

Profijt van wonen in het verzorgingshuis voor ouderen met een psychiatrische achtergrond

M.F.I.A. DEPLA, A.J. POLS, C.H.M. SMITS, J. DE LANGE

SAMENVATTING Het artikel doet verslag van een exploratief onderzoek naar de effectiviteit en waarde van opname in het verzorgingshuis voor ouderen met een psychiatrische achtergrond. Het onderzoek vond plaats in zes huizen bij 136 ouderen. Effectiviteit is afgemeten aan veranderingen in gedragsproblematiek en redzaamheid gedurende een periode van één jaar aan het begin van de opname. Op beide uitkomstmaten gingen de bewoners er gemiddeld iets op achteruit. De waarde van opname in het verzorgingshuis is beoordeeld door de verzorgende en de behandelaar van de bewoner en bestond uit drie dimensies: de mogelijkheid om een eigen leven, een groepsleven en een zo gewoon mogelijk leven te leiden. Voor elke dimensie gold dat zij voor ongeveer 50% van de bewoners een belangrijke waarde vertegenwoordigde. Multivariate regressieanalyses toonden aan dat een opname in het verzorgingshuis niet voor alle ouderen met een psychiatrische achtergrond even succesvol was (bewoners met dementie, met een andere stoornis met een organische component en met schizofrenie scoorden relatief slecht) en dat in sommige projectvormen betere resultaten werden geboekt dan in andere (projecten onder regie van een GGZ-instelling scoorden relatief goed). Geconcludeerd wordt dat er meer onderzoek gedaan moet worden naar de determinanten van goede opvang voordat men ertoe overgaat ouderen met een psychiatrische achtergrond op grote schaal in verzorgingshuizen te plaatsen. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 9, 509-517]

TREFWOORDEN chronische psychiatrie, ouderen, vermaatschappelijking

In het kader van de vermaatschappelijking van de GGZ openen steeds meer verzorgingshuizen hun deuren voor ouderen met een psychiatrische achtergrond (Depla 1996). Er is echter nog geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit en waarde van het verzorgingshuis voor ouderen met psychische problemen die het psychiatrisch ziekenhuis (APZ) niet (meer) nodig hebben, maar zich niet zelfstandig kunnen redden. In de volwassenpsychiatrie zijn diverse projecten op de grens van GGZ en maatschappij wetenschappelijk onderzocht (Wennink 1989; Henkelman & De Ruiters 1991; Kaasenbrood e.a. 1991; Henkelman e.a. 1995). De belangrijkste conclusie is dat het uit medisch oogpunt niet onverantwoord is om

patiënten naar gedeconcentreerde locaties te laten verhuizen, maar dat het louter verplaatsen van APZ-zorg onvoldoende is om maatschappelijke integratie tot stand te brengen (Henkelman 1994). Het onderhavige onderzoek kan men zien als een eerste voorbeeld van evaluatieonderzoek op het gebied van de vermaatschappelijking van de ouderenpsychiatrie.

Eerder hebben wij gepubliceerd over wie de nieuwe bewoners van het verzorgingshuis zijn (Depla & Pols 1997; Depla e.a. 1999) en welke vormen van zorg worden aangeboden (Depla e.a. 1998). Tot de deelnemers behoren zowel ouderen met een recent ontstane stemmings- of waanstoornis, als ouderen met reeds lang bestaande

aandoeningen zoals schizofrenie. Weer andere deelnemers zijn dementerend of lijden aan een andere stoornis met een organische component (bijvoorbeeld zwakbegaafdheid). De hulpverleningsgeschiedenis varieert van een jarenlange opname in een psychiatrisch ziekenhuis tot géén GGZ-bemoeienis. Wat betreft het zorgaanbod bestaan er verschillen in de manier van wonen (bij elkaar op één afdeling of verspreid door het huis) en in de regie over de zorg (in handen van een GGZ-instelling of van het verzorgingshuis). In de projecten waar de GGZ-instelling de regie heeft, zijn de deelnemers formeel patiënten van de GGZ-instelling; dat betekent dat de GGZ-instelling verantwoordelijk is voor alle zorg die de patiënt nodig heeft. In de projecten waar het verzorgingshuis de regie voert, staan de ouderen ingeschreven als bewoners van het verzorgingshuis en moet de psychiatrische zorg in samenwerking met GGZ-instellingen in de regio worden gerealiseerd.

In dit artikel gaan we na voor welke ouderen en onder welke condities het verzorgingshuis een geschikte woonvorm is. Onze onderzoeksvragen waren: (1) Wat is de effectiviteit en waarde van een opname in het verzorgingshuis voor ouderen met een psychiatrische achtergrond?; (2) Voor welke ouderen met een psychiatrische achtergrond is een opname in het verzorgingshuis effectief en waardevol?; (3) Zijn de condities waaronder de ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis wonen van invloed op de effectiviteit en waarde van de opname?

METHODE

Onderzoeksofzet

Wij hebben bovenstaande vragen bestudeerd in een exploratief onderzoek bij zes projecten met in totaal 136 ouderen.

Als maat voor de effectiviteit van een opname hebben wij veranderingen in gedragsproblemen en in redzaamheid genomen. De veranderingen zijn gemeten door de verzorgenden op

twee meetmomenten een vragenlijst te laten invullen. Het eerste meetmoment vond plaats tussen twee maanden voor de opname tot één jaar erna. Het tweede meetmoment was een jaar later.

De waarde van een opname in het verzorgingshuis hebben wij omschreven als de mate waarin de faciliteiten van het verzorgingshuis aan de bewoners zijn besteed. Deze uitkomstmaat is uitsluitend op het tweede meetmoment vastgesteld. Vanwege het subjectieve karakter van de beoordeling is de betreffende vragenlijst voor elke bewoner door een verzorgende en een behandelaar ingevuld.

Om de effectiviteit en waarde uit bewoners- en zorgaanbodkenmerken te kunnen verklaren, zijn bij de eerste meting gegevens over mogelijke predictoren verzameld. Wat betreft de bewonerskenmerken (tweede onderzoeksvraag) hebben de behandelaars een opgave van de psychiatrische diagnose(s) van de bewoners gedaan. Wat betreft de zorgaanbodkenmerken (derde onderzoeksvraag) hebben de onderzoekers semi-gestructureerde interviews met de projectleiders gehouden. Deze interviews duurden ruim een uur.

Selectie van projecten en respondenten

Een inventarisatie bij aanvang van het onderzoek (1994) leverde tien bestaande en voorgenomen projecten op. Wij hebben hieruit zes projecten geselecteerd die een goede afspiegeling vormden van de diversiteit van de projecten qua opzet, bewonersaantallen, regio en samenwerkingspartners.

Voor het onderzoek kwamen alle bewoners in aanmerking die op het moment van onderzoek voor één van de zes projecten waren geïndiceerd of er reeds aan deelnamen ($n = 146$). In het eerste geval betrof het bewoners die aan een project zouden gaan deelnemen dat op het punt stond van start te gaan ($n = 87$). In het tweede geval betrof het bewoners die aan een project deelnamen dat al enige tijd (maximaal één jaar) functioneerde ($n = 59$).

Tien bewoners (7%) weigerden toestemming. Op het eerste meetmoment namen dus 136 bewoners deel aan het onderzoek. Op het tweede meetmoment bleken 24 bewoners overleden en 22 bewoners ontslagen. Van de 136 onderzochten is 72% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 78 jaar.

De vragenlijst voor de verzorgende (gedragsproblemen, redzaamheid, waardeoordeelen) werd ingevuld door degene die de bewoner het beste kende (persoonlijk begeleider, contactverzorgende). De respondenten waren afkomstig uit verschillende disciplines: psychiatrisch verpleegkundige, ziekenverzorgende, bejaardenverzorgende en een enkele keer bejaardenhelpende.

De vragenlijst voor de behandelaar (psychiatrische diagnose, waardeoordeelen) werd ingevuld door degene die toegang had tot het medisch dossier van de bewoner. In twee projecten droeg een arts (huisarts en verpleeghuisarts) de eindverantwoordelijkheid voor de zorg. In de andere vier projecten hadden de bewoners hun eigen huisarts en al dan niet een eigen RIAGG-behandelaar. In deze projecten hebben wij het afdelingshoofd of de projectleider gevraagd de lijst in te vullen. Als gevolg hiervan lopen de disciplines van de respondenten uiteen: arts (89x), psychiatrisch verpleegkundige (17x), andere discipline (21x).

Meetinstrumenten

Uitkomstmaten De gedragsproblemen zijn gemeten met de Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric (GIP) (Verstraten & Van Eekelen 1987). Deze schaal bestaat uit 82 items, met elk vier antwoordcategorieën die verwijzen naar de frequentie waarin het betreffende gedrag voorkomt. De betrouwbaarheid is goed (eerste meting Cronbach's $\alpha = .95$, tweede meting Cronbach's $\alpha = .96$).

Redzaamheid is opgevat als zelfstandigheid in het uitvoeren van allerlei dagelijkse levensverrichtingen. Het begrip is gemeten met een lijst die de behoefte aan hulp inventariseert bij 18 dagelijkse activiteiten, variërend van basale taken op het gebied van de zelfverzorging tot meer complexe taken als het aangaan en onder-

houden van sociale contacten (zie Depla & Pols 1997). De antwoordcategorieën betreffen de mate van benodigde hulp (geen, enige, veel, volledig). De betrouwbaarheid is voor beide metingen goed (resp. $\alpha = .96$ en $\alpha = .97$).

De waarde van wonen in het verzorgingshuis voor de bewoner is vastgesteld door aan de verzorgenden en behandelaars zes mogelijke voordelen van het verzorgingshuis voor te leggen, met het verzoek het belang ervan voor de bewoner aan te geven. De voordelen zijn: met andere mensen in een groep wonen; met 'gewone' ouderen in één huis wonen; in de stad wonen; een eigen appartement hebben; in een huis wonen met aangepaste voorzieningen voor ouderen; in een voor ouderen normale omgeving wonen (niet stigmatiserend). De antwoordmogelijkheden variëren van helemaal niet belangrijk tot heel belangrijk (4-puntsschaal). Daarnaast is gevraagd de waarde van het project voor de bewoner in een rapportcijfer (1 tot 10) uit te drukken.

Predictoren – bewonerskenmerken De behandelaar van de ouderen is gevraagd welke psychiatrische diagnose bij de bewoner is gesteld. Het ging om een voorgestructureerde vraag met negen psychiatrische stoornissen en een restcategorie die op de bewoner al dan niet van toepassing konden zijn. Gemiddeld zijn per bewoner bijna twee diagnoses genoemd. In de analyses betrekken wij uitsluitend de diagnoses die relatief veel voorkwamen: schizofrenie (19%), waanstoornis (19%), stemmingsstoornis (50%), persoonlijkheidsstoornis (21%), dementiesyndroom (21%) en de restcategorie (19%). In deze laatste categorie kwamen veel diagnoses voor met een organische component: zwakbegaafdheid, Chorea van Huntington, organische persoonlijkheidsverandering bij Parkinson, recidiverend delier, encefalopathie na tentamen suïcidiï en apathisch/regressief toestandsbeeld ten gevolge van epileptische insulden.

Predictoren – zorgaanbodkenmerken De interviews met de projectleiders resulteerden in twee variabelen waarop de belangrijkste organisatori-

sche verschillen tussen de projecten konden worden getypeerd: regie over de zorg en manier van wonen (zie Depla e.a. 1998). In de onderzoeksgroep zitten twee huizen waar de ouderen als patiënten van een GGZ-instelling verblijven (regie GGZ) en vier huizen waar de ouderen als bewoners van het verzorgingshuis staan ingeschreven (regie verzorgingshuis). In eerstgenoemde groep wonen de GGZ-bewoners bij elkaar op één afdeling, in laatstgenoemde groep komen twee woonvarianten voor: bij elkaar op één afdeling (twee huizen) en verspreid door het huis (twee huizen).

Analyse

Verandering in gedragsproblemen en redzaamheid is uitgedrukt in het ruwe verschil tussen de score op de tweede meting en de eerste meting (=d). De betrouwbaarheid van de verschillen is goed: Cronbach's alpha van d(gedragsproblemen) is .85 en van d(redzaamheid) .88 (Van den Brink 1998, p. 82).

Om het aantal waardeoordelen te beperken, is een factoranalyse uitgevoerd op de twaalf items over de voordelen van het verzorgingshuis (zes van verzorgenden en zes van behandelaars). Deze resulteerde in vier waarden (=w; verklaarde variantie 73%): w(een eigen leven kunnen leiden) ($\alpha = .78$); w(een groepsleven kunnen leiden) ($\alpha = .68$); w(een zo gewoon mogelijk leven kunnen leiden) ($\alpha = .82$) en w(in een fysiek passende omgeving kunnen wonen) ($\alpha = .58$). Twee factoren bevatten items van zowel de verzorgenden als de behandelaars (w(groepsleven), w(fysiek passende omgeving)); de andere twee factoren zijn perspectiefgebonden (w(eigen leven) bevat uitsluitend uitspraken van de verzorgenden, w(gewoon leven) uitsluitend van de behandelaars). Vanwege de lage betrouwbaarheid blijft de factor over de fysieke omgeving buiten beschouwing.

Voor de beantwoording van de tweede en derde onderzoeksvraag zijn een aantal multivariate regressieanalyses (methode: enter) uitgevoerd, waarin zowel de bewonerskenmerken als

de zorgaanbodkenmerken als predictorvariabelen zijn opgenomen. Op deze manier krijgt men zicht op de unieke bijdrage van beide categorieën kenmerken op de uitkomsten.

RESULTATEN

Effectiviteit en waarde

In verband met overlijden en ontslag konden de verzorgenden op het tweede meetmoment (T2) maar 90 bewoners van de oorspronkelijke 136 observeren. De reden voor ontslag was bij 14 bewoners een verslechtering in functioneren (overplaatsing naar verpleeghuis of APZ) en bij drie een verbetering (overstap naar zelfstandiger woonruimte). Van de overige vijf uitvallers is onduidelijk hoe hun 'ontslag' geïnterpreteerd moet worden (drie hadden zich op eigen initiatief uit het project teruggetrokken en twee bleken nooit te zijn toegetreden).

Op beide verschillen is sprake van een klein negatief effect. De bewoners hebben meer gedragsproblemen gekregen (gemiddelde = $-.08$, $sd = .31$) en zijn meer aangewezen geraakt op hulp bij het dagelijks functioneren (gemiddelde = $-.23$, $sd = .63$). De verschillen zijn in beide gevallen statistisch significant (gedragsproblemen $t = 2.45$, $df = 87$, $p = .016$ en redzaamheid $t = 3.42$, $df = 86$, $p = .001$).

De bewoners die tussen T1 en T2 uit het project zijn ontslagen, doen wel mee aan het onderzoek naar de waarde van opname voor de bewoner ($n = 112$). De beoordelaars hebben bij hen de periode vanaf T1 tot het moment van ontslag in overweging genomen. Slechts de helft van de mensen profiteert volgens hun verzorgenden van de mogelijkheid om in het verzorgingshuis een eigen leven te leiden (onder andere: gebruikmaken van de stad en van het eigen appartement). De behandelaars komen tot een vergelijkbaar oordeel over de mogelijkheid om een zo gewoon mogelijk leven te leiden (naast bovenstaande aspecten ook: met gewone ouderen in één huis en in een niet-stigmatiserende omge-

ving wonen). Aan 55% van de ouderen zouden de voordelen van een groepsleven in het verzorgingshuis zijn besteed.

De verzorgenden en behandelaars hebben ten slotte ook een integraal oordeel uitgesproken over de waarde van het project voor de bewoner. De rapportcijfers van de verzorgenden zijn als volgt: 33% goed (cijfer 8 t/m 10), 51% voldoende (cijfer 6 en 7) en 17% onvoldoende (cijfer 1 t/m 5). De behandelaars zijn iets positiever: 44% goed, 34% voldoende en 22% onvoldoende. De overeenstemming tussen beide oordelen is vrij laag: Cohen's kappa is .33.

Verklaring van de uitkomstmaten uit bewonerskenmerken

In tabel 1 staan twee regressiemodellen die de effectiviteit (d(gedragsproblemen) en d(redzaamheid)) vanuit de psychiatrische stoornissen van de bewoners verklaren. Daaruit blijkt dat het dementiesyndroom een goede voorspeller is van het scoreverloop op de GIP. In vergelijking met andere bewoners krijgen de bewoners met een dementiesyndroom in de loop van de opname meer gedragsproblemen. Een tweede voorspeller is de restcategorie overige organische stoornissen. Deze stoornissen geven een ongunstig beloop te zien, zowel wat betreft gedragsproblematiek als wat betreft redzaamheid.

Kijken we naar de voorspellende waarde van psychiatrische diagnostiek voor de waardeoordelen en de rapportcijfers (tabel 2), dan zien we dat de beoordelaars kritisch zijn over de waarde van de projecten voor bewoners met de diagnose schizofrenie. De voordelen van een groepsleven en een zo gewoon mogelijk leven zijn minder aan hen besteed dan aan bewoners zonder deze diagnose. Het rapportcijfer van de behandelaars ligt voor bewoners met schizofrenie bovendien ruim een punt lager. Ook de categorie overige organische stoornissen is in de visie van de beoordelaars negatief geassocieerd met een profijtelijke opname. Bewoners met deze stoornissen hebben relatief weinig belang bij de voordelen van het ver-

TABEL 1		De voorspelling van d(gedragsproblemen) en d(redzaamheid) vanuit bewonerskenmerken (psychiatrische diagnoses) en zorgaanbodkenmerken (regie en manier van wonen); regressiegewichten (b's) en standaardfouten (SEb's)			
		d(gedragsproblemen)		d(redzaamheid)	
		b	SEb	b	SEb
Predictorvariabelen					
Schizofrenie		-.09	.09	-.06	.20
Waanstoornis		-.13	.09	.02	.20
Stemmingsstoornis		-.01	.07	-.19	.16
Persoonlijkheidsstoornis		.04	.08	.10	.17
Dementiesyndroom		-.24	.11**	-.17	.25
Overige organische stoornissen					
GGZ-regie		-.16	.09*	-.61	.18**
Op afdeling wonen		.27	.09**	.24	.21
Op afdeling wonen		-.02	.09	.15	.20
Confounder					
Score op voormeting		.29	.09**	.13	.12
Intercept		-.25	.11	-.32	.21
R ²		.25		.15	
n		88		87	

* p < .10; ** p < .05

Alle predictorvariabelen zijn dummy's. Een positief regressiegewicht betekent dat de aanwezigheid van het betreffende kenmerk geassocieerd is met een verbetering in functioneren (afname gedragsproblemen, toename redzaamheid).

zorgingshuis die verwijzen naar een zo gewoon mogelijk leven en ook zij krijgen een relatief slecht rapportcijfer van de behandelaars. Ten slotte komen de verzorgenden in hun rapportcijfer tot de slotsom dat de projecten minder waarde hebben voor bewoners met de diagnose dementiesyndroom.

TABEL 2

De voorspelling van w(eigen leven), w(groepsleven), w(zo gewoon mogelijk leven), rapportcijfer verzorgenden en rapportcijfer behandelaren vanuit bewonerskenmerken (psychiatrische diagnoses) en zorgaanbodkenmerken (regie en manier van wonen); regressiegewichten (b's) en standaardfouten (SEb's)

	w(eigen leven)		w(groepsleven)		w(gewoon leven)		Rapportcijfer verzorgenden		Rapportcijfer behandelaren	
	b	SEb	b	SEb	b	SEb	b	SEb	b	SEb
Schizofrenie	-.33	.25	-.47	.25*	-.35	.07*	-.50	.51	-1.15	.57**
Waanstoornis	-.23	.22	.01	.22	.16	.18	-.74	.45	-.31	.50
Stemmingsstoornis	-.16	.20	.02	.19	-.21	.15	-.26	.40	-.69	.44
Persoonlijkheidsstoornis	-.12	.20	-.00	.19	.03	.16	-.25	.41	-.41	.45
Dementiesyndroom	-.32	.25	.15	.24	-.17	.20	-1.39	.50**	-.61	.56
Overige organische stoornissen	-.22	.24	-.32	.23	-.64	.19**	-.79	.49	-1.29	.53**
GGZ-regie	1.08	.24**	.69	.23**	1.26	.19**	.63	.49	1.63	.53**
Op afdeling wonen	-.32	.24	.48	.23**	-.73	.19**	.36	.49	-.54	.53
Intercept	2.88	.26	2.20	.25	3.01	.20	7.01	.54	7.94	.57
R ²	.26		.16		.43		.15		.18	
n	105		101		101		105		101	

* $p < .10$; ** $p < .05$

Alle predictorvariabelen zijn dummy's. Een positieve relatie tussen onafhankelijke en afhankelijke variabele betekent dat bij een positieve score op de onafhankelijke variabele het oordeel van de respondent hoger uitvalt.

Verklaring van de uitkomstmaten uit kenmerken van het zorgaanbod

Van de twee kenmerken die het zorgaanbod typeren, blijkt de regievariabele de grootste voorspellende waarde te hebben. Dat geldt om te beginnen voor het beloop van de gedragsproblematiek. Deelnemers aan projecten onder regie van de GGZ hebben een voorsprong ten opzichte van de deelnemers aan de andere projecten (tabel 1). Daarnaast zijn alle drie de voordelen van wonen in het verzorgingshuis beter besteed aan bewoners die onder GGZ-regie in het verzorgingshuis wonen, dan aan bewoners die direct onder regie van het verzorgingshuis staan (eerste

drie kolommen van tabel 2). Ten slotte delen de behandelaars van de GGZ-projecten hogere rapportcijfers uit.

Ook de manier van wonen heeft invloed op de resultaten. Deze heeft geen effect op de objectief meetbare gedragsveranderingen van de bewoners, maar wel op de mate waarin de voordelen van het verzorgingshuis door de bewoners worden benut. Voor de bewoners die bij elkaar op een afdeling wonen, scoort w(groepsleven) hoger, voor de bewoners die verspreid door het huis wonen w(gewoon leven) (tabel 2).

DISCUSSIE

De centrale vraag van dit artikel luidde: wat is de effectiviteit en waarde van het verzorgingshuis als maatschappelijke woonvorm voor ouderen met een psychiatrische achtergrond, en bij welke ouderen en onder welke condities worden de beste resultaten gehaald?

Gemiddeld zijn de bewoners in de loop van een jaar opname in het verzorgingshuis iets slechter gaan functioneren. De resultaten zijn geflatteerd, omdat de gedragsveranderingen van de bewoners die tijdens de onderzoeksperiode zijn overgeplaatst naar een verpleeghuis of APZ, er niet in zijn verdisconteerd. Bij de interpretatie doet zich het gemis van een controlegroep voelen. Wij weten niet hoe de ouderen het gedaan zouden hebben op een ouderenafdeling voor langdurige zorg van een APZ of in andere voorzieningen waar ouderen tot op heden gewoonlijk worden opgevangen (regulier verzorgingshuis of een reguliere RIBW). In dit onderzoek is gekozen voor het bestuderen van de verschillende opvangvormen binnen het verzorgingshuis en niet voor de vergelijking van het verzorgingshuis met reeds bestaande voorzieningen.

Het is duidelijk geworden dat de meerwaarde van het verzorgingshuis niet voor iedereen een vanzelfsprekende zaak is. Het wonen met 'gewone' ouderen, in een maatschappelijker omgeving dan een APZ-terrein, en met de beschikking over een eigen appartement vertegenwoordigt niet voor alle ouderen een belangrijke waarde volgens de verzorgenden en behandelaren. Wij onderscheidden drie vormen van meerwaarde die elk maar voor ongeveer 50% van de bewoners van belang werden geacht.

Drie groepen bewoners bleken relatief weinig van een opname in het verzorgingshuis te profiteren: bewoners met een dementiesyndroom, bewoners met een niet-dementiële organische stoornis en bewoners met de diagnose schizofrenie. Voor laatstgenoemde bewoners betroffen de ongunstige resultaten uitsluitend de waardeoordelen. Wanneer we daarbij in acht

nemen dat de bewoners met schizofrenie op de voormeting juist opvielen door de relatieve afwezigheid van problemen (zie Depla & Pols 1997), dan zijn zij op grond van hun gedrag en redzaamheid niet gecontraïndiceerd voor een verhuizing naar het verzorgingshuis. Maar er bestaan wel twijfels – of teleurstellingen – over de meerwaarde van het verzorgingshuis ten opzichte van het psychiatrisch ziekenhuis voor deze groep.

Projecten die onder regie van de GGZ worden uitgevoerd, boekten betere resultaten dan die onder regie van het verzorgingshuis plaatsvonden. Voorzover het om de waardeoordelen gaat, is de interpretatie van deze samenhangen voor meerdere uitleg vatbaar. Dankzij de grotere psychiatrische deskundigheid van het personeel slaagt men er beter in de voordelen van het verzorgingshuis ten gunste van de bewoners aan te wenden. In de twee projecten onder GGZ-regie hanteerden de begeleiders de zogenoemde normaliserende benadering (Pols e.a. 1998), waarin het verplegend personeel is gericht op het benutten van de mogelijkheden van de bewoners. Maar het kan ook zijn dat de 'GGZ-beoordelaars' de nieuwe setting van het verzorgingshuis vergelijken met de oorspronkelijke setting in de psychiatrie en enthousiast zijn over het nieuwe.

Bovenstaande conclusies zijn gebaseerd op twee methodes om profijt te meten. De eerste methode – objectief verschil in functioneren tussen twee meetmomenten – is methodologisch sterker. Zij is niet vatbaar voor vertekeningen die samenhangen met de persoon van de beoordeelaar. Daar staat tegenover dat men bij een chronische populatie, in het bijzonder een oudere chronische populatie, de waarde van een nieuwe interventie niet uitsluitend mag afmeten aan veranderingen in functioneren. De meerwaarde van projecten als de hier onderzochte ligt in het normaliseren van de woonsituatie voor mensen met een psychiatrische achtergrond, veranderingen die niet per se hoeven te leiden tot gedragsveranderingen bij de betrokkenen. De tweede, subjectieve, methode neemt de meerwaarde van

het wonen in het verzorgingshuis explicieter tot onderwerp van onderzoek. In een vervolgonderzoek zou ook het oordeel van de bewoners hierover gevraagd moeten worden. Hoe waarden zij het eigen appartement, het wonen in een gewone woonwijk, de omgang met 'gewone' ouderen in huis? Op grond van onze ervaring met vragenlijstonderzoek bij de bewoners zijn wij van mening dat een dergelijk onderzoek uitsluitend met kwalitatieve onderzoeksmethoden kan worden uitgevoerd.

De kracht van het onderzoek ligt in de combinatie van objectieve en subjectieve methoden. Maar er zijn ook een aantal methodologische tekortkomingen, samenhangend met het exploratieve karakter van dit onderzoek. Om te beginnen verkeerden de projecten bij de start van het onderzoek in verschillende fasen. Er is dus geen sprake van een zuivere voor- en nameting, maar van twee metingen die een willekeurig jaar aan het begin van het verblijf in het verzorgingshuis bestrijken. Een andere beperking van het onderzoek ligt in de matige betrouwbaarheid van de psychiatrische diagnoses. De dossiers waarop de behandelaar zich moest baseren, bevatten deels onvolledige en deels verouderde informatie over de bewoner. Indien nodig (bijna een kwart van de gevallen) heeft de behandelaar (die geen psychiater was) op basis van eigen inzicht in de problematiek van de bewoner een diagnose gesteld. Een derde beperking betreft het kleine aantal projecten en bewoners, waardoor de predictorvariabelen niet altijd goed uit elkaar te trekken zijn. Dit geldt met name voor het regie criterium en de woonvorm (beide projecten onder GGZ-regie zijn groepswoonvormen) en het regie criterium en de diagnose schizofrenie (meeste bewoners met schizofrenie wonen onder GGZ-regie).

Verzorging van ouderen met een psychiatrische achtergrond in een verzorgingshuis brengt grote praktische en beleidsmatige consequenties met zich. In dit onderzoek is deze ontwikkeling voor het eerst onderzocht. Gezien bovenstaande beperkingen zou het echter voorbarig zijn verstrekkende conclusies te trekken. Wel kunnen

wij zeggen dat de overstap van een psychiatrisch ziekenhuis naar een verzorgingshuis niet automatisch betekent dat de bewoner ook van de maatschappelijke verworvenheden profiteert. De kansen daarop lijken het beste onder GGZ-regie. Omdat deze regievorm ook gunstiger lijkt voor de gedragsproblematiek van de bewoners, moeten vraagtekens worden geplaatst bij het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996) om chronische patiënten zoveel mogelijk in algemeen maatschappelijke voorzieningen op te vangen. Verzorgingshuizen mogen dan een geschikte kandidaat zijn om huisvesting aan ouderen met een psychiatrische achtergrond te bieden, zij moeten zich nog bewijzen als zorgaanbieders voor deze groep. Het is van groot belang meer onderzoek te doen naar de determinanten van goede opvang alvorens psychiatrische patiënten op grote schaal aan de algemene ouderenzorg overgedragen kunnen worden.



Dit onderzoek is mogelijk gemaakt door subsidies van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en enkele van de deelnemende instellingen. Aan het onderzoek hebben de volgende verzorgingshuizen deelgenomen: Sint Jacob in Amsterdam, het Liornehuis in Hoorn, Wilgenhof in Eindhoven, De Zandzee in Bussum, Maasveld in Rotterdam en Boekholt in Rotterdam. De auteurs zijn deze verzorgingshuizen en hun ggz-partners erkentelijk voor hun bijdrage aan het onderzoek. Verder bedanken zij mevrouw drs. M. te Vaarwerk voor de kritische lezing van het manuscript.

LITERATUUR

- Brink, W.P. van den (1998). Modellen voor test scores. In W.P. van den Brink en G.J. Mellenbergh (red.), *Testleer en testconstructie* (pp. 49-92). Amsterdam: Boom.
- Depla, M.F.I.A. (1996). Oudere patiënten, nieuwere zorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 51, 245-259.
- Depla, M.F.I.A., & Pols, A.J. (1997). *Psychiatrie in het verzorgingshuis: de bewoners van zes projecten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Depla, M.F.I.A., Pols, A.J., & de Lange, J. (1998). Zorg op het grensvlak van psychiatrie en verzorgingshuis. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 53, 1198-1211.

- Depla, M.F.I.A., Pols, A.J., & de Lange, J. (1999). Nieuwe bewoners van het verzorgingshuis: problemen en zorgbehoeften van ouderen met een psychiatrische achtergrond. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 30, 3.
- Henkelman, L., & de Ruiter, B. (1991). De tijden veranderen: een longitudinale studie naar het functioneren van chronische patiënten in Ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven. Academisch proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Henkelman, L. (1994). Revalidatie van de chroniciteit: hoop of illusie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 46-57.
- Henkelman, L., van Lieshout, I., Vossen, B., e.a. (1995). Bewoners verhuizen. De verhuizing van verblijfspatiënten van het Delta-ziekenhuis naar wooneenheden in Hellevoetsluis. Utrecht: NcGv-reeks 95-2.
- Kaasenbrood, A.J.A., Duurkoop, W.R.A., & Bleeker, J.A.C. (1991). Chronische inrichtingspatiënten in de Bijlmer: vier jaar later. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 46, 498-512.
- Pols, A.J., Depla, M.F.I.A., & de Lange, J. (1998). Gewoon oud en chronisch. Mogelijkheden en beperkingen in de zorg voor ouderen met een psychiatrische achtergrond in het verzorgingshuis. Utrecht: Trimbos-reeks 98-2.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (1996). Thuis in de GGZ. *Advies. Zorg, wonen en welzijn voor psychiatrische patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn*. Zoetermeer: RVZ.
- Verstraten, P.F.J., & van Eekelen, C.W.J.M. (1987). Handleiding voor de GIP. Gedragsobservatieschaal voor de Intramurale Psychogeriatric. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Wennink, H.J. (1989). Beschut Wonen. Onderzoek naar de opzet, effectiviteit en verbreiding van nieuwe woonvormen voor chronisch psychiatrische patiënten. Academisch proefschrift. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht.

AUTEURS

Alle auteurs zijn werkzaam bij het programma Ouderen van de afdeling Zorg en Rehabilitatie van het Trimbos-instituut. A. J. POLS (psycholoog/filosoof) als wetenschappelijk medewerker, M. F. I. A. DEPLA (psycholoog) en C. H. M. SMITS (psycholoog/gerontoloog) als senior wetenschappelijk medewerker en J. DE LANGE (psycholoog) als hoofd van het programma. Correspondentieadres: mevrouw drs. M.F.I.A. Depla, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 16-2-1999.

SUMMARY Elderly psychiatric patients: The benefit of staying in a residential home with psychiatric support – This article reports on an exploratory study into the effectivity and value of admittance of elderly people with a psychiatric background to a residential home. The study was conducted in six homes, including 136 residents with a psychiatric background. Effectivity was measured by looking at changes in behavioral problems and changes in the ability to manage by oneself over twelve months at the beginning of the residency. On average, in both outcome measures the residents deteriorated a little. The value of residential admittance reflected three dimensions: the possibility to live a personal life, a group life, and a life as ordinary as possible. According to both the nursing staff and the medical staff these three dimensions represented for approximately 50% of the residents an important value. Multivariate regression analyses showed that admittance of psychiatric patients to residential homes may not be beneficial to all groups of elderly psychiatric patients (residents with dementia, other brain disorders with an organic component and schizofrenia showed unfavourable outcomes) and that residential projects directed by mental health care institutions performed better than those directed by the residential homes. Further research is needed to determine the optimal combination of patient groups and residential conditions. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999)9, 509-517]

KEYWORDS chronic psychiatry, de-institutionalization, elderly