

# Twee jaar katamnese van een groep van 181 klinisch behandelde vrouwelijke psychiatrische patiënten\*

door J. Boersma en W.J. Hardeman\*\*

## 1 Inleiding

In 1968 werkten wij op het vrouwenpaviljoen Berkenrode in Zon en Schild. Wij vroegen ons destijds af hoe het de aldaar ontslagen patiënten zou vergaan. Onze informatie hierover bestond slechts uit toevallige mededelingen van sociaal-psychiatrische diensten. Alleen uit een verzoek om heropneming konden we afleiden dat het slecht ging. We besloten na te gaan hoe de katamnese van de ontslagen vrouwen was. Eén maal per twee maanden vroegen we inlichtingen aan sociaal-psychiatrische diensten, huisartsen, psychiaters en zo nodig aan anderen, waaronder de patiënten zelf. Van de dames die tussen 1 september 1968 en 1 september 1970 werden ontslagen, 183 in totaal, werd gedurende maximaal twee jaar na ontslag het wel en wee geregistreerd. Deze registratie werd eerder gestaakt bij heropneming in een psychiatrisch ziekenhuis of op een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (PAAZ) en, uiteraard, bij overlijden. Van alle vrouwen, of ze nu binnen twee jaar opnieuw werden opgenomen of niet, poogden wij ons een indruk te vormen over hun psychische toestand en hun sociale relaties tijdens hun verblijf in de maatschappij.

## 2 Beschrijving van de situatie in Berkenrode ten tijde van het onderzoek

Het paviljoen Berkenrode werd in 1930 als eerste verpleegafdeling van Zon en Schild in gebruik genomen. Bouwkundig toont het daarvan alle nadelen. Zo zijn de meeste patiënten aangewezen op grote dag- en slaapzalen en kunnen alleen enkele langer verblijvenden profiteren van de privacy die de vrijgekomen kamers van het vroeger inwonend personeel bieden. Destijds was er slechts

\* Uit het Psychiatrisch Centrum Zon en Schild, Amersfoort, geneesheer-directeur dr. D. Jacobs.

\*\* Resp. sociaal psychiatrisch verpleegkundige en sociaal psychiater, beiden thans werkzaam in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (resp. Bureau Geestelijke Gezondheidszorg, Min. v. Def. en S.P.D., Oostelijk Utrecht.)

een gedeeltelijke ruimtelijke en organisatorische scheiding tussen de patiënten van de opnameafdeling ( $\pm$  35 plaatsen) en die van de verblijfsafdeling ( $\pm$  100 plaatsen).

Op de peildatum van 31 december 1969 verbleven er 139 patiënten. Vergelijken met de landelijke cijfers van de Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen 1969 betreffende vrouwelijke patiënten (PPI '69), die tussen haakjes worden vermeld, verbleef 11,5% (9,4%) van de patiënten er korter dan 3 maanden; 12,9% (5,9%) 3 tot 6 maanden; 10,8% (6,8%) tot 12 maanden en 64,8% (77,9%) langer dan 1 jaar. Jonger dan 35 jaar was 15,9% (15,0%), tussen de 35 en 55 jaar 37,4% (31,6%) en ouder dan 54 jaar 46,7% (53,4%). Het percentage patiënten van 70 jaar en ouder was veel lager dan het landelijke, namelijk 4,9 (23,2), wat kan worden toegeschreven aan een aantal overplaatsingen van Zon en Schild naar Oranje Nassau's Oord te Renkum, dat als gerontopsychiatrisch ziekenhuis en verpleeghuis in gebruik werd genomen.

Naar wij menen was destijds in Berkenrode het therapeutisch klimaat niet wezenlijk verschillend van dat in andere grote psychiatrische ziekenhuizen in Nederland. Inmiddels is een aantal veranderingen doorgevoerd dat geleidelijk moet leiden in de richting van een therapeutische gemeenschap. Ook bestaat het voornemen dit paviljoen door een nieuw te bouwen afdeling te vervangen.

### **3 Beschrijving van de katamnesegroep bij ontslag**

Van de 183 patiënten verloren wij er 2 uit het oog, respectievelijk door vertrek naar het buitenland en verhuizing naar een andere stad. Deze patiënten zijn niet in de onderstaande gegevens opgenomen. De door ons na ontslag gevolgde groep verschilde wat betreft de frequentieverdeling der leeftijdsklassen nauwelijks van de in Nederland in 1969 *opgenomen* patiënten (PPI '69). Een uitzondering hierop vormt de leeftijdsklasse van 70 jaar en ouder die bij ons sterk ondervertegenwoordigd was: 4,9% tegen 16,5% landelijk. Wat de burgerlijke staat betreft waren bij ons gescheiden vrouwen oververtegenwoordigd (11,4% tegen 6,4% landelijk) en weduwen ondervertegenwoordigd (6,5% tegen 12,9% landelijk). Voorafgaande opname in een psychiatrisch ziekenhuis onderging 53,5% (52,7%) van de dames, 22,9% zelfs meer dan twee maal. Van de patiënten van onze groep verbleef 18% tevoren in een PAAZ en 11,5% in een herstellingsoord of internaat.

Uit tabel I blijkt dat de aan het ontslag voorafgegane verpleegduur geen grote verschillen toont met de landelijke cijfers al zijn daar de overledenen meegeteld.

In tabel II wordt de frequentieverdeling der diagnoses vergeleken met de landelijke gegevens volgens een door Giel (1973) gebruikte rangschikking. De diagnostische rubricering volgens de International Classification of Diseases is op het centrale punt van de PPI in Leidschendam geschied. Dementieën en neurosen zijn in onze groep ondervertegenwoordigd en schizofrenieën oververtegen-

Tabel 1:

Interval tussen ontslag en heropneming naar de eraan voorafgaande verpleegduur

verpleegduur in maanden	interval in maanden					tot.	Ned. '69*	
	0-3	3-6	6-12	12-24	24+		%	%
0-3	10	7	6	6	45	74	40,9	42,2
3-6	6	8	5	5	26	50	27,2	22,8
6-12	3	1	7	2	20	33	18,2	14,2
12-24				2	11	13	7,2	7,9
24+				1	10	11	5,5	12,9
totaal	19	16	18	16	112	181	99,0	100,0
%	10,5	8,8	9,9	8,8	61,8	99,8		

\* Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen 1969, tabel IIv, inclusief de wegens overlijden uitgeboekte patiënten.

Tabel 2:

Plaats van eventuele heropneming naar diagnose\*

	heropneming in:				sub- tot.	tot.	Ned. '69**	
	Berk.	Z&S	PsZH	PAAZ			%	%
dementie, 290	2		1		3	5	2,7	8,0
org. toestandsbeelden 292, 293, 294, 309	3				3	10	5,5	5,6
schizofrenie, 295	17		1		18	42	23,4	14,4
affectieve psychosen, 296	10			1	11	28	15,3	18,8
andere psychosen, 297, 298, 299	12	4	3	1	20	51	28,4	28,2
neurosen, 300, 305, 306, 307, 308	3				3	12	6,5	12,3
psychopathie, 301, 302	6	2			8	17	9,2	7,0
verslaving, 291, 303, 304	2				2	7	3,8	2,6
oligofrenie, 310 t/m 315	1				1	8	4,4	2,7
observatie, 793						1	0,5	0,3
totaal	56	6	5	2	69	181	99,7	99,9

\* Centrale codering Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen.

\*\* Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen 1969, tabel VI v, gecorrigeerd voor overledenen.

woordigd wat samenhangt met de speciale belangstelling die destijds in Berkenrode voor dit laatste ziektebeeld bestond. De voornaamste reden tot opneming is op de door Giel aangegeven wijze nagegaan. De verschillen die we met Giel (zijn tabel 4, 2e kolom) vonden waren gering en wezen er op dat Berkenrode zeker niet de ernstiger in hun gedrag gestoorde patiënten weerde.

## Twee jaar katamnese van een groep psychiatrische patiënten

Tabel 3:

Woonsituatie bij ontslag, naar het al dan niet binnen 2 jaar weer opgenomen worden

	heropneming			Ned. '69*		
	ja	nee	totaal	%	%	
huis	familie	49	70	121	66	78
	solitair	15	15	30	16	
baan intern/kosthuis		1	4	5	3	4
pensiontehuis		4	11	15	8	8
inrichting			12	12	7	6
anderszins				0	0	4
totaal		69	112	181	100	100

\* Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen 1969, tabel VI v, gecorrigeerd voor overledenen.

Tabel III toont de woonsituatie na ontslag die nauwelijks verschilde van de landelijke. Wij gaven er de voorkeur aan het wonen in eigen huis nog onder te verdelen in een rubriek 'solitair' en een rubriek 'familie' omdat dit verschil zou kunnen uitmaken. Wij gebruiken het woord 'pensiontehuis' voor die beschuttende woonvormen waar men in een relatief kleine groep (maximaal 20 personen) onder enige leiding en doorgaans werkend in de maatschappij tijdelijk of blijvend een huis vindt. Andere benamingen, die niet geheel dezelfde betekenis hebben, zijn 'half-way house', 'psychiatrisch hostel' en 'gezinsvervangend tehuis'. Wij hebben deze instituten onder het begrip 'pensiontehuis' gerangschikt. Onder 'inrichtingen' verstaan we instituten die tenminste een 24-uurs verpleegkundige zorg bieden. Zowel verpleeghuizen als psychiatrische ziekenhuizen vallen hier dus onder.

### 4 De katamnese

In het onderstaande wordt met 'interval' de periode bedoeld die verloopt tussen het ontslag en het staken van de katamnese, dus tot een heropneming plaats vindt of tot de twee jaar verstreken zijn.

Twee patiënten overleden aan een carcinoom na respectievelijk 3 en 12 maanden terwijl er twee bejaarden overleden in een verpleeghuis na respectievelijk 12 en 18 maanden. Ofschoon deze patiënten dus korter 'at risk' waren hebben we ze toch in de rubriek 'interval langer dan 2 jaar' opgenomen omdat er geen heropneming plaats vond. Suicides vonden binnen het interval niet plaats. Uit tabel I blijkt dat 69 (38%) van de 181 patiënten binnen 2 jaar opnieuw werden opgenomen: binnen 3 maanden 10,5%, binnen 6 maanden 19,3% en binnen 12 maanden 29,2%. Van de langer dan 1 jaar verpleegden (24) werden er slechts 3 opnieuw opgenomen, wat samenhangt met het feit dat deze patiënten zelden naar huis werden ontslagen maar meestal naar een pensiontehuis of een

inrichting (zie ook tabel III).

Tabel II laat zien dat de kans op heropneming tussen de 3 groepen van functionele psychosen niet erg uiteenliep. Voor schizofrenie was deze kans 18 op 42 (43%), voor affectieve psychosen 11 op 28 (40%) en voor andere psychosen 20 op 51 (40%). Voorts blijkt uit deze tabel dat 62 van de 69 heropnemingen in Zon en Schild plaats vonden. Uit tabel III blijkt dat uit een inrichting geen enkele heropneming plaats vond en dat uit een pensiontehuis slechts 4 van de 15 patiënten opnieuw werden opgenomen. Het solitair wonen blijkt minder kans op een interval van langer dan 2 jaar te bieden dan het wonen in familieverband. Onafhankelijk van elkaar beoordeelden we de sociale relaties en de psychische toestand. Een overeenstemming wat betreft beide aspecten hadden we in 75 van de 181 gevallen (41%). Ons oordeel stemde beter overeen naarmate er weinig wisselingen in de situatie waren en er meer informatie beschikbaar was. Bij 64 van de 75 gevallen van complete overeenstemming was er een interval van langer dan twee jaar. In 30 gevallen stemde de beoordeling noch wat sociale relaties noch wat psychische toestand betreft overeen. Deze patiënten leefden in een sterk wisselende situatie, er was weinig informatie beschikbaar en slechts 14 hadden een interval van langer dan twee jaar. Met het begrip 'sociale relaties' bedoelen we de mate waarin de patiënten er in slaagden een bevredigend niveau van functioneren te bereiken in de maatschappij als zodanig en in het eigen milieu in het bijzonder. Het begrip komt overeen met wat van Bork (1964) 'sociale aanpassing' noemt, een term die de Jonghe (1974) ook gebruikt. Met 'psychische toestand' bedoelen we de stand van zaken rond het psychiatrisch toestandsbeeld. De Jonghe (p. 17) noemt als een realistisch doel van een psychiatrische behandeling dat de patiënt 'een aanvaardbaar niveau van symptomen' vertoont. Beide 'grootheden' zijn gedurende een periode die twee jaar kan duren aan wisselingen onderhevig hetgeen de beoordeling zeer kan bemoeilijken.

De sociale relaties werden door ons in 20% der gevallen als goed beoordeeld, in 38% der gevallen als matig en in 6% der gevallen als slecht terwijl we het in de overige 36% der gevallen niet eens waren. Wat betreft de psychische toestand waren de percentages voor goed, matig en slecht respectievelijk 28, 26 en 9 terwijl in de overige 37% der gevallen geen overeenstemming bestond. Een als 'goed' beoordeelde psychische toestand kon soms samengaan met als 'slecht' beoordeelde sociale relaties, ook het omgekeerde kwam voor. Ook van Bork en de Jonghe beschrijven deze ervaring. De sociaal-psychiatrische begeleiding na ontslag geschiedde bij 70% der patiënten voor kortere of langere tijd door een sociaal-psychiatrische dienst, bij 10% door een zelfstandig werkend zenuwarts, bij 15% door de polikliniek van Zon en Schild en slechts bij 3% door de huisarts. Opvallende verschillen in de frequentie van heropneming werden niet gevonden tenzij men het feit dat geen van de patiënten die uitsluitend door de huisarts werden begeleid binnen 2 jaar opnieuw werd opgenomen als zodanig wil kenmerken.

Van de patiënten werkte 50% als huisvrouw. In het 'vrije bedrijf' werkte 17%, terwijl 9% werk verrichtte onder beschuttende omstandigheden. De overigen, 24%, werkten helemaal niet.

## 5 Discussie

Ofschoon dit onderzoek valt onder de 'niet-systematische, informatieve, follow-up studies' (Smith en Levey, 1966, geciteerd door de Jonghe), menen we toch een groter publiek met deze gegevens te mogen confronteren. Onder 3. trachtten we aan te tonen dat onze groep weinig afwijkt van de Nederlandse vrouwelijke psychiatrische patiënten zoals die door de PPI '69 worden beschreven. Als onze uitkomsten als representatief voor de Nederlandse situatie mogen worden beschouwd zijn ze schokkend.

Immers: 69 van de 181 ontslagen patiënten werden binnen twee jaar weer opgenomen. Als we de overledenen (4) en de personen die naar een andere inrichting gingen ( $12-2=10$ ) er af trekken werden 69 van de 157 patiënten, of bijna 44%, binnen twee jaar weer opgenomen. Als we dan vermelden dat ook na 2 jaar nog steeds mensen uit de katamnesegroep een heropneming ondergingen dan is het duidelijk dat een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis vaak slechts de intramurale fase van een zeer langdurig psychisch lijden is. De Jonghe citeert May en Tuma (1965) die er op wijzen dat de verbetering van de prognose voor de ontslagen psychiatrische patiënten op dit ogenblik minder binnen de kliniek dan er buiten moet worden gezocht. Het woord 'nazorg' voor deze sociaal-psychiatrische activiteit is dan ook minder juist. Dit werken aan een verbetering van de prognose buiten de psychiatrische kliniek is natuurlijk niet het monopolie van sociaal-psychiatrische diensten zoals wij in onze formulering van de voorlaatste alinea van 4. trachtten duidelijk te maken. Dat een interval van langer dan twee jaar als een therapeutisch succes kan worden beschouwd is helaas lang niet altijd waar. Dit willen wij aan de hand van de volgende sociaal-psychiatrische dilemma's verduidelijken.

Mej. A., oud 22 jaar, werd, na een jaar zonder veel succes behandeld te zijn wegens angsten, affectieve vervlakking en verwardheid, door haar debiele moeder mee naar huis genomen. De eerste drie maanden na het ontslag hielp zij haar moeder enigszins met het huishouden. Sedertdien ligt zij, hoewel lichamelijk gezond, de gehele dag op bed. Ofschoon deze toestand nu 3 jaar voortduurt wil moeder, ondanks intensieve bemoeienis van de sociaal-psychiatrische dienst met het gezin, niet meewerken aan een heropneming.

Mej. B., oud 24 jaar, was al tweemaal eerder klinisch psychiatrisch behandeld toen zij in Berkenrode werd opgenomen wegens toenemende verwardheid, impulsieve agressieve handelingen en acustisch hallucineren. Na drie maanden, toen de meest storende psychotische verschijnselen geweken waren, namen haar ouders haar mee naar huis. Zij konden zich niet verenigen met onze pogingen de symbiotische banden, die zij met hun dochter hadden, te staken. Ofschoon mej. B. erg verward bleef, niets uitvoerde en nu en dan enig huisraad vernielde, weigerden haar ouders hun medewerking aan een heropneming.

Het is mogelijk dat onze bevindingen niet representatief zijn voor de Nederlandse situatie, maar een stuk slechter. Dit kunnen wij pas beoordelen als de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid ook de katamnestiche gegevens van de PPI publiceert. Elke opgenomen patiënt krijgt een persoonsnummer dat in de PPI wordt opgenomen zodat heropneming bij de PPI bekend moet worden als deze tenminste in een psychiatrisch ziekenhuis geschiedt. Wij menen dat de intervallen, in de zin zoals wij die nagegaan hebben, derhalve bekend moeten zijn. Als deze gegevens bekend waren zou ook kunnen worden nagegaan of een benadering volgens de idealen van de therapeutische gemeenschap tot betere resultaten leidt. Het enige ons bekende Nederlandse katamnestiche onderzoek van recente datum is dat van de Jonghe. Hij vond dat 34% van de door hem onderzochte cohort van mannelijke en vrouwelijke patiënten uit de Psychiatrische Kliniek van het Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (Wilhelmina Gasthuis) zich binnen één jaar na ontslag niet bleek te kunnen handhaven. (p. 66) Tellen wij in zijn onderzoek degenen die zich suicideerden (3) en degenen die in feite weer werden opgenomen (101) op dan komen we op een percentage van  $(104 : 345 \times 100 =) 30$ . Dit laatste percentage is vergelijkbaar met ons onderzoek (zie tabel I).

In onze groep werden, als we overledenen en degenen die naar een andere inrichting werden overgeplaatst buiten beschouwing laten, 53 van de 157 patiënten binnen één jaar weer opgenomen, dat is 34%. Dat 62 van de 69 heropnemingen in Zon en Schild plaats vonden kan positief gewaardeerd worden. Anderzijds zou men kunnen spreken over een 'gesloten circuit' in de beklemmende betekenis dat je er blijkbaar moeilijk meer uitkomt als je er eenmaal in terecht bent gekomen.

## 6 Samenvatting

Een groep van 181 vrouwelijke psychiatrische patiënten werd na ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis gedurende maximaal twee jaar gevolgd.

In 20% der gevallen werden de sociale relaties als goed beschouwd, in 28% der gevallen de psychische toestand. In 38% der gevallen vond binnen twee jaar heropneming plaats. Wanneer we de overledenen en degenen die naar een inrichting werden ontslagen buiten beschouwing laten vond in 44% der gevallen binnen twee jaar heropneming plaats.

De schrijvers delen de mening van de Jonghe (1974) dat klinische behandeling vaak weinig aan een verbetering van de prognose bijdraagt. Desondanks is de klinische behandeling alleen al uit humanitaire overwegingen een onmisbare schakel in de keten der voorzieningen ten behoeve van de psychiatrische patiënt.

**Noot**

De schrijvers betuigen hun dank aan dr. M. van Rhijn voor zijn medewerking aan het onderzoek en aan de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid voor de toestemming om gegevens van de Patiëntenregistratie Psychiatrische Inrichtingen te publiceren.

**Literatuur**

van Bork, J. J., *Prognose en Baat*, Academisch Proefschrift, Amsterdam, 1964, uitgeverij Erven J. J. Bijleveld, Utrecht.

Giel, R., Over de opname van psychiatrische patiënten, in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 15 (1973), 110-124.

de Jonghe, F., *Terug van weggeweest*, 1974, Uitgeverij Boom, Meppel.

May, P. R. A. en Tuma, A. H., Treatment of Schizophrenia. An experimental study of five treatment methods, in: *Brit. J. Psychiat.* 111 (1965), 503-510.

Smith, C. M. en A. B. Levey, The follow-up study in psychiatry, in: *Dis. Nerv. Syst.* 27 (1966), 595-599.