Verwijzing vanuit het psychiatrisch ziekenhuis naar pleeggezin en gezinsverpleging*

*door R. A. Pierloot** en M. Demarsin****

Het is een stilaan algemeen verspreide overtuiging dat het traditioneel psychiatrisch ziekenhuis tekort schiet en zelfs een ongunstige invloed kan hebben bij het nastreven van gedragsveranderingen bij psychisch gestoorden. De reden hiervoor is te zoeken in de onvoldoende en eenzijdig dominerend beschermende vormen van interactie aan de opgenomen patiënt geboden. Om hieraan te verhelpen werd in dubbele richting gezocht. Enerzijds werden nieuwe structuren in het psychiatrisch ziekenhuis gecreëerd die een ruimere, meer gevarieerde en meer persoonlijke bijdrage van de patiënt in het interactioneel gebeuren mogelijk maken. Anderzijds werd ernaar gestreefd de opname in het ziekenhuis geheel of gedeeltelijk door andere vormen van hulpverlening te vervangen. Bij het bestempelen van deze laatste als 'alternatief' wordt nogal eens de polarisatie tussen ziekenhuisopname en zogenoemde 'extra-murale' zorg extra sterk in de verf gezet. In de praktijk ziet men nochtans dat complementariteit en integratie hier tot de beste resultaten kunnen leiden. Dikwijls wordt een stabiele en doorgezette ambulante behandeling slechts mogelijk via de voorbereiding tijdens een ziekenhuisverblijf. Omgekeerd is de opname in een therapeutisch ziekenhuisprogramma vaak heel wat vruchtbaarder na een ambulante begeleiding van een zekere duur. Daarenboven wordt in allerlei formules van partiële hospitalisatie ernaar gestreefd de bijdragen van ziekenhuisprogramma's te combineren met de voordelen van het onderhouden contact met de maatschappij.

Een bijzonder probleem in het zoeken naar oplossingen buiten het psychiatrisch ziekenhuis wordt gesteld door het milieu dat aan de patiënt kan geboden worden. In zijn oorspronkelijk milieu wordt nogal eens een houding van onmacht of afwijzing aangetroffen; soms is het ook beter voor de patiënt dat hij in een nieuwe omgeving tot andere, meer bevredigende vormen van interactie kan komen. Daarom werd in diverse richtingen naar vormen van

* Universitair Psychiatrisch Ziekenhuis 'St. Jozef', Kortenberg.

** Professor in de Psychiatrie en medische Psychologie, Universiteit Leuven.

*** Diensthoofd 'Maatschappelijk Werk'.

vervangend milieu gezocht. Min of meer onafhankelijk verblijf in aangepaste woningen met een zekere begeleiding en toezicht, het betrekken van een kamer in een home of half-way huis zijn stimulerend voor de belevenis van zelfstandigheid. Maar ze kunnen gemakkelijk bijdragen tot een zekere vereenzaming en vervlakking indien ze niet aangevuld worden met de nodige mogelijkheden tot gezonde interactie.

Men kan moeilijk, althans in onze actuele maatschappijstructuur, een vervangend milieu aantreffen dat beter de natuurlijke interacties mogelijk maakt dan een gezin. Het is niet verwonderlijk dat sinds lange tijd en onder diverse vormen beproefd werd psychiatrische patiënten in vervangende gezinnen te plaatsen. Hierbij kunnen van dit gezin uiteenlopende opgaven verwacht worden (Morissey, 1967). De taak kan bestaan in het vervullen van de functie van een gewoon gezin, waarvan men een zekere materiële (onderdak, voeding) en affectieve (toewijding-genegenheid) dienstverlening verwacht. Men kan dit in de stricte zin als een *'pleeggezin'* bestempelen. De daarin ondergebrachte patiënt wordt als een gewoon gezinslid behandeld. Normalerwijze wordt verwacht dat dit verblijf een beperkte duur heeft en, op grond van toegenomen mogelijkheden tot zelfstandig leven bij de patiënt, overbodig wordt. In heel wat gevallen worden aan het gezin ruimere verwachtingen gesteld. Deze liggen vooral in de lijn van het toezicht op de patiënt en de tolerantie t.o.v. storende gedragsvormen. Het gaat om een kostganger die onvoldoende voor zichzelf kan instaan, zodat het vervangend gezin min of meer regulerend en ordenend moet optreden voor zijn activiteiten (werk - ontspanning). Soms moet er ook voor ingestaan worden dat hij medicatie neemt en/of aan georganiseerde therapeutische activiteiten deelneemt. Een dergelijke setting kan als *'gezinsverpleging'* gecatalogeerd worden. Het gezin neemt de taak over van het verplegingstehuis. Gezien het hier dikwijls om min of meer chronische patiënten gaat, kan de opname van lange duur en eventueel van blijvende aard zijn.

Daarnaast moet nog rekening gehouden worden met de mogelijkheid dat de interacties tussen vervangend gezin en de patiënt als het voornaamste en essentiële therapeutisch werktuig beschouwd worden. Men kan spreken van een *'therapie'* door het gezin. Hierbij vereisen de aan het gezin gestelde opgaven een grotere competentie en kennis. Terwijl voor het hoger beschreven 'pleeggezin' de technische begeleiding van het gezin vanuit de psychiatrische sector minimaal kan zijn, moet ze in de 'gezinsverpleging' uitgebreider doorgevoerd worden. Bij het doorspelen van specifiek therapeutische opgaven naar een gezin is een intensieve en gepersonaliseerde vakkundige begeleiding nodig. Waar deze laatste vorm van therapie voor kinderen en adolescenten heel wat perspectieven biedt, lijken de mogelijkheden voor volwassenen in dat opzicht eerder beperkt.

In de hierna volgende uiteenzetting ontleden we onze ervaringen met patiënten in vervangende gezinnen geplaatst in aansluiting

aan een min of meer langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis voor volwassenen. Dit heeft onvermijdelijk een eenzijdigheid tot gevolg zowel wat betreft het type van patiënten als wat betreft de verwachtingen ten overstaan van de gezinnen. Zo vindt men in geen enkel geval dat een specifiek *therapeutische* opgave aan het gezin gesteld werd. Dit laatste kan eerder verwacht worden bij plaatsingen in gezin waardoor de hospitalisatie vermeden wordt dan in aansluiting hieraan. Uitzondering hierop maken kinderen en adolescenten. In onze ziekenhuispopulatie ontbreken echter kinderen en de adolescenten die in een ziekenhuissetting voor volwassenen opgenomen worden zijn meestal dusdanig vastgelopen dat een intensieve psychotherapeutische aanpak noodzakelijk geacht wordt. Eens hierin geëngageerd worden de opgaven van het gezin, waarin ze eventueel geplaatst worden, meer als achtergrond dan als essentiële kern van de therapie beschouwd.
Schematisch kunnen we de geplaatste patiënten dan ook groeperen in twee categorieën: diegene waarvoor een pleeggezin gezocht werd, waarvan verwacht werd dat het de opgaven van het natuurlijk gezin op gebied van huisvesting, voeding en affectieve interacties zou vervullen en deze waarvan de hulpbehoevendheid en gestoord functioneren nog dusdanig uitgesproken waren dat voor het gezin ook een verplegingsopgave weggelegd bleef. Gezien de laatste vorm van 'gezinsverpleging' in België sinds eeuwen georganiseerd is in de gemeente Geel werden de patiënten van deze categorie allen daarheen georiënteerd. De weergegeven ervaringen betreffen dan ook dit bepaald type van gezinsverpleging dat gegroeid is in een lokaal gestructureerd verband steunend op een eeuwenoude traditie. Zowel mogelijkheden als beperkingen worden hierdoor in ruime mate gedetermineerd.

I Ervaringen met pleeggezinnen

De laatste jaren is er een toenemende interesse en betrokkenheid vanwege niet professionelen voor het lot van personen met psychische moeilijkheden. Mede gestimuleerd door antipsychiatrische literatuur en sociologische slogans voelen sommigen zich geroepen om deze mensen te behoeden voor/of te verlossen van het psychiatrisch odium. Dit vaak naïef maar niet onoprecht idealisme werd voor een gedeelte gekanaliseerd in 'alternatieve' organisaties van hulpverlening. Eén van de aspecten hiervan was het vinden van een onderdak voor de hulpbehoevenden die in hun natuurlijk milieu niet langer getolereerd worden of er mede gebroken hadden en die uit de 'slangenkuil' van het psychiatrisch ziekenhuis moesten worden gered. De geboden faciliteiten waren soms weinig adequaat en leverden de voedingsbodem voor het ontplooien van een zekere cultus van het marginaal bestaan. In andere gevallen zijn hieruit nochtans ook mogelijkheden gegroeid om via het onderbrengen van deze hulpbehoevenden in gezinnen een maatschappelijke reïntegratie te bevorderen. Waar oorspronkelijk bij deze initiatieven een afwijzende en soms nauwelijks verholen

vijandige houding tegenover samenwerking met de geïnstitutionaliseerde psychiatrie bestond is mettertijd een grotere bereidheid tot het zoeken van raakvlakken ontstaan. Dit vergt ook vanwege de psychiater een verandering in zijn houding. Hij moet ertoe komen zijn monopolie van beslissingsbevoegdheid met anderen te delen. Overigens is het ontloochenbaar dat de inbreng van niet professionelen in de geestelijke gezondheidszorg ook de psychiaters meer en meer gesensibiliseerd heeft tot het zoeken van andere mogelijkheden van aanpak buiten de klassieke psychiatrische verpleging en therapie. In de praktijk blijken deze mogelijkheden vooralsnog niet altijd zo vlot te functioneren als dit op grond van ideologische vooropstellingen afgeschilderd wordt. Maar dit moge dan eerder een stimulans zijn tot grotere inzet vanuit de diverse betrokken instanties.

Sinds enkele jaren wordt in ons ziekenhuis beproefd om de opnameduur van sommige patiënten, die om allerlei redenen niet in hun natuurlijk milieu kunnen vertoeven, te verkorten door plaatsing in een pleeggezin. Aan dit gezin werd geen specifieke therapeutische of verplegende opgave gesteld, maar de aldaar ondergebrachte patiënten werden verder nog min of meer intensief gevolgd door de personen (psychiaters, psychologen, eventueel verplegenden) die tijdens de ziekenhuisopname in hun therapie betrokken waren. De ervaringen hiermede worden hierna volgend in het kort weergegeven. Het gaat om een beperkt aantal patiënten, 16 in totaal, die in de loop van de laatste vijf jaren vanuit het ziekenhuis naar een pleeggezin gestuurd werden. Gezien dit kleine aantal en de korte duur van de follow-up, moeten we onze vaststellingen meer als illustratief dan als representatief voor dit type van hulpverlening beschouwen.

Het verkiezen van deze oplossing boven een onmiddellijke terugkeer naar het eigen milieu werd bepaald door hetzij een afwijzende houding van dit milieu, hetzij een als ongunstig beoordeelde interactie met één of meerdere personen uit dit milieu. In vijf van de gevallen werden de patiënten door hun naaste familieleden niet meer getolereerd; bij twee hiervan waren de ouders zelfs langs gerechtelijke weg uit hun ouderlijke bevoegdheid ontzegd. Bij de elf andere, allen ongehuwde jongeren, bleek de interactie met de vader en/of moeder een belangrijke, voor de patiënt vooralsnog niet te verwerken, pathogene factor uit te maken.

In acht van de gevallen werd de plaatsing door de diensten van het ziekenhuis, in de eerste plaats de maatschappelijke werkers, geregeld. Bij zeven andere geschiedde dit in samenwerking met een organisatie voor alternatieve, niet professionele, hulpverlening. In één geval kwam de maatschappelijke dienst van de jeugdrechtbank tussen.

A *Samenstelling van de groep*

Het gaat om 15 vrouwen en één man; deze verdeling hangt wel enigszins samen met de verhoudingen in de populatie van het ziekenhuis, dat tot voor enkele jaren uitsluitend vrouwelijke

patiënten opnam. Hetzelfde geldt overigens voor de plaatsingen in de gezinsverpleging te Geel (zie verder). Eén patiënte vormt duidelijk een apart geval. Het gaat om een weduwe met epileptische karakterstoornissen die op 62-jarige leeftijd, na 11 jaar hospitalisatie, bij een huisgezin kon gaan inwonen, die er nog verblijft en waarbij dit als een definitieve oplossing beschouwd wordt. De gegevens betreffende de 15 andere patiënten worden in de hierna volgende tabellen samengevat. De meerderheid (13 patiënten) was ongehuwd; twee waren gescheiden.

Tabel 1:
Leeftijd van patiënten in pleeggezin geplaatst

leeftijd	15–20 j.	21–25 j.	26–30 j.	31–35 j.
N (15)	10	3	—	2

Tabel 2:
Duur van ziekenhuisverblijf aan plaatsing in pleeggezin voorafgaande

maanden	< 6	6–12	13–24	25–36
N (15)	2	5	6	2

Tabel 3:
Diagnostische entiteiten bij patiënten in pleeggezinnen geplaatst

anorexia nervosa		5
schizofrenie		2
karakteriele stoor-	schizoied	1
nissen van type:	passief-afhankelijk	1
	hysteriform	6
	N	15

Uit deze gegevens blijkt dat de groep hoofdzakelijk samengesteld was uit jonge patiënten, met persoonlijkheidsafwijkingen, die een verblijf in het ziekenhuis doorgemaakt hadden dat voor de meerderheid ± 1 jaar bedroeg. Tijdens dit ziekenhuisverblijf waren ze alle ingeschakeld geweest in psychotherapeutische, vooral groepstherapeutische programma's.

B *Het verblijf in het pleeggezin*

In de meerderheid der gevallen bestond het pleeggezin uit een echtpaar van de leeftijdscategorie 25 à 40 jaar, met kinderen. Twee patiënten werden ondergebracht bij een groepje van enkele studenten die samen een huis betrokken. Sociaal engagement was meestal de doorslaggevende motivatie bij de personen die de patiënten in huis namen, hoewel in enkele gevallen ook de financiële vergoeding wel scheen mee te spelen. In een paar gezinnen ging het er duidelijk om iemand aan te trekken als hulp in het huishouden of om op de kinderen te passen. De meeste patiënten waren overigens alleen wat behulpzaam in de huishouding. Drie

volgden school en drie gingen buitenshuis werken. Van de geplaatste patiënten zijn er vier die momenteel nog in het pleeggezin zijn; hun verblijf verloopt reeds één à drie jaar. Voor drie van hen zijn de vooruitzichten voor een zelfstandig bestaan in de nabije toekomst nochtans gunstig. Voor diegene die het gezin verlaten hebben schommelt de verblijfsduur tussen één en zestien maanden. De wijze waarop het verblijf beëindigd werd is eerder ontgoochelend. Slechts in drie van de twaalf gevallen kan men zeggen dat de patiënten dusdanig geëvolueerd waren dat ze niet langer behoefte hadden aan een beschermend milieu (twee zijn gehuwd, één woont bij een zuster en studeert verder). Bij de overige negen werd, hetzij door de patiënten hetzij door het pleeggezin (en meestal beide) de toestand als onhoudbaar beoordeeld. In drie gevallen werd na een korte ziekenhuisopname een nieuwe poging gedaan die weer tot een mislukking met verwijzing naar het ziekenhuis leidde.

C *Actuele toestand*

Tabel 4 geeft op geschematiseerde wijze de resultaten, tot op heden, weer van deze vorm van hulpverlening.

Tabel 4:
Actuele toestand van in pleeggezin geplaatste patiënten

aktuele toestand onbekend		1
evolutie naar zelfstandigheid na beëindiging van verblijf		3
nieuwe ziekenhuisopname	met bevredigende toestand na ontslag	1
	nog niet beëindigd	5
	gevolgd door zelfmoord	2
nog in gezin verblijvend	met min of meer gunstige vooruitzichten voor ontslag	3
	waarschijnlijk blijvend	1
	N	16

Het kleine aantal en de korte follow-up periode laten niet toe hier doorslaggevende besluiten te formuleren. Toch is het vermeldenswaard dat de patiënten die zich gezelfmoord hebben een schizofrene jongen en een zwaar schizoied karaktergestoord meisje waren. Ook in het geval waar geen nieuws kon worden verkregen omwille van de negatieve instelling van de ouders gaat het om een schizofrene patiënte. Daartegenover waren er van de vijf anorexia nervosa patiënten twee die op gunstige wijze hun verblijf beëindigden en bij twee andere, die nog in een pleeggezin verblijven, is de prognose belovend.

D *Conclusies in verband met de plaatsing in pleeggezinnen*

De ervaring tot heden, althans in ons ziekenhuis, leert dat plaatsing in pleeggezin vanuit het ziekenhuis een moeizame procedure

is. Dit wordt reeds geïllustreerd door het betrekkelijk klein aantal (16 op 5 jaar). Daarnaast waren er heel wat gevallen waar deze oplossing overwogen werd maar omwille van het ontbreken van een pleeggezin of door de negatieve houding van patiënten of hun familie geen doorgang kon vinden. De resultaten kunnen ook niet als duidelijk positief worden gezien. Uitzondering hierop vormen de anorexia nervosa patiënten, waarvoor het 'vervangend gezin' heel wat mogelijkheden blijkt te bieden.
Dit is geen reden om niet in deze richting verder te zoeken. Het lijkt waarschijnlijk dat de uitslagen kunnen worden verbeterd door betere selectie en betere voorbereiding zowel van patiënten als gezinnen. De samenwerking tussen het pleeggezin, de verzorgende instantie en eventuele andere sociale organisaties kan zeker ook nog heel wat beter worden uitgebouwd.

II Ervaringen met de gezinsverpleging te Geel

De gezinsverpleging te Geel bestaat sinds eeuwen als een traditionele vorm van hulpverlening voor psychiatrische patiënten. De lokale inwoners hebben dan ook een zekere intuïtieve kennis en vaardigheid verworven in de omgang met min of meer zwaar gestoorde psychiatrische patiënten. Daarbij worden vanuit een centrale organisatie de geplaatste patiënten door wijkverplegers en psychiaters verder gevolgd; ook aan de families worden hierbij richtlijnen gegeven. Ter plaatse bestaat een centraal ziekenhuis waar de patiënten een observatieperiode doormaken vooraleer in de gezinnen ondergebracht te worden. Wanneer ze te storend zijn in het gezinsverband of intercurrente lichamelijke aandoeningen vertonen kunnen ze ook naar het centraal ziekenhuis worden overgebracht. Voor meer uitvoerige beschrijving van dit systeem van gezinsverpleging verwijzen we naar de hierover bestaande literatuur (Meeus, 1921, Srole en Schrijvers, 1972).
Ofschoon een aantal patiënten vanuit de gezinsverpleging te Geel ontslagen worden blijkt dit voor de meerderheid, uit min of meer chronisch gehandicapten bestaande, toch een definitieve oplossing uit te maken. Ook in dit geval lijkt ze te verkiezen boven een blijvend ziekenhuisverblijf.
Vóór 1968 was de overgang van patiënten vanuit ons ziekenhuis naar de gezinsverpleging te Geel eerder zeldzaam. Vaak werd een rustig, weinig mogelijkheden biedend, maar uitgedoofd bestaan in het ziekenhuis als een aanvaardbare toestand beschouwd zowel door de patiënten zelf als door hun familieleden en de verzorgende instanties. Wanneer we plaatsing in de gezinsverpleging als een te verkiezen alternatief hiervoor wensten door te voeren moesten dan ook weerstanden van drie zijden worden overwonnen: het verplegend personeel, de patiënten zelf en hun familieleden. Vele van de kandidaten hiervoor waren aanhankelijke en afhankelijke personen die gedurende hun lang verblijf in het ziekenhuis min of meer de beschermelingen van de verplegenden waren geworden. Voor deze laatste was het een frustratie dat hun

toewijding en hulp niet langer onmisbaar bleken te zijn. De patiënten zelf waren aarzelend en bang om de bescherming en veiligheid biedende moederschoot van het ziekenhuis te verlaten. Vaak hadden familieleden sinds lange tijd voor deze patiënten slechts een zeer beperkte interesse betoond; soms ging het ook slechts om verre familie. Maar in het algemeen beoordeelden ze het ziekenhuisverblijf als een stabiele en comfortabele oplossing. Ongaarne wensten ze dit bekomen evenwicht in gevaar te brengen (Geleyns, 1975). Daarbij werd Geel beschouwd als een plaats waar hun familielid in zijn gestoordheid publiek op straat te zien was, in tegenstelling tot het psychiatrisch ziekenhuis, waar alles rustig verborgen bleef. Niettegenstaande deze weerstanden kon in de periode van 1968 tot 1974 de overgang van 64 patiënten naar de gezinsverpleging gerealiseerd worden. De ervaringen met deze groep zullen we hierna volgend ontleden.

A *Samenstelling van de groep*

Bij alle gevallen was het evident dat de mogelijkheden van terugkeer naar het eigen milieu of een andere vorm van integratie in de gemeenschap binnen afzienbare tijd uitgesloten waren. De beperkte capaciteiten op gebied van realiteitsbeoordeling of het ontbreken van enige sociale opvangmogelijkheid, en vaak deze beide factoren samen, brachten mede dat een blijvende intensieve begeleiding als onontbeerlijk voorkwam. Acute en subacute stoornissen, waarbij de prognostische uitzichten nog onduidelijk waren, werden uitgesloten. In de bestaande setting van gezinsverpleging is het overigens moeilijk patiënten te hanteren die niet tot een zekere stabilisering gekomen zijn. In de regel werd een stabilisering van minstens een paar maanden vereist; voor het in stand houden hiervan was meestal een onderhoudsdosis van psychofarmaca nodig. Te storend gedrag in de zin van agressieve uitbarstingen, sexuele acting-out, zelfmoordpogingen en verslavingen werden als een contra-indicatie beschouwd. De patiënten moesten wel over zekere mogelijkheden tot sociale interactie beschikken. Te zware oligofrenie of zeer uitgesproken autisme waren uitgesloten. In het algemeen werd een zekere autonomie op gebied van elementaire functies (eten, kleding, toiletgewoonten) en een min of meer stabiele integratie in één of andere vorm van bezigheidstherapie als voorwaarde gesteld. Somatische ziekten die intensief medisch toezicht en eventueel ziekenhuisopname zouden hebben vereist werden als tegenindicatie beschouwd. In dezelfde zin werd ook epilepsi en hoge ouderdom als een te groot risico beoordeeld. De ouderdomsgrens van 60 jaar werd slechts zelden overschreden. De talenkennis vormde een speciaal probleem. Na enkele ontgoochelende ervaringen met patiënten die onvoldoende Nederlands kenden en daardoor met de kostgangers tot geen bevredigende communicatie konden komen, werd kennis van de lokaal gesproken taal als voorwaarde tot plaatsing vooropgesteld.
In de volgende tabellen worden de voornaamste gegevens betreffende de geplaatste patiënten geschematiseerd.

Tabel 5:
Verdeling van de patiënten volgens geslacht en periode van verwijzing naar gezinsverpleging

jaar	vrouwen	mannen	totaal
1968	18		18
1969			
1970			
1971	17		17
1972	7		7
1973	9	2	11
1974	10	1	11
Totaal	61	3	64

Tabel 6:
Leeftijd van patiënten naar gezinsverpleging verwezen

	20–29 j.	30–39 j.	40–49 j.	50–59 j.	≧60 j.	gemid. leeftijd
1968			9	7	2	50 j.
1969						
1970						
1971	2	5	3	5	2	45 j.
1972		3	1	1	2	47 j.
1973		3	4	4		46 j.
1974	1	2	4	4		45 j.
Totaal	3	13	21	21	6	47 j.

Tabel 7:
Duur van ziekenhuisverblijf aan verwijzing naar gezinsverpleging voorafgaande

	< 1 j.	1–3 j.	4–5 j.	6–10 j.	11–15 j.	16–20 j.	> 20 j.	gemid.
1968	2	2	1		8	1	4	13 j.
1969								
1970								
1971		2	4	5	1	2	3	10 j.
1972	1		1	1	2	1	1	12 j.
1973	3	2	3	1	1	1		5 j.
1974	5	1	2		1		2	8 j.
Totaal	11	9	11	9	13	5	10	10 j.

Tabel 8:
Diagnostische entiteiten bij patiënten naar gezinsverpleging verwezen

sociale onaangepastheid op basis van oligofrenie	25
ernstige persoonlijkheidsafwijking	3
chronische schizofrenie	33
manisch depressieve psychose	1
andere chronische psychotische toestanden	1
korsakoff-syndroom	1
N	64

Tabel 9:
Sociale achtergrond van patiënten naar gezinsverpleging verwezen

	ongehuwd: 44	
geen contact met familieleden 10	alleen verre familie; ouders overleden 15	afwijzend milieu 19
	gehuwd: 20	
geen contact met familieleden (wettelijk of feitelijk gescheiden) 12	weduwe zonder kinderen of verlaten van kinderen, alleen verre relaties 5	afwijzend milieu 3

Globaal blijkt de groep hoofdzakelijk samengesteld uit enigszins oudere, chronisch gehandicapten op basis van defect-chizofrenie of mentale deficiëntie, bij wie de eigen sociale achtergrond omwille van het ontbreken of de afwijzende houding van de familie weinig mogelijkheden bood. Uit vergelijking van de cijfers voor de jaren 1968 tot 1974 blijkt wel de tendens om deze mensen op jongere leeftijd en na kortere periodes van ziekenhuisverblijf naar de gezinsverpleging te verwijzen.

B *Evolutie van de naar gezinsverpleging verwezen patiënten*
In de volgende tabel wordt de globale evolutie weergegeven:

Tabel 10:
Globale evolutie van de naar gezinsverpleging overgebrachte patiënten

gestorven	2 (één zelfmoord)
teruggekeerd naar hun familie	4
terug opgenomen in psychiatrisch ziekenhuis	6
verblijven in het centraal ziekenhuis te Geel; mogelijkheden van gezinsverpleging erg bedenkelijk	3
wegens adaptatiemoeilijkheden één of meerdere verblijven in centraal ziekenhuis, gevolgd door overplaatsing naar ander gezin	18
wegens adaptatiemoeilijkheden één of meerdere verblijven in centraal ziekenhuis, zonder verandering van gezin	2
bevredigende adaptatie in gezin waar ze van meetaf geplaatst waren	29

We beschikken over geen afdoende informatie betreffende de patiënten die naar hun familie terugkeerden. Het lijkt aannemelijk dat een verhoogde tolerantie vanwege het familiaal milieu meer doorslaggevend was dan een ernstige verbetering van hun stoornissen. Voor twee patiënten die terug in het psychiatrisch ziekenhuis moesten worden opgenomen was de oorzaak te zoeken in onvoldoende kennis van de lokale taal. Dit illustreert de noodzakelijkheid hiermede rekening te houden in de selectie. De laatste

drie categorieën van tabel 10 kunnen als relatief goed geïntegreerd in de gezinsverpleging worden beschouwd. Voor deze groep (N = 49) werden zekere aspecten van hun actueel functioneren nagegaan. De gegevens hiertoe werden verstrekt door de wijkverplegers en psychiaters te Geel. Ze moeten gezien worden als enigszins gesimplificeerde globale evaluaties die niet de exactheid hebben van met micro-analytische methoden verkregen gegevens maar toch toelaten een zeker oordeel te vormen over de resultaten van de gezinsverpleging.

Tabel 11:
Symptomen en/of storend gedrag

niet manifest	6
matig	14
ernstig	29
N	49

Deze nogal negatieve gegevens zijn niet verwonderlijk als we er rekening mee houden dat in de grote meerderheid van de gevallen bij de verwijzing naar de gezinsverpleging nog ernstige stoornissen bestonden waarvan de mogelijkheden tot verbetering als minimaal beoordeeld werden. Daarbij krijgen 46 van deze 49 patiënten nog continu één of andere vorm van psychopharmacologische behandeling.

Tabel 12:
Subjectieve houding van patiënten tegenover de gezinsverpleging

voorkeur voor gezinsverpleging	29
onverschilligheid	15
voorkeur voor ziekenhuisverblijf	5
N	49

Een negatieve houding tegenover de gezinsverpleging wordt door de patiënten verklaard op basis van argumenten zoals: weinig contact met de eigen familie, verplichting tot werken, afkeer van het landelijke gemeentemilieu. De objectiviteit van deze aangehaalde redenen lijkt twijfelachtig. De interactie met de pleegmoeder wordt meestal als positief weergegeven (tabel 13). Het is treffend dat de patiënten die deze interactie als negatief bestempelen dezelfde zijn die een voorkeur voor het ziekenhuisverblijf uitdrukken. De interactie met de pleegvader is minder gedifferentieerd en wordt door de overgrote meerderheid als positief bestempeld (tabel 14). Twee van de drie patiënten die een negatief gekleurde interactie met de pleegvader signaleren, geven een analoge verhouding met de pleegmoeder aan. Het derde geval is een vrouwelijke patiënte die verklaart dat de pleegvader haar te veel plaagt; het lijkt waarschijnlijk dat een zekere sexuele angst hierbij een rol speelt.

Deze vaststellingen stemmen overeen met de besluiten van Cuvelier (1974) die de gezinsverpleging te Geel als een matriarchaal systeem bestempelt. Waar de relatie met de pleegvader meer als een, in het algemeen positief ervaren achtergrond, functioneert, lijkt de verhouding met de pleegmoeder het doorslaggevende element voor de integratie van de patiënt in de familie.

Tabel 13:
Interactie met de pleegmoeder in gezinsverpleging

positief	35
neutraal	9
negatief	5
N	49

Tabel 14:
Interactie met de pleegvader in gezinsverpleging

positief	41
neutraal	5
negatief	3
N	49

Voor factoren zoals interactie met andere personen dan de pleegouders, werkprestaties en ontspanningsmodaliteiten vinden we een gelijklopende verdeling.

Tabel 15:
Interactie van patiënten in gezinsverpleging met andere personen dan de pleegouders

geen	9
alleen met mensen in het kader van het pleeggezin (familie van het pleeggezin of andere patiënten)	34
met buitenstaanders in de gemeenschap	6
N	49

Tabel 16:
Werkprestaties van patiënten in gezinsverpleging

geen	6
in het pleeggezin	39
buiten het pleeggezin	4
N	49

Tabel 17:
Ontspanningsvormen van patiënten in gezinsverpleging

geen	5
wandelen, T.V. kijken - soms winkelen - vergezellen van pleegouders bij uitstappen of bioscoopbezoek - deelname aan excursies georganiseerd vanuit het centraal ziekenhuis	39
onafhankelijk bezoek van drankgelegenheden of bioscoop	5
N	49

De cijferverhoudingen, weergegeven in de tabellen 15, 16 en 17 suggereren dat de gemiddeld geadapteerde patiënt in deze groep, benevens met de pleegouders, tot een zekere interactie komt met personen die in nauwe relatie staan tot het pleeggezin, in zijn werkactiviteit gebonden blijft aan het pleeggezin en voor zijn ontspanning afgestemd is op wandelen, televisie kijken, winkelen,

vergezellen van de pleegouders voor uitstappen of bioscoopbezoek en excursies georganiseerd door de centrale ziekenhuisdiensten. Een beperkt aantal patiënten heeft met niemand anders dan de pleegouders contact, heeft geen werkactiviteit of/en ontspanningsvormen. Daartegenover staat een minderheid die een meer uitgesproken autonomie weet te verwerven, zich uitend in interacties, werk en ontspanning in de ruimere communauteit. Natuurlijk moeten we bij de beoordeling van deze gegevens rekening houden met het feit dat de groep bijna uitsluitend uit vrouwelijke patiënten is samengesteld.
In tabel 18 wordt weergegeven in hoeverre de patiënten met hun eigen familie het contact weten te onderhouden. Bij de helft van de gevallen is dit weinig of niet bestaande. Bij de andere helft kan dit als bevredigend worden beschouwd. Rekening houdend met de sociale achtergrond (tabel 9) kan hier moeilijk een beter resultaat verwacht worden.

Tabel 18:
Contacten met eigen familie bij patiënten in gezinsverpleging

zeldzaam bezoek door familieleden (eens per jaar)	6
regelmatig bezoek door familieleden (2–5 maal per jaar)	6
dikwijls bezoek door familieleden (> 5 per jaar)	3
regelmatig verblijf van één of meer dagen bij de eigen familie	18
N	49

Men kan zich de vraag stellen of het mogelijk is uit deze vaststellingen zekere gevolgtrekkingen af te leiden in verband met factoren die het min of meer succesvol verloop van de gezinsverpleging beïnvloeden. We kunnen veronderstellen dat hier zeer veel variabelen bij de patiënt zelf, zijn natuurlijk milieu, het pleeggezin, de algemene organisatie van de gezinsverpleging enz. tussenkomen. Gezien het beperkte aantal patiënten en het groot aantal variabelen lijkt een systematisch nagaan van bepaalde connecties ons onmogelijk. Toch is het belangwekkend te signaleren dat de diagnostische categorieën van oligofrenie en chronische schizofrenie in verhoudingen overeenstemmend met hun aandeel in de totale groep over de verschillende types van evolutie verdeeld zijn. Wat de prognose van de gezinsverpleging betreft lijken deze diagnostische entiteiten als dusdanig geen differentiëring te bieden.

C *Conclusies in verband met de gezinsverpleging te Geel voor chronische patiënten uit een psychiatrisch ziekenhuis afkomstig*

De vaststelling dat een duidelijke meerderheid (49 op 64) van de patiënten naar gezinsverpleging verwezen daar tot een min of meer geslaagde aanpassing komt illustreert de mogelijkheden van deze vorm van hulpverlening. Het is duidelijk dat deze slechts in uitzonderlijke gevallen tot een eigenlijk ontslag kan leiden en dat

de bestaande psychische stoornissen of symptomen slechts weinig beïnvloed worden. De geboekte winst ligt in de eerste plaats op het domein van het sociaal functioneren waar de meerderheid tot een zekere verrijking en differentiëring van intermenselijke contacten, activiteiten en ontspanningsvormen komt. Een kleine groep verwerft zelfs een zekere autonomie op de gebieden van menselijke interacties, arbeid en distractie. Een dergelijke evolutie kon normalerwijze voor deze patiënten niet verwacht worden bij een chronisch ziekenhuisverblijf.

In tegenstelling tot wat vaak gevreesd wordt lijken de contactnamen tussen de patiënten en hun eigen familie door de verwijzing naar de gezinsverpleging niet gehinderd. Waar dit mogelijk was, zou men zelfs eerder van een gunstige invloed op dit gebied kunnen gewagen.

Literatuur

Cuvelier, F. (1974): *De interaktie tussen psychiatrisch patiënt en Geels pleeggezin,* Psychol. Doct.thesis, Universiteit Leuven.

Geleyns, F. (1975): *Studie van de houding van familieleden van psychiatrische patiënten die in een instelling verblijven tegenover de Geelse gezinsverpleging,* Lic. Psych. Verhandeling, Universiteit Leuven.

Meeus, F. (1921): *L'histoire de la colonie de Gheel,* Anvers, De Vlijt.

Morissey, J. R. (1967): *The Care for the family Care of the Mentally Ill.,* Comm. Ment. Hlth Publ., New York.

Srole, L. en Schrijvers, J. (1972): Geel Family Care Research Project, *T. Psychiatrie,* 14; 125-135.