men het niet meer voor mogelijk houdt, dat de patiënt zich ooit zelfstandig in de maatschappij zal kunnen handhaven.
- b — De vrees, dat men de zorg voor de patiënt, voor wie in feite geen plaats meer is, weer op zich zal moeten nemen, waardoor allerlei latente angsten weer opgeroepen kunnen worden.

Verschillende auteurs (o.a. SIMMONS en FREEMAN) hebben op het belang van de houding en het verwachtingspatroon van de familie gewezen. Voor het slagen van de resocialisatieplannen is daarom een goed contact met de familie van groot belang. Wij trachten dit op twee manieren te verwezenlijken: door persoonlijk contact van de arts en de psychiatrisch sociaal werker, die de familie ook bezoekt; en door het organiseren van familiedagen, waarbij wij de familie in groepsverband een beter inzicht in de situatie trachten te geven. Daarbij gaat het er niet alleen om de familieleden voor te bereiden op een mogelijk ontslag van de patiënt, maar vooral hen gerust te stellen door hun duidelijk te maken, dat het niet onze bedoeling is de verantwoordelijkheid voor de patiënt op de familie af te schuiven en door begrip te tonen voor het feit, dat in het algemeen een terugkeer in de familiekring niet meer mogelijk zal zijn.

c — Tenslotte zien we ook herhaaldelijk dat de publieke opinie zich verzet tegen onze pogingen het isolement, waarin de patiënt verkeert, te doorbreken, zich uitend in een afwerende houding b.v. bij het zoeken van woon- of werkgelegenheid voor de patiënt of als hij lid wil worden van een vereniging. Vaak is men van mening, dat het beter is, de patiënt

ten te laten waar ze zijn: 'ze hebben het daar goed'.

In dit verband is het goed nog te wijzen op een geheel andere sociale faktor, waardoor de resocialisatie bemoeilijkt wordt n.l. de huidige sociale voorzieningen, die ertoe leiden, dat een groot aantal patiënten, voor zover zij (zoals het geval is met het merendeel van de revalidatiepatiënten) geen kostwinners zijn, de volledige beschikking krijgen over hun loon of W.A.O.-uitkering. Voor deze patiënten wordt het ontslag uit het ziekenhuis, waar ze toch al tegenop zien, nog veel minder aantrekkelijk, doordat het voor hen een grote financiële achteruitgang betekent. De patiënt wordt als het ware in een gouden bed gelegd, waar hij niet graag meer uitkomt, zoals b.v. blijkt uit een uitlating van één van onze patiënten: 'Waarom zou ik hier weggaan, ik word hier slapend rijk'. Tot zover deze opmerkingen over de weerstanden waarop wij stuiten bij onze pogingen tot resocialisatie.

RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Het katamnestic onderzoek, dat wij hebben verricht, betrof de patiënten die tussen maart 1965 en april 1968 via de revalidatie-afdeling van ons ziekenhuis werden ontslagen. Daartoe werden zij ruim één jaar na hun ontslag bezocht door één van onze psychiatrisch sociaal werkers, die aan de hand van een uitgebreide vragenlijst een aantal objektieve en subjektieve gegevens trachtte te verkrijgen. Een follow-up periode van 1 jaar leek ons in eerste instantie voldoende omdat dit eerste jaar de moeilijkste periode is voor de patiënt (BROWN, CARSTAIRS en TOPPING; ASTRACHAN en DETRE).

In de genoemde periode werden 56 patiënten ontslagen, van wie er echter 1 onvindbaar was, zodat het onderzoek zich uitstreckte over 55 patiënten, 35 vrouwen en 20 mannen. Voor het merendeel waren dit, zoals gezegd, langdurig opgenomen patiënten. Daarnaast was er echter een groep patiënten, die veel korter waren opgenomen en bij wie zich de verschijnselen van het hospitalisme niet of in veel mindere mate voordeden, maar voor wie toch, vanwege hun sociale problematiek, het sociotherapeutische milieu van de revalidatie-afdeling nuttig werd geacht. Wij hadden daardoor de mogelijkheid de resultaten bij beide groepen, die immers vanuit dezelfde behandelingssituatie werden ontslagen, te vergelijken. Daartoe hebben wij de patiënten verdeeld in een groep langdurig verpleegden met een opnameduur langer dan twee jaar (38 patiënten) en een groep kortdurend verpleegden (17 patiënten).

Verdere criteria waren voor beide groepen: geen dementie, geen ernstige vorm van oligofrenie en leeftijd bij voorkeur niet boven 55 jaar (vgl. MORGAN, CUSHING en MANTON).

Hierop waren 3 uitzonderingen: 1 vrouw en 2 mannen waren ouder dan

55 jaar. Beide mannen, 63 en 68 jaar oud, overleden, resp. 9 maanden en 1 jaar na het ontslag aan een natuurlijke doodsoorzaak. Van hen zijn maar enkele gegevens opgenomen in het onderzoek.

Zoals blijkt uit de tabellen 1 en 2 hebben we te doen met twee duidelijk verschillende groepen qua diagnose, leeftijd en opnameduur.

Tabel 1, diagnose

<i>diagnose</i>	<i>aantal</i>	<i>opname < 2 jaar</i>	<i>opname > 2 jaar</i>
schizofrenie	25	3	22
man. depr. psychose	6	—	6
andere psychosen	8	5	3
overigen	16	9	7
totaal	55	17	38

Tabel 2, leeftijd, opnameduur, verblijfsduur in revalidatie-afdeling

	<i>opname < 2 jaar</i>	<i>opname > 2 jaar</i>
gemiddelde leeftijd bij ontslag	29 jaar	45 jaar
gemiddelde opnameduur	1 jaar, 2 maanden	14 jaar
gemiddelde verblijfsduur in revalidatie-afdeling	6 maanden	11 maanden

De groep van de langdurig verpleegden bestond overwegend uit schizofrenen. De verblijfsduur in de revalidatie-afdeling was voor deze groep bijna tweemaal zo lang (11 maanden) als voor de kortdurend verpleegden (6 maanden).

Het aantal heropnamen was in de groep van de kortdurend verpleegden veel groter (47%) dan in de groep van de langdurig verpleegden (10.5%). Dit verschil is significant ($X^2.70 \rightarrow p < 0.01$). Geen van de chronische schizofrenen werd binnen 1 jaar heropgenomen (zie tabel 3).

Tabel 3, heropnamen

<i>diagnose</i>	<i>aantal</i>	<i>opname < 2 jaar</i>	<i>opname > 2 jaar</i>
schizofrenie	2	2	—
man. depr. psychose	2	—	2
andere psychosen	2	1	1
overigen	6	5	1
totaal	12	8	4

Tabel 4 geeft een overzicht van de werksituatie van hen, die niet waren heropgenomen.

Tabel 4, werksituatie

werksituatie	aantal	opname < 2 jaar	opname > 2 jaar
beschutte werksituatie	22	2	20
vrije bedrijf	10	4	6
eigen huishouding	5	2	3
geen werk, c.q. niet in geregelde loondienst	4	1	3
totaal	41	9	32

Het merendeel van de langdurig verpleegden werkte in een beschutte werksituatie.

Een overzicht van de woonsituatie geeft tabel 5.

Tabel 5, woonsttuatie

woonsituatie	aantal	opname < 2 jaar	opname > 2 jaar
pension	27	2	25
rusthuis	1	—	1
sluisinternaat	1	1	—
eigen huis, c.q. bij familie	12	6	6
totaal	41	9	32

Geen van de langdurig verpleegden ging dus naar een sluisinternaat, de meesten verbleven in pensions.

Daarnaast werden nog een aantal andere gegevens verzameld, waarvan ik hier slechts een korte samenvatting zal geven voor zover het de groep van de langdurig verpleegden betreft (32 patiënten).

De sociale status werd in 29 gevallen als goed beschreven. 29 patiënten bleken regelmatig contact te hebben met de naaste familieleden en eveneens 29 beschreven de houding van de familie als vriendelijk en behulpzaam.

27 patiënten hadden een positief oordeel over hun verblijf in het ziekenhuis, 26 meenden door de behandeling vooruit te zijn gegaan.

24 patiënten gaven aan, dat zij het feit, dat zij waren opgenomen geweest, goed hadden verwerkt; 7 uitten insufficiëntiegevoelens vanwege dit feit en 5 klaagden over een sociale discriminatie tengevolge hiervan.

Van 23 patiënten werd aangegeven, dat ze voldoende perspectief bleken te hebben, eveneens 23 hadden een positieve mening over de maatschappij.

10 patiënten bleken moeite te hebben met de besteding van hun vrije tijd. 3 maakten een kortdurende inzinking door, zonder dat heropname nodig was.

19 patiënten uitten lichamelijke of psychische klachten.

13 patiënten gaven aan dat zij praktische moeilijkheden hadden gehad vnl. met telefoneren (6), inkopen doen (3) en het leggen van sociale kontakten, met name ten aanzien van het verenigingsleven (7).

Op één na gebruikten allen regelmatig medicijnen.

Allen stonden onder regelmatige nazorg, 14 via de provinciale nazorgdienst, 22 via onze eigen poliklinieken.

SLOTBESCHOUWING EN CONCLUSIES

Uit het onderzoek blijkt, dat gemeten aan het aantal heropnamen de groep van de langdurig verpleegden zich beter handhaafde in de maatschappij dan de anderen. Dit geldt in het bijzonder voor de chronische schizofrenen van wie geen enkele werd heropgenomen. Dit lijkt in tegenpraak met de konklusie van SHELDON en JONES die bij een follow-up onderzoek een korrelatie vonden tussen een slechte uitkomst en de diagnose schizofrenie. Uit hun publikatie wordt echter niet duidelijk in hoeverre het om chronische of niet chronische patiënten ging.

BROWN, CARSTAIRS en TOPPING vonden bij een follow-up onderzoek bij 229 chronische patiënten dat 32% was heropgenomen binnen 1 jaar. WATERS en NORTHOVER vonden bij een dergelijk onderzoek bij 42 ontslagen schizofrene patiënten 7 heropnamen binnen 1 jaar (circa 17%). De gemiddelde leeftijd (42 jaar), verpleegduur (9 jaar) en de duur van het verblijf in de revalidatie-afdeling (10 maanden) waren niet duidelijk verschillend van de onze.

Bij ons onderzoek bleken de gegevens met betrekking tot de sociale status, de familiekontakten, de mening over het ziekenhuis, en de behandeling, de verwerking van het feit van de opname, het perspectief, de mening over de maatschappij en de wijze van vrijetijdsbesteding bij het merendeel van langdurig verpleegden positief uit te vallen.

Hoewel het feit, dat deze gegevens berusten op informatie door de patiënt, hierbij zeker een rol speelt, wijzen deze uitkomsten er toch wel op, dat de resocialisatie van de chronische patiënt gerechtvaardigd is. Teneinde een meer objectief beeld te verkrijgen, zou het echter gewenst zijn bij een volgend onderzoek de bovengenoemde gegevens aan te vullen met gegevens van de familie en de omgeving van de patiënt.

WING e.a. deden een dergelijk follow-up onderzoek na 1 jaar bij 113 schizofrenen, die uit Londense ziekenhuizen waren ontslagen. Hun resul-

taten zijn echter niet vergelijkbaar met de onze, daar slechts 8 patiënten langer dan 2 jaar waren opgenomen geweest.

Ook ten aanzien van de heropgenomen patiënten zou het gewenst zijn over meer objectieve gegevens te beschikken teneinde na te gaan in hoeverre de oorzaak van de heropname gezocht moet worden in milieu-invloeden of in een exacerbatie van de ziekte. Voor zover wij konden nagaan was dit laatste meestal het geval. Waters en Northover vonden eveneens in hun materiaal geen korrelatie tussen heropname en sociale factoren. Zij pleitten voor een follow-up periode van 2 jaar, hetgeen ons bij een volgend onderzoek eveneens gewenst voorkomt.

De oorzaak van het feit, dat van de langdurig verpleegden de meesten (20) in een beschutte werksituatie werkten, moet gezocht worden in het verlaagde tempo van denken en handelen, het gebrek aan initiatief en handvaardigheid (vgl. J. K. WING). Dit betekent, dat getracht moet worden, tijdens de revalidatieperiode door onderwijs en training het denktempo en het intentionele handelen zoveel mogelijk te bevorderen. Wat de woonsituatie betreft blijkt er voor deze categorie patiënten weinig behoefte te bestaan aan sluisinternaten, doch wel aan pension-tehuizen. Het pension blijkt voor de meesten het eindpunt te zijn.

Een andere mogelijkheid, die wij voor ogen hebben, nl. het zelfstandig wonen van een aantal ex-patiënten in een vrij huis, is voorlopig nog niet bereikbaar.

Tenslotte hebben wij al lange tijd de behoefte gevoeld aan een social club in Ermelo. De plannen voor een dergelijke club, waarvoor uiteraard de medewerking van groepen uit de plaatselijke bevolking verkregen moest worden, zijn thans in een vergevorderd stadium.

Wij deden daarbij de ervaring op, evenals *Elosuo* in Zweden, dat door onze revalidatiepogingen niet alleen de houding van de patiënten t.o.v. de gemeenschap buiten het ziekenhuis verbeterde, doch dat ook de houding van die gemeenschap tegenover de patiënten positiever werd.

SAMENVATTING

Een katamnestisch onderzoek werd verricht bij 55 patiënten, 1 jaar na hun ontslag via de revalidatie-afdeling van het psychiatrisch ziekenhuis. 17 patiënten waren korter dan 2 jaar opgenomen geweest (gemiddeld 1 jaar en 2 maanden), 38 patiënten langer dan 2 jaar (gemiddeld 14 jaar). Van de kortdurend verpleegden werden 8 patiënten (= 47%) heropgenomen, van de langdurig verpleegden slechts 4 (= 10,5%).

Geen van de chronische schizofrenen werd heropgenomen.

Het merendeel van de langdurig verpleegden werkte in een beschutte werksituatie en woonde in een pension. Hun sociale status was in het algemeen goed. Allen stonden onder regelmatig nazorg.

Deze resultaten wijzen erop, dat de resocialisatie van de langdurig op-

genomen psychiatrische patiënt gerechtvaardigd is. Enkele aanwijzingen voor een uitbreiding van dit onderzoek, dat een voorlopig karakter droeg, werden besproken.

SUMMARY

A follow-up study was done of 55 patients, one year after discharge from the mental hospital rehabilitation unit. 17 patients stayed less than 2 years in hospital (mean duration of admission 1 year, 2 months), 38 longer than 2 years (mean duration of admission 14 years).

8 of the short-stay patients were readmitted (= 47%), against 4 of the long-stay patients (= 10,5%). None of the chronic schizophrenics were readmitted.

Most of the long-stay patients worked in a sheltered workshop and stayed in lodgings.

Their social status was generally good.

All patients received some after-care from the mental health service or the out-patients clinics.

These results show that resocialisation of the long-stay psychiatric patient is justified.

Some indications for an extension of this inquiry study, which had a preliminary character, are discussed.

LITERATUUR

- Andel, H. van 'Vragen rondom psychiatrische revalidatie: Oriëntatie', *Ned. Tydschrift voor Psychiatrie* (1969), p.
- Astrachan, B. M. en T. D. Detre 'Post-hospital treatment of the psychotic patient', *Comprehensive Psychiatry* 9 (1968), p. 71.
- Brown, G. W., G. M. Carstairs en G. Topping 'Post-hospital adjustment of chronic mental patients', *Lancet* ii (1958), p. 685.
- Elosuo, R. 'On the rehabilitation of schizophrenics', *Acta psychiatrica scand.* 43 (1967), p. 169.
- Morgan, R., D. Cushing en N. S. Manton 'A regional psychiatric rehabilitation hospital', *Brit. J. Psychiatr.* 111 (1965), p. 955.
- Ree, F. van 'Suicidegevaar bij revalidatie van geïstitutionaliseerde psychiatrische patiënten', *Tijdschrift v. Ziekenverpleging* (1969), p. 8.
- Sheldon, A. en K. J. Jones 'Maintenance in the Community: A study of psychiatric after-care and rehospitalization', *Brit. J. Psychiatr.* 113 (1967), p. 1009.
- Simmons, O. G. en H. E. Freeman 'Familial expectations and posthospital performance of mental patients' in S. K. Weinberg (red.) *The sociology of mental disorders* (Chicago, 1967) p. 248.
- Waters, M. A. en J. Northover 'Rehabilitated long-stay schizophrenics in the community', *Brit. J. Psychiatr.* 111 (1965), p. 258.
- Wing, J. K. 'Rehabilitation of Psychiatric Patients', *Brit. J. Psychiatr.* 109 (1963), p. 635.
- Wing, J. K. e.a. 'Morbidity in the community of schizophrenic patients discharged from London mental hospitals in 1959', *Brit. J. Psychiatr.* 110 (1964), p. 10.