

# Heropnames van thuislozen in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

## Een onderzoek op basis van het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGZ) in de periode 1990-1995

O.H. BROOK

**SAMENVATTING** Jaarlijks worden een aantal jonge mannen vanuit het thuislozencircuit in de algemene psychiatrische ziekenhuizen opgenomen. Het gaat om circa één procent van de totale opnamepopulatie. Op jaarbasis gaat het om ongeveer 150 'thuisloze' cliënten van wie een groot aantal tot de 'draaideur'patiënten behoort. Deze kwetsbare groep blijkt op meerdere variabelen sterk significant te verschillen van een referentiegroep van APZ-clieënten. Beide groepen verschillen in samenstelling wat betreft geslacht, burgerlijke staat, juridische status, leeftijd, opleidingsniveau, bron van inkomsten, verblijfsduur, verblijfssituatie bij opname, aanvrager van opname, geboorteland, eerste psychiatrische diagnose(groep), kwartaal van opname in het betreffende jaar en het aantal heropnames. Het lijkt erop dat de heropnames in het psychiatrisch ziekenhuis voor deze harde kern van thuislozen slechts een korte onderbreking is in hun situatie van thuisloosheid.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 10, 567-574]

**TREFWOORDEN** heropnames, psychiatrische ziekenhuizen, thuisloosheid

*'Ik denk nog vaak aan Wolfheze,  
Ik ben er driemaal geweest,  
Een dokter wilde mij genezen,  
Wanneer komt het vierde feest?'*

Dak- en thuislozen zijn van alle tijden, en schijnbaar universeel. Hun aantal verschilt per land, cultuur en tijd (Loonstra 1993; Brook 1993). Hoe iemand tot het gilde van dak- en thuislozen geraakt, wordt beïnvloed door een complex van factoren (Nuy 1997). De start van de 'carrières' lijkt bepaald te worden door een situatie van kwetsbaarheid en isolement (Wennink & Van Weeghel 1993). Het lijkt alsof de dak- en thuislo-

zen in de jaren negentig tot het straatbeeld in de grotere Nederlandse (centrum)gemeenten zijn gaan behoren, en dit betreft dan met name degenen die in de war zijn en met psychiatrische stoornissen kampen. Bovendien lijkt het alsof hun aantal toeneemt. Het geschatte aantal dak- en thuislozen varieert per onderzoek; dit wordt veroorzaakt door de complexiteit van het fenomeen en door de verschillende methoden van onderzoek (NRV 1993; Schene & Jonkers 1993; Susser e.a. 1993).

In de jaren negentig is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) vermaatschappelijkt, mede onder invloed van de beleidsvisies van het

Ministerie van vws en dankzij stimuleringsregelingen (Ministerie vws 1999). Met behulp van zorgvernieuwingsgelden zijn er ambulante behandelingsvormen ontstaan zoals de psychiatrische thuiszorg (Brook e.a. 1998) en kwam het fenomeen van de case-managers en persoonlijke begeleiders op. Vermaatschappelijking van de zorg kreeg verder vorm in een toename en differentiatie van de instellingen voor maatschappelijke opvang (NIZW 1998).

Heeft deze vermaatschappelijking van de zorg ertoe geleid dat het niet meer nodig is dat thuislozen met psychiatrische problemen in de psychiatrische ziekenhuizen worden opgenomen? Met behulp van het Patiëntenregister Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg (PIGGZ) wordt getracht in dit artikel hier zicht op te krijgen.

#### METHODE EN VRAAGSTELLINGEN

Op 1 januari 1967 werd gestart met het PIGGZ. Het register omvatte aanvankelijk alleen de algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en). Nu nemen ook de categorale psychiatrische instellingen hieraan deel, verder de instellingen voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie, de TBS-klinieken, de instellingen voor Verslavingszorg en de Psychiatrische Herstellingsoorden. Bij een opname in en ontslag uit de instelling worden verschillende gegevens van de patiënt geregistreerd en vervolgens anoniem opgestuurd naar het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Op basis van deze PIGGZ-gegevens kan longitudinaal onderzoek worden verricht. Zo werden in een eerder PIGGZ-onderzoek naar het risico op dak- en thuisloosheid na ontslag uit een APZ of een verslavingskliniek significante verschillen gevonden tussen de groep van dak- en thuisloze cliënten en de 'normale' patiëntenpopulatie (Brook 1993).

In dit PIGGZ-onderzoek gaat het om cliënten die in de periode 1990 tot en met 1995 eenmaal of meerdere malen werden opgenomen én ontslagen. Bovendien gaat het om personen die

zowel bij opname als bij ontslag in een situatie van thuisloosheid verkeerden, de zogenaamde thuisloze GGZ-cliënten. De gegevens die worden gepresenteerd hebben betrekking op de situatie van de eerste opname van de cliënten in deze periode. Het is dus mogelijk dat iemand uit dit zesjaarscohort vóór 1990 eenmaal of meermalen werd opgenomen en ontslagen. De referentiegroep bestaat uit de cliënten die in dezelfde periode eenmaal of meer in APZ'en werden opgenomen en die niet tot de risicogroep van thuislozen behoorden. Ook voor hen geldt dat het om gegevens gaat bij de eerste opname en dat zij vóór 1990 eenmaal of meermalen kunnen zijn opgenomen en ontslagen.

De werkdefinitie voor de onderzoeksgroep luidde als volgt: heropnames in algemene psychiatrische ziekenhuizen in de periode 1990 tot en met 1995 van personen die voorafgaande aan hun eerste opname in een of andere thuislozenvoorziening verbleven of van wie de leefsituatie zwerfend of onbekend was.

De risicogroep van thuislozen werd geoperationaliseerd door de drie onderstaande PIGGZ-variabelen met elkaar te combineren (zie ook: Brook 1993):

1. De verblijfssituaties voor en na ontslag waren hetzelfde of corresponderden met een van de vergelijkbare categorieën. Het ging hierbij om de volgende verblijfssituaties: passantenverblijf of pension of thuislozeninternaat of onbekend;
2. burgerlijke status met als inclusie categorieën: ongehuwd/alleenstaand of gescheiden of weduwstaat of onbekend;
3. bron van inkomsten met als inclusie categorieën: een uitkering of een AOW/pensioen of geen eigen inkomsten of onrechtmatige en andere inkomsten of inkomsten waren onbekend.

Belangrijk is dus op te merken dat iemand alleen dan tot de risicogroep behoorde als de drie risicokenmerken tegelijkertijd aanwezig waren en dat de gegevens betrekking hadden op de situatie bij de eerste opname in het APZ.

De PIGGZ-gegevens werden vanuit een ASCII-bestand omgezet in een SPSS-databe-

stand en met SPSS 8.0 bewerkt. Met behulp van de  $\chi^2$ -toets werd nagegaan of er significante verschillen bestonden tussen de risico- en de referentiegroep.

In het registeronderzoek stonden drie vragen centraal:

1. Hoeveel van de cliënten die jaarlijks in de APZ' en worden opgenomen, behoren tot het thuislozencircuit?
2. Zijn er verschillen tussen de thuisloze GGZ-clieënten (risicogroep) en de 'normale' GGZ-clieënten (referentiegroep)?
3. Zijn er verschillen in het aantal heropnames tussen de cliënten uit de risicogroep en die uit de referentiegroep?

## RESULTATEN

**Eenmalige opnames en heropnames** In de periode 1990 tot en met 1995 vonden er 180.157 (her)opnames en (her)ontslagen plaats in de Nederlandse APZ'en van in totaal 115.201 cliënten. Er was een significant verschil tussen de risico- en de referentiegroep ten aanzien van het aantal eenmalige opnames en heropnames ( $p < 0.05$ ).

**Risicogroep en referentiegroep** Van de totale populatie ( $n = 115.201$ ) behoorde 99% ( $n = 114.308$ ) tot de referentiegroep, bijna 1% ( $n = 893$ ) tot de risicogroep. Met andere woorden, ieder jaar worden er circa 150 mensen in de APZ'en één of meer keer opgenomen vanuit een thuislozenvoorziening of -situatie die vervolgens na ontslag weer in het thuislozencircuit terugkeren. In tabel 1 is weergegeven welke verschillen er bestonden tussen de risico- en de referentiegroep.

In de tabel valt op dat elf van de dertien onderzochte variabelen zeer significante verschillen te zien geven tussen beide groepen ( $p < 0.001$ ), en dat de twee groepen op twee variabelen significant verschillen ( $p < 0.05$ ). Per variabele worden de meest saillante cijfers besproken.

**Geslacht.** In de risicogroep van thuislozen was 75% ( $n = 666$ ) van het mannelijke geslacht en

TABEL 1 Verschillen risicogroep thuislozen ( $n = 893$ ) met de referentiegroep ( $n = 114.308$ ) (situatie bij eerste opname); periode 1990-1995

Variabele	Significantieniveau ( $\chi^2$ )
Geslacht	$p < 0.001$
Burgerlijke staat	$p < 0.001$
Juridische status	$p < 0.001$
Leeftijdsgroep	$p < 0.001$
Opleidingsniveau	$p < 0.001$
Bron van inkomsten	$p < 0.001$
Verblijfsduur	$p < 0.001$
Verblijfsituatie bij opname	$p < 0.001$
Aanvrager opname	$p < 0.001$
Geboorteland	$p < 0.001$
Eerste psychiatrische diagnose(groep)	$p < 0.001$
Kwartaal van opname in het jaar	$p < 0.05$
Heropnames	$p < 0.05$

25% ( $n = 227$ ) vrouw. In de referentiegroep waren deze percentages respectievelijk 48% ( $n = 55.119$ ) en 52% ( $n = 59.189$ ).

**Burgerlijke staat.** Meer dan driekwart van de thuisloze GGZ-clieënten (76%) ( $n = 677$ ) was ongehuwd, tegenover 45% ( $n = 50.958$ ) in de referentiegroep. Geen van de thuislozen was bij de eerste opname gehuwd, terwijl 27% ( $n = 31.271$ ) van de cliënten in de referentiegroep getrouwd was. Van de thuislozen was 13% ( $n = 154$ ) gescheiden, tegenover 13% ( $n = 14.494$ ) in de referentiegroep.

**Juridische status.** Thuisloze GGZ-clieënten werden vaker (18%) ( $n = 156$ ) onvrijwillig opgenomen dan de referentiegroep (14%) ( $n = 14.964$ ). Het gaat hier bij 16% om een inbewaringstelling (IBS) en 2% met een rechterlijke machtiging (RM), tegenover respectievelijk 11% en 3% bij de cliënten uit de referentiegroep.

**Leeftijdsgroep.** Van de thuisloze GGZ-clieënten behoort meer dan de helft (54%) ( $n = 477$ ) tot de

leeftijdsgroep van 20 tot 40 jaar en 10% (n = 93) was ouder dan 60 jaar. De percentages van de cliënten uit de referentiegroep waren respectievelijk 26% (n = 53.027) en 22% (n = 24.616).

Opleidingsniveau. 3% (n = 40) van de thuisloze cliënten heeft geen opleiding gevolgd, 5% (n = 277) heeft buitengewoon onderwijs gevolgd, 31% (n = 277) lager onderwijs, 15% (n = 130) middelbaar voortgezet onderwijs, 2% (n = 21) hoger voortgezet onderwijs en 10% (n = 70) heeft een HBO-, VWO- of een universitaire opleiding afgerond. Voor cliënten uit de referentiegroep waren de percentages: 2% geen opleiding, 3% (n = 3.252) buitengewoon onderwijs, 39% (n = 44.396) lager onderwijs, 18% (n = 20.081) middelbaar voortgezet onderwijs, 5% (n = 5.361) hoger voortgezet onderwijs en 10% (n = 10.999) hoger beroepsonderwijs of hoger.

Bron van inkomsten. Geen van de 893 cliënten uit de risicogroep zat in het arbeidsproces, 60% (n = 530) had een uitkering, 6% (n = 56) had AOW/pensioen en 9% (n = 82) had geen eigen inkomsten. De percentages voor de referentiegroep waren respectievelijk: arbeidsproces 16% (n = 18.074), 39% (n = 44.368) uitkering, 16% (n = 18.194) AOW/pensioen en 13% (n = 14.362) geen eigen inkomsten.

Verblijfsduur. Meer dan driekwart van de thuislozen uit de risicogroep (77%) (n = 691) werd binnen één maand na de eerste opname uit het APZ ontslagen, 13% (n = 123) na twee tot en met zes maanden, 4% (n = 35) binnen zeven en twaalf maanden en nog eens 5% (44) na een tot en met tien jaar. Voor de referentiegroep waren deze percentages 57% (n = 65.615) ontslag binnen één maand, 23% (n = 17.804) na twee tot en met zes maanden, 7% (n = 8.239) binnen zeven en twaalf maanden en nog eens 13% (14.136) na een jaar, sommigen na meer dan vijftien jaar.

Verblijfsituatie voor opname. Voor de eerste opname verbleef 42% (n = 372) van de thuislozen in een pension of kosthuis, tegenover 1% (n = 831) van de cliënten uit de referentiegroep.

Aanvrager opname. Nog niet eens een half procent van de opnames van thuislozen verliep via de vrijgevestigde zenuwarts/psychiater (0,4%)

(n = 4), meer dan de helft (52%) (n = 465) via de RIAGG, 5% (n = 45) via het CAD en 3% (n = 27) via de GGD. Voor de referentiegroep waren de percentages 5% (n = 5.238) via de vrijgevestigde zenuwarts, bijna de helft via de RIAGG (45%) (n = 51.551), 4% (n = 5.041) via het CAD, en 2% (n = 2.390) via de GGD.

Geboorteland. Bijna eenderde van de thuisloze GGZ-clieënten (33%) (n = 290) is niet in Nederland geboren, tegenover 12% (n = 9.947) van de cliënten uit de referentiegroep met een niet-Nederlands geboorteland.

Psychiatrische diagnosegroep. Bij de eerste opname had 27% (n = 211) van de cliënten uit de risicogroep de diagnose schizofrenie, 9% (n = 68) had affectieve psychose, 20% (n = 157) een andere psychose, 8% (n = 65) een neurose, 8% (n = 64) een persoonlijkheidsstoornis, 12% (n = 94) een alcohol- of drugsverslaving (inclusief misbruik) en 12% (n = 91) een speciaal syndroom. De percentages uit de referentiegroep zijn 13% (n = 13.412) schizofrenie, 19% (n = 19.360) een affectieve psychose, 14% (n = 14.717) een andere psychose, 14% (n = 14.615) een neurose, 8% (n = 8.050) een persoonlijkheidsstoornis, 14% (n = 13.989) een alcohol- of drugsverslaving (inclusief misbruik) en 9% (n = 9.339) een speciaal syndroom.

Kwartaalopname. In het meestal koude vierde kwartaal vonden er meer opnames van cliënten uit de risicogroep plaats dan uit de referentiegroep, namelijk 28% (n = 253) tegenover 24% (n = 28.114).

Heropnames. Er is een significant verschil in het aantal (her)opnames tussen beide groepen ( $\chi^2$ :  $p < 0.05$ ; ook via enkelvoudige variantieanalyse blijkt het gemiddelde aantal opnames, inclusief heropnames, tussen beide groepen significant van elkaar te verschillen: 2 vrijheidsgraden,  $F = 6,283$ ,  $p < 0.05$ ). In de periode 1990 tot en met 1995 werd 72% (n = 644) van de thuislozen 'slechts' eenmaal opgenomen en keerde na het ontslag niet meer in het APZ terug. Voor de referentiegroep was dit 74% (n = 84.725). Een van de thuislozen werd liefst 121 keer opnieuw opgenomen, een van de 'draaideur'

TABEL 2 Heropnames van de risicogroep thuislozen (n = 893) en van de referentiegroep (n = 114.308), in absolute aantallen en in percentages (tussen haakjes); periode 1990-1995

	Referentiegroep	Thuislozen	Totaal
Geen heropname	84.725 (74%)	644 (72%)	85.369 (74%)
1 heropname	16.577 (15%)	120 (13%)	16.697 (15%)
2 heropnames	6.156 (5%)	68 (7%)	6.224 (5%)
3 heropnames	2.740 (2%)	20 (2%)	2.760 (2%)
4 heropnames	1.502 (1%)	14 (2%)	1.516 (1%)
5 heropnames	862 (1%)	5 (1%)	86 (1%)
6-10 heropnames	1.319 (1%)	13 (2%)	1.332 (1%)
> 15 heropnames	427 (0,4%)	9 (1%)	436 (0,4%)
Totaal	114.308 (100%)	893 (100%)	115.201 (100%)

patiënten uit de referentiegroep zelfs 164 maal. Praktisch betekent dit dat de laatstgenoemde patiënt in zes jaar tijd om de twee weken werd opgenomen en ontslagen uit het psychiatrisch ziekenhuis. In tabel 2 zijn de heropnamecijfers weergegeven.

#### CONCLUSIES EN BESCHOUWING

Op basis van de gegevens uit het landelijke PIGGZ-register kan een representatief beeld geschetst worden van de GGZ-cliënten die vanuit het thuislozen-circuit in een APZ worden opgenomen en na hun ontslag weer in dit circuit terugkeren. Het gaat om een kleine 'harde' kern van circa 1 procent van de totale groep patiënten die jaarlijks in de APZ'en worden opgenomen. Op jaarbasis gaat het om ongeveer 150 thuisloze APZ-cliënten. Deze groep van thuislozen blijkt op meerdere variabelen sterk significant te verschillen van een referentiegroep van APZ-cliënten. Beide groepen verschillen in samenstelling wat betreft geslacht, burgerlijke staat, juridische status, leeftijd, opleidingsniveau, bron van inkomsten, verblijfsduur, verblijfssituatie bij opname, aanvrager van opname, geboorteland, eerste psychiatrische diagnose(groep), kwartaal van opname in het betreffende jaar en het aantal

heropnames. Wat het laatste betreft, het lijkt erop dat er zich een harde kern van thuislozen onder de 'draaideur'patiënten bevindt, voor wie een heropname in het APZ slechts een korte onderbreking vormt in de situatie van thuisloosheid. De vraag kan worden gesteld of deze chronische thuisloosheid kan worden doorbroken. Is de psychiater zich ervan bewust dat de betrokkene na de behandeling naar een thuislozenvoorziening teruggaat, of heeft hij, wellicht in overleg met de betrokken cliënt, er juist voor gezorgd dat deze terugplaatsing plaatsvond? Met andere woorden, is chronisch verblijf in het thuislozen-circuit de meest optimale oplossing in gegeven omstandigheden? Zou de thuisloze GGZ-patiënt anders dakloos worden en op straat gaan zwerfen? Vragen die op basis van een registeronderzoek als dit niet beantwoord kunnen worden, maar wel beleidsrelevant zijn.

Uit de PIGGZ-gegevens<sup>2</sup> kan het volgende beeld worden geschetst van de groep thuislozen: het gaat veelal om ongehuwde jonge mannen zonder stevig sociaal netwerk, die vanwege hun ernstige psychiatrische stoornissen zoals schizofrenie, psychosen en speciale syndromen, en/of een verslaving aan alcohol of drugs, meerdere malen in het jaar voor een korte periode op vrijwillige basis of met een IBS worden opgenomen.

Er kan gesproken worden van chronische psychiatrische problematiek vanwege de noodzaak van herhaalde kortdurende intramurale behandelingen. Een pension of een kosthuis is hun primaire leefomgeving. De meesten van hen hebben als hoogst behaalde opleidingsniveau dat van middelbaar voortgezet onderwijs en geen van hen heeft een betaalde baan. Circa eenderde van hen is niet in Nederland geboren. Deben e.a. (1992) vonden in dit verband dat 25% van de bezoekers van laagdrempelige voorzieningen voor dag- en nachtopvang en commerciële pensions in Amsterdam, van niet-Nederlandse herkomst was. Spierings vond in het project Preventie Dakloosheid in Rotterdam dat 14% van de daklozen niet in Nederland geboren was (Spierings 1998). De PIGGZ-gegevens laten verder zien dat de thuisloze GGZ-cliënten meer in de maanden oktober, november en december, en veelal via de RIAGG in het APZ worden opgenomen. Bijna 30% is 'draaideur' patiënt. Een van de thuislozen werd binnen de onderzochte periode van zes jaar 121 maal opgenomen, wat neerkomt op een frequentie van heropnames om de twee tot drie weken. Uit een onderzoek van Wolf e.a. (1999) bleek in dit verband dat meer dan 60% van bewoners van sociale pensions ooit opgenomen was geweest in een APZ. De percentages die zij voor de thuislozen in de sociale pensions vonden ten aanzien van geslacht, leeftijd, bron van inkomsten en burgerlijke staat, komen overeen met die van de PIGGZ-cijfers. Verslavingsproblematiek bleek daarentegen vaker onder de pensionbewoners voor te komen (25%).

Er zijn de laatste jaren voor de langdurig opgenomen patiënten in de APZ'en methodieken ontwikkeld om hen voor te bereiden op een meer zelfstandig bestaan in een andere woon- en leefomgeving. Uitgangspunt is dat de betrokkenen zelf hun doelen bepalen en daarin door een case-manager begeleid worden: de individuele rehabilitatiebenadering (IRB) (Dröes & Henkelman 1994). IRB is een moeizaam, tijdrovend proces vanwege de langetermijndoelen en het is de vraag of deze benadering geschikt en effectief zal

blijken te zijn voor de groep van jonge thuislozen zoals geschetst in dit artikel. Het gaat om jonge mannen in een situatie van thuisloosheid met een chronisch terugkerende decompensatie en voor wie een korte behandeling in het APZ telkens weer nodig blijkt te zijn, ondanks de medicatie die 59% van hen krijgt (Wolf e.a. 1999). In die gevallen dat er gevaar dreigt van ernstige verloedering en/of overlast, is het te overwegen gebruik te maken van bemoeizorg (Henselman 1993) en/of psychiatrische thuiszorg (Brook e.a. 1998).

Voor mensen in een thuislozenvoorziening worden dagactiviteiten aangeboden in een dagactiviteitencentrum. Verder zijn er in toenemende mate mogelijkheden voor arbeidstraining. Voor dak- en thuislozen is er ook de mogelijkheid van incidentele arbeid. Zo zijn in de grote steden straatkranten en is in Rotterdam bijvoorbeeld een uitzendbureau voor verslaafden, opgezet door de junkiebond, en een project waarbij dak- en thuislozen tegen betaling opvangvoorzieningen overlastvrij maken (Spierings 1998). Verder is de GGD Rotterdam van plan het aantal kleinschalige woon- en opvangvoorzieningen voor verslaafde dak- en thuislozen, waarvan er nu twee zijn, in de toekomst in de deelgemeenten uit te breiden (Van Dam 1997).

De ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek in de maatschappij waar Van Weeghel & Dröes (1999) voor pleiten, kan wellicht een uitkomst zijn, mits de thuislozen gemotiveerd zijn hier een beroep op te doen. De eerste aanzetten voor de ontwikkeling van een dergelijk systeem zijn inmiddels gezet: de sociale dienst van Rotterdam heeft een regiovisie over dak- en thuisloosheid opgesteld (Gemeente Rotterdam/Sociale Dienst 1999), en dak- en thuislozen kunnen in deze stad gebruikmaken van het zogenaamde daglonerschap. Het idee van werk dat per dagdeel gedaan kan worden en bovenop de bijstandsuitkering verdiend kan worden, is van pastor en Tweede-Kamerlid Ab Harrewijn. De deelnemers aan de Rotterdamse meubelwerkplaats Sandford & Zo krijgen een dergelijk daglo-

nerschap (Van Doorn & Tabak 1999). Of alle sociaalpensionbewoners c.q. de thuisloze 'draai-deur'patiënten van dergelijke 'prothesen' gebruik zullen, maar vooral willen maken, is de vraag. De leefwereld van de thuisloze spoort niet altijd met die van zorgverleners en/of beleidmakers.

Van belang is de bevinding van Wolf e.a. (1999) dat de meeste sociaalpensionbewoners over een zeer beperkt sociaal netwerk lijken te beschikken, met name als het gaat om sociale steun. Dat een maatschappelijk steunsysteem het risico op dak- en thuisloosheid na ontslag uit een APZ kan voorkómen, blijkt uit een longitudinaal experiment en onderzoek in New York, de zogenaamde *Critical Time Intervention (CTI)* (Susser e.a. 1997). Het interventieprogramma vertoont sterke overeenkomsten met het regionaal steunsysteem van Van Weeghel e.a. (1999). Onderzoek heeft uitgewezen dat dak- en thuisloosheid onder mensen met psychiatrische stoornissen voor een deel kan worden toegeschreven aan de discontinuïteit in de zorgketen (Susser e.a. 1997). CTI moet een brug slaan tussen de kritische periode na het ontslag en de terugkeer in de maatschappij door een scala van ondersteunende activiteiten van een CTI-werker. Deze bemoeienis dan wel bemoeizorg beperkt zich tot de kritische periode na ontslag. CTI bestaat uit twee componenten. Ten eerste het versterken van de langetermijncontacten tussen de betrokkene met de diverse relevante instanties, met zijn familie en vriendenkring. Ten tweede wordt in de kritische transitieperiode emotionele en praktische ondersteuning verleend. Het onderzoek van Susser e.a. wees uit dat CTI het risico op thuisloosheid significant deed verminderen. Realisatie van regionale steunsystemen voor mensen met chronische psychiatrische problematiek in Nederland vereist samenwerking tussen zorgvoorzieningen, maar ook samenwerking met en tussen andere instanties op relevante levensgebieden. Voor landelijke beleidmakers, wethouders van (centrum)gemeenten en regionale zorgverzekeraars zijn de conclusies van Susser e.a. van belang in de overweging om ini-

tiatieven tot maatschappelijke steunsystemen te ondersteunen: '... Furthermore, the intervention that proved effective in this study was neither costly nor complex. We infer that homelessness among the mentally ill is to some degree preventable by readily available means' (p. 261).

#### NOTEN

1. Fragment uit het gedicht 'De inrichting' van een onbekende dichter in de bundel *Alle zestig opgenomen* (Cliëntenbond in de GGZ 1990).
2. Met dank aan drs. H. Wierda en de heer D. Odijk voor de aanlevering van de PIGGZ-gegevens in ASCII-formaat.

#### LITERATUUR

- Brook, O.H. (1993). Riscovol ontslag uit een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en verslavingskliniek. In J. Wennink & J. van Weeghel (red.), *Thuisloosheid en psychische stoornissen* (pp. 79-92). Utrecht: NCGV.
- Brook, O.H., Gassman, P., Hoof, F.C.M., e.a. (1998). Psychiatrische thuiszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 11, 673-684.
- Cliëntenbond in de GGZ (1990). *Alle zestig opgenomen*.
- Dam, R. van (1997). *Nooit iets door de strot duwen*. *Overlastpost*, 10, 7-9.
- Deben, L., Godschalk, J., Huijsman, (1992). *Dak- en thuislozen in Amsterdam en elders in de Randstad*. *Stedelijke netwerken, Werkstukken 41*, UVA.
- Doorn, L. van, & Tabak, L. (1999). *Experts van de straat*. Utrecht: JWF/NIZW.
- Dröes, J., & Henkelman, L. (1994). *Rehabilitatie, wat is dat?* *Passage*, 4, 79-82.
- Gemeente Rotterdam/Sociale Dienst (1998). *Regiovisie dak- en thuisloosheid*.
- GHIGV (1988). *140 jaar patiëntenregistratie in de geestelijke gezondheidszorg*. Rijswijk.
- Henselman, H. (1993). *Bemoeizorg*. Delft: Eburon.
- Kocken, P.L., & van de Ven, T. (1990). *Gezondheidsaspect*. In B. van Waveren (red.), *Onder dak, onder thuis; dakloosheid en thuisloosheid in Rotterdam*. Rotterdam: GSD&GGD.
- Loonstra, Z.E. (1993). *Dak- en thuisloosheid in historisch perspectief*. In J. Wennink & J. van Weeghel (red.), *Thuisloosheid en psychische stoornissen* (pp. 23-24). Utrecht: NCGV.
- Ministerie VWS (1999). *Beleidsvisie GGZ*. Nota Tweede Kamer, Den Haag.

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1993). *Advies Thuisloosheid en psychische stoornissen*. Zoetermeer.
- NIZW (1998). *Vademecum Opvang*. Utrecht.
- Nuy, M.H.R. (1998). Het thuisloze bestaan; een psychologisch enigma, een maatschappelijke zorg. *Justitiële verkenningen: Zonder huis of haven* (pp. 82-92). Gouda.
- Schene, A.H., & Jonkers, J.F.J. (1993). Thuisloosheid en psychiatrische stoornissen. In J. Wennink & J. van Weeghel (red.), *Thuisloosheid en psychische stoornissen* (pp. 99-134). Utrecht: NCGV.
- Spierings, F. (1998). Dak- en thuislozen in Rotterdam. *Justitiële verkenningen: Zonder huis of haven* (pp. 82-92). Gouda.
- Spijker, J., van Limbeek, J., Jonkers, J.F.J., e.a. (1991). *Psychopathologie onder bewoners van internaten voor thuislozen in Amsterdam*. Amsterdam: GG&GD.
- Susser, E., Moore, R., & Link, B. (1993). Risk factors for homelessness. *American Journal of Epidemiology*, 15, 2, 546-556.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., e.a. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: A 'critical time' intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health*, 87, 2, 256-262.
- Weeghel, J. van, & Dröes, J. (1999). Problemen in perspectief. *Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 2, 150-165.
- Wennink, J., & van Weeghel, J. (red.) (1993). *Thuisloosheid en psychische stoornissen*. Utrecht: NCGV.
- Wolf, J.R.L.M., van Hoof, F.C.M., van der Ham, P.H.M., e.a. (1999). Sociale pensions: de bewoners. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1, 15-24.

## AUTEUR

O. H. BROOK schreef dit artikel op persoonlijke titel. Hij is als wetenschappelijk medewerker werkzaam bij de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg te Den Haag.  
Correspondentieadres: Bagijnhof 60, 2611 AR Delft.  
E-mail: o.brook@hccnet.nl.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-7-1999.

**SUMMARY** Readmissions of homeless persons in Dutch mental hospitals – O.H. Brook – Homeless mental patients (re)admitted to Dutch mental hospitals from 1990 through 1995 were compared to patients who were not homeless. Data from the Dutch Psychiatric Caseregister (PIGGZ) were examined. Each year about 1%, that is about 150 persons, of all patients that are (re)admitted in Dutch mental hospitals are chronically homeless. Homeless mental patients differed significantly from other mental patients as to sex, marital status, juridical status, age, education, source of income, length of stay, living environment before admission, referring agency, native country, psychiatric diagnosis, quarter in the year of admission and the number of readmissions. It seems as if a readmission into a mental hospital for these homeless mental patients merely is an intermission in a prolonged state of homelessness.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 10, 567-574]

**KEYWORDS** homeless persons, mental hospitals, rehospitalization