

Houding van patiënten ten aanzien van ontslag bij langdurige opname in een psychiatrisch ziekenhuis

door M.J. Haveman en N.W. Poelijoe

Samenvatting

Met behulp van onderzoek is gepoogd op de volgende drie vragen een antwoord te verkrijgen:

- Hoeveel lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen staan positief of negatief tegenover ontslag?
- Verschilt de ontslaghouding van de patiënt en zijn/haar beleving van afdeling/instelling naar duur van opname?
- Zijn personen die na een langdurige opname nu in beschermende woonvormen verblijven positiever over hun verblijfsituatie dan personen die nog steeds lang in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen zijn?

De gegevensverzameling ten behoeve van deze vraagstelling vond plaats bij een steekproef van 276 lang opgenomen patiënten in 5 psychiatrische ziekenhuizen en 179 bewoners van 21 beschermende woonvormen. Bij dit onderzoek werd gebruik gemaakt van de VOL III (Haveman 1987), een gestructureerde interviewlijst met 25 vragen.

Eén kwart (26%) van de lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen wilde niet meer van verblijfsituatie veranderen, één derde (36%) van de patiënten twijfelde, terwijl evenveel patiënten (38%) de voorkeur gaven aan een verblijf buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Met de duur van de opname nam het aantal patiënten toe dat niet met ontslag wilde gaan, en werd het verblijf in het ziekenhuis door meer patiënten positief beleefd. Deze relatie tussen verblijfsduur en houdingsfactoren werd ook voor een groot aantal subgroepen van patiënten gevonden. Ten slotte bleek dat bewoners van beschermende woonvormen hun huidige verblijfsituatie als aanzienlijk prettiger beleven dan personen die voor beschermende woonvormen in aanmerking komen maar nog steeds in een psychiatrisch ziekenhuis verblijven.

Inleiding

Alhoewel in de afgelopen vijftien jaar het aantal lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen aanzienlijk is geslonken, namelijk van 18420 in 1970 tot 11600 in 1984, verbleef aan het eind van het

jaar 1984 nog steeds 57% van alle patiënten langer dan twee jaar in een psychiatrisch ziekenhuis.

Bij een steekproef van lang opgenomen patiënten bleek ongeveer 30%, volgens het oordeel van de afdelingsarts en een verpleegkundige, nog in aanmerking te komen voor één of andere vorm van vervangen-de zorg (Haveman, Poelijoe en Tan 1986). De behoefte aan huisvesting en ggz-begeleiding was echter zeer verschillend, en varieerde van zelfstandige kamerbewoning zonder begeleiding door Riagg of psychiatrische polikliniek tot beschermd kleinschalig wonen aan de rand van het terrein van een psychiatrisch ziekenhuis.

Voor de vraag welke patiënten wel en welke patiënten niet voor vervangende zorg in aanmerking *kunnen* komen, bleek vooral de combinatie van vaardigheden, leeftijd en diagnose van belang te zijn. Vooral de jongere patiënten (55-) met goede sociale vaardigheden (gebruik openbaar vervoer, telefoneren, bereiden maaltijden e.d.) en een andere diagnose dan schizofrenie werden door hun behandelaars voor vervangende zorg ingedeeld (Haveman 1987; 1988). Tevens was duidelijk dat enkele patiënten met ernstig, onvoorspelbaar of langdurig agressief gedrag volgens hun hulpverleners niet in aanmerking *mogen* komen voor ontslag, omdat dergelijk gedrag niet buiten het psychiatrisch ziekenhuis te hanteren is.

Maar hoe stonden de lang opgenomen patiënten zelf tegenover de mogelijkheid van ontslag en een leven buiten het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis? Is het wel hun wens, *willen* zij eigenlijk wel in aanmerking komen voor andere huisvesting en een meer zelfstandige leefsituatie?

Vraagstelling

Daar het onze indruk is dat de positie van de consument in de substitutiediscussie nog betrekkelijk onderbelicht is gebleven, willen wij in dit artikel de volgende vragen aan de orde stellen:

1. Hoeveel van de lang opgenomen patiënten hebben een positieve, ambivalente of negatieve houding ten aanzien van ontslag?
2. In hoeverre is de duur van de opname van invloed op de ontslaghouding van de patiënt en op zijn/haar beleving van afdeling en kliniek? En hoe consistent is het resultaat voor de verschillende subgroepen van patiënten?
3. Zijn personen die na een langdurige opname nu in beschermende woonvormen verblijven positiever over hun verblijfsituatie dan personen die nog steeds lang in psychiatrische ziekenhuizen opgenomen zijn?

Voordat de resultaten voor deze drie vragen worden gepresenteerd, volgt eerst een toelichting op de gehanteerde vragenlijst en de gevolgd-de onderzoeksprocedure.

Vragenlijst en onderzoeksprocedure

In het kader van een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (Haveman 1987) werden patiënten naar hun mening gevraagd. Door middel van de apart voor dit doel ontwikkelde Vragenlijst Onderzoek Longstay (VOL III) werd een poging ondernomen om bij de patiënt zelf de houding ten aanzien van eventueel ontslag te meten, als ook de houding ten aanzien van de afdeling/instelling waar betrokkene verblijft. De volgende eisen werden aan de te ontwikkelen vragenlijst gesteld:

- begrijpelijk voor de meeste patiënten/bewoners,
- kort,
- hanteerbaar in psychiatrisch ziekenhuis, beschermende woonvorm en psychiatrische dagkliniek,
- vergelijkbaar tussen de drie voorzieningensoorten, en
- efficiënt in de verwerking van de gegevens.

Na verschillende proefversies, en vooronderzoek naar de stabiliteit en validiteit van item- en schaalscores, werd uiteindelijk gekozen voor een geprecodeerde interviewlijst met 25 vragen in boekvorm. Tien vragen van de interviewlijst hadden betrekking op de houding ten aanzien van ontslag en 15 vragen op de houding ten aanzien van de afdeling c.q. instelling.

De vragen over de houding ten aanzien van ontslag en instelling hebben ieder 4 antwoordcategorieën, variërend van zeer negatief, negatief, positief tot zeer positief. Aan het antwoord waaruit een zeer negatieve houding ten aanzien van ontslag blijkt, werd de waarde 1 toegekend, aan een antwoord met een niet zo sterke negatieve connotatie de waarde 2, tot ten slotte de waarde 4 voor een antwoord dat een zeer positieve ontslaghouding impliceert. Als voorbeeld volgt hieronder vraag 7:

Vraag 7: Zou u met de nodige hulp zelfstandig willen wonen?

categorie:	zeker niet	waarschijnlijk niet	waarschijnlijk wel	zeker wel
score:	1	2	3	4

Alleen voor de patiënten die ook bij doorvragen niet uit de vier antwoordmogelijkheden konden kiezen was een codering 'geen antwoord/weet niet' gereserveerd. Als een vraag niet van toepassing was, moest dit apart op de lijst worden vermeld. Per patiënt werd vervolgens apart over de vragen ten aanzien van ontslag respectievelijk instelling een somscore berekend. Alleen voor patiënten die meer dan 80% van de vragen inhoudelijk hadden beantwoord, werd de somscore gedeeld door het aantal beantwoorde vragen, waardoor een gestandaard-

diseerde indexscore werd verkregen. Deze indexscore varieert van 1,00 (uiterst negatief) tot 4,00 (uiterst positief). Voor de presentatie van de uitkomsten werd gekozen voor een onderverdeling van de scores naar drie groepen, t.w.:

- negatieve houding: indexscore 1,00 t/m 1,99;
- ambivalente houding: indexscore 2,00 t/m 2,99;
- positieve houding: indexscore 3,00 t/m 4,00.

Bij 73% van de patiënten (N=276), voor wie het oordeel van de psychiater en verpleegkundige beschikbaar was (N=381), kon het interview plaatsvinden. Vooral jongere patiënten en patiënten met meerdere opnamesingen weigerden echter aan het interview deel te nemen.

De gemiddelde duur (mediaan) van een interview was 15 minuten, met een variatiebreedte van 5 tot 75 minuten. Het team van interviewers bestond uit 10 B-verpleegkundigen die bij de Rijksuniversiteit Limburg de studie geneeskunde of gezondheidswetenschappen volgen. De helft daarvan had interviewervaring door medewerking aan een vooronderzoek binnen Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal (1984). De vragenlijst is zoveel mogelijk in een aparte ruimte afgenomen in afwezigheid van het personeel, om sociaal wenselijk antwoordgedrag naar behandelaars/verpleegkundigen toe zoveel mogelijk te voorkomen. Om praktische afnameproblemen te voorkomen bij voorbeeld bij lichamelijk op enigerlei wijze gehandicapte patiënten, is gekozen voor een afnameprocedure waarbij een interviewer, naast de patiënt zittend, de vragen één voor één voorleest en tegelijk aan betrokkene laat zien. De patiënt koos vervolgens één van de vier antwoordmogelijkheden (verbaal of door aanwijzen) en deze werd door de interviewer aangekruist.

Met de formulering van de vragen hadden de patiënten weinig problemen. Een uitzondering hierop vormde vraag 9. Deze vraag over werken buiten het psychiatrisch ziekenhuis werd door 18% van de respondenten niet beantwoord. Uit de toelichting van de interviewers op het evaluatieformulier bleek dat met name bejaarde patiënten, maar ook enkele patiënten met werk buiten de instelling deze vraag niet relevant vonden.

Bij ongeveer 80% van de patiënten verliepen de interviews zonder al te veel problemen. De interviewers hadden geen of alleen positieve kanttekeningen over het gesprek. Bij de overige 20% van de gesprekken werden wel storende omstandigheden genoemd. De meeste opmerkingen hadden betrekking op handicaps van patiënten zoals: hardhorendheid en doofheid (4x); afasie (3x) of onduidelijk praten (3x); geringe intelligentie (4x); niet kunnen lezen (3x) omdat men blind was of de bril voor het interview was vergeten; bedlegerigheid (2x); verwardheid kort na een psychotische fase (5x). Sommige patiënten waren zeer breedspakig (6x) en gingen weinig op de vragen zelf in, terwijl er ook

patiënten waren die in zichzelf gekeerd waren (3x) en waarbij het soms pas na langdurig vragen en herformuleren mogelijk was om van hen een antwoord te krijgen.

De wens om het gesprek te houden in een aparte ruimte kon niet altijd worden gehonoreerd. Doordat enkele patiënten zich slecht konden verplaatsen, werd een aantal interviews (2x) in het kantoor of dagverblijf gehouden. Ook enkelen die te onrustig of te verward waren, werden in het dagverblijf geïnterviewd – één patiënt zelfs in de gang voor de isoleerruimte. Drie patiënten waren buitenlanders en hadden taalkundige problemen bij het begrijpen en beantwoorden van de vragen.

Alhoewel de interviewers niet bij de patiënt bekend waren, toonden de patiënten vaak veel vertrouwen en beantwoordden zij de vragen openhartig. Na afloop van het gesprek meenden de interviewers dat 67% spontaan op de vragen antwoordde, 70% als beslist overkwam en 85% betrokken was bij het interview. Van de patiënten was 75% rustig en vriendelijk.

Maar er waren ook patiënten die het interview als bedreigend hebben ervaren. Vijf patiënten vertelden dit aan de interviewer. Bij andere patiënten kwam dit volgens de interviewer tot uiting in sterke onzekerheid ('ik weet niet wat ik zelf wil of niet wil') (2x) en emoties zoals huilen (2x) of weegloopteigingen (5x).

Resultaten

Hoeveel van de lang opgenomen patiënten hebben een positieve houding ten aanzien van ontslag als dat hun gevraagd wordt in een interviewsituatie? En in hoeverre is deze houding afhankelijk van de duur van het verblijf van de patiënt in de kliniek?

De vrees voor het onzekere en onbekende, die iedereen min of meer heeft na ergens langdurig gewoond te hebben, zien we ook bij lang opgenomen psychiatrische patiënten. Voor een aantal patiënten is de

Tabel 1: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar verblijfsduur bij de laatste opname en houding ten aanzien van ontslag (HO); percentages

houding ontslag	< 1 jaar	2-5 jaar	6-10 jaar	11-20 jaar	21-30 jaar	> 30 jaar	totaal
positief	51%	42%	48%	28%	30%	23%	38%
ambivalent	43	39	36	41	23	33	36
negatief	6	19	16	31	47	44	26
totaal %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
totaal	35	67	61	51	30	43	287

tau = -.225; s.e. = 0.46; $p < .0001$

vraag bedreigend of men de instellingsafhankelijkheid wil vervangen door een meer zelfstandig en zelfredzaam leven buiten de instelling. De beschutting en de verzorging, die men gewend is in het psychiatrisch ziekenhuis, zouden dan wegvallen en tevens de contacten die men in de jaren met andere patiënten en personeelsleden heeft opgebouwd. Dat betekent dat men plaats en aanzien die men zich binnen de afdeling heeft weten te verwerven, moet inwisselen tegen eventueel minder sociaal aanzien in de maatschappij. Goffman (1961) heeft dit verschijnsel omschreven als 'the fear of moving from the top of a small world to the bottom of a large one'.

In de laatste kolom van tabel 1 is te lezen dat 26% van de lang opgenomen patiënten niet meer wensen van verblijfsituatie te veranderen. Eénderde (36%) van de patiënten twijfelde, terwijl een bijna evengroot aandeel (38%) de voorkeur gaf aan een verblijf buiten het psychiatrisch ziekenhuis.

Tussen de opnameduur van patiënten en de houding ten aanzien van ontslag bestond een duidelijk verband. Met de verblijfsduur nam ook het aantal patiënten toe dat niet met ontslag wilde gaan. Ook voor de patiënten met een positieve houding ten aanzien van ontslag was een dergelijk patroon herkenbaar, alhoewel minder consistent. In de houdingsfactor lijkt een caesuur te liggen bij een verblijfsduur van ongeveer 10 jaar. Van de patiënten die langer dan 10 jaar in de instelling verbleven had ongeveer een kwart (27%) de wens met ontslag te gaan, terwijl dit aandeel, met 46%, aanzienlijk hoger lag voor patiënten die korter dan 10 jaar waren opgenomen.

Deze relatie tussen verblijfsduur en ontslaghouding bleek geldig (Kendall's tau, $p < .05$) voor diverse groepen patiënten: mannen en vrouwen, jongeren en ouderen, gehuwden en alleenstaanden, schizofrene patiënten en patiënten met andere diagnoses, patiënten met goede en minder goede vaardigheden en aanpassing binnen de instelling, lichamelijk gezonde patiënten, vrijwillig en onvrijwillig opgenomen patiënten, patiënten met een onvolledig thuismilieu, niet suïcidale patiënten, agressieve en niet agressieve patiënten. Alleen voor een viertal subgroepen was het minder duidelijk of ook daar de relatie gold. Het ging daarbij om patiënten met een goede externe sociale integratie, patiënten die lichamelijk ziek of gehandicapt waren, patiënten met suïcidaal gedrag en patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu.

Een lange verblijfsduur ging overigens niet alleen gepaard met een meer negatieve attitude van patiënten ten aanzien van ontslag, maar tevens met een positieve houding tegenover de eigen afdeling en instelling. Vooral de patiënten die korter dan vijf jaar waren opgenomen, hadden een ambivalente houding ten aanzien van de afdeling en instelling, namelijk 62%. Bij de patiënten met een langer verblijf waren deze twijfels steeds meer vervangen door een aanvaardende, positieve attitude.

Terwijl van de patiënten die korter dan 5 jaar waren opgenomen, een

Tabel 2: Lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen naar verblijfsduur en houding ten aanzien van afdeling/instelling (HA); percentages

houding afdeling	< 2 jaar	2-5 jaar	6-10 jaar	11-20 jaar	21-30 jaar	> 30 jaar	totaal
positief	29%	23%	46%	55%	63%	51%	42%
ambivalent	63	61	47	33	27	40	47
negatief	8	16	7	12	10	9	11
totaal %	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
totaal abs.	35	67	61	51	30	43	287

tau = .195; s.e. = .047; $p < .005$

kwart positief scoorde op de Houding Afdeling (HA)-index, nam dit aandeel met de verblijfsduur steeds meer toe. Een uitgesproken negatieve houding ten aanzien van de afdeling en instelling kwam met 11% van de steekproefpatiënten betrekkelijk weinig voor, en varieerde niet veel ongeacht de duur van het verblijf. Ook deze relatie werd gevonden voor de verschillende subgroepen, met uitzondering van gehuwde patiënten, patiënten met een betrekkelijk volledig thuismilieu en patiënten zonder enig agressief gedrag. Er zijn dus aanwijzingen dat een lang verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis niet alleen een indicatie is voor de ernst en de duur van de stoornis, maar tevens iets zegt over de voorkeur van de patiënt om in de instelling te blijven wonen. Drake en Wallach (1979) en Adler, Drake en Stern (1984) hebben reeds eerder op dit fenomeen gewezen.

Vervolgens is gekeken naar de personen ($N = 179$) die na een langdurige psychiatrische opname daadwerkelijk in een 21-tal willekeurig gekozen beschermende woonvormen verblijven. Deze groep van huidige bewoners van beschermende woonvormen werd vergeleken met de groep van lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen die volgens het oordeel van psychiater en verpleegkundige voor een beschermende woonvorm in aanmerking komen. Vergeleken werd dus met een subgroep van lang opgenomen patiënten binnen de algemene psychiatrische ziekenhuizen, namelijk die patiënten van wie de behandelaars overplaatsing naar een beschermende woonvorm geïndiceerd achtten. Op de meeste variabelen/profielkenmerken werden geen significante verschillen gevonden tussen beide groepen.

Wel werden bij de huidige bewoners van beschermende woonvormen meer neurotische en depressieve stoornissen genoemd, en kwamen verstandelijke handicaps minder voor. Meer personen, 9 van de 10, in beschermende woonvormen hadden een eigen bankrekening. Ook hadden zij meer en intensievere contacten met het leven buiten de instelling, dan de groep die nog in het psychiatrisch ziekenhuis verblijft. Zowel het aspect van de eigen bankrekening als ook de betere externe integratie van de personen in beschermende woonvormen is ons

Overzicht: Vergelijking van lang opgenomen patiënten (l.o.p.) in 5 psychiatrische ziekenhuizen die voor beschermende woonvormen in aanmerking komen ($N=45$) met ex-l.o.p. in 21 beschermende woonvormen ($N=179$)

Geen verschil ($p>.05$, χ^2 -toets, 2-zijdig)

- geslacht
- leeftijd
- burgerlijke staat
- verblijfsduur psychiatrisch ziekenhuis
- lichamelijke ziekten/handicaps
- volledigheid thuismilieu
- op vakantie geweest
- agressiviteit
- suicidaliteit
- basale zelfredzaamheid (BZR)
- potentiële sociale vaardigheden (PSV)
- interne sociale integratie (ISI)

Wel verschil ($p<.05$)

- psychiatrische diagnose
- eigen bankrekening
- externe sociale integratie (ESI)

Tabel 3: Houding van bewoners van beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische ziekenhuizen (APZ) ten aanzien van hun instelling

		positief	ambivalent	negatief	totaal
BWV	($N=179$)	65%	33%	2%	100%
APZ	($N=45$)	33%	53%	14%	100%

$\chi^2=18,42$; $df=2$; $p<.0001$

inziens eerder een effect van de setting dan een verschil in mogelijkheden van patiënten.

Beide groepen verschillen dus niet wezenlijk van elkaar op basis van een aantal profielkenmerken. Geldt dit ook voor de houding ten aanzien van ontslag, of ten aanzien van de instelling waar zij verblijven?

Tweederde van de bewoners van beschermende woonvormenervaart het verblijf in een dergelijke instelling als positief. Van de patiënten die nog in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven maar volgens hun hulpverleners wel voor een beschermende woonvorm in aanmerking komen, hadden de meesten (53%) een ambivalente, soms ook een negatieve houding (14%) ten aanzien van afdeling en instelling.

De bewoners van beschermende woonvormen beleven dus hun huidige verblijfsituatie als aanzienlijk prettiger dan de personen die (nog) in psychiatrische ziekenhuizen verblijven. De interpretatie van dit re-

sultaat is niet zo eenvoudig als het lijkt. Zo zou binnen de beschermende woonvormen sprake kunnen zijn van positieve selectie. Het is mogelijk dat vooral de gemotiveerde en vaardige bewoners nog steeds in beschermende woonvormen verblijven en in de steekproef vertegenwoordigd zijn, terwijl de minder gemotiveerde en vaardige bewoners na een korte try-out-periode inmiddels weer naar het psychiatrisch ziekenhuis zijn teruggeplaatst. Het is dus wenselijk om deze bevindingen te toetsen aan resultaten van longitudinaal onderzoek.

Vervolgens is de vraag aan de orde of beschermende woonvormen voor deze doelgroep als een soort residentiële eindvoorziening beschouwd kunnen worden. Hoe oordeelt het personeel van beschermende woonvormen over mogelijkheden van zelfstandige kamer- of flatbewoning, al of niet met ondersteuning? En welke mening en wensen hebben de bewoners zelf?

Tabel 4: Oordeel leiding van beschermende woonvormen

- zelfstandig wonen?	ja - 7%
	nee - 93%
- informatie gegeven over andere opvangmogelijkheden?	ja - 7%
	terloops - 14%
	nee - 79%
- ontslag binnen 6 maanden?	ja - 2%
	misschien - 5%
	nee - 93%

De leiding van de beschermende woonvormen achtte alleen voor enkele van de bewoners verdere doorstroming naar een meer zelfstandige woonsituatie haalbaar. Van de 179 ex-patiënten in 21 beschermende woonvormen werden 7% genoemd in verband met zelfstandig wonen of wonen bij familie, kennissen of vrienden. Bij 21% van de bewoners werd in het verloop van één jaar enige informatie gegeven over andere mogelijkheden van huisvesting en zorg. Daadwerkelijke uithuisplaatsing op kortere termijn achtte men echter slechts voor een gering aantal bewoners mogelijk.

Dit oordeel van de leiding van beschermende woonvormen sloot niet geheel aan bij de wensen en oriëntatie van de bewoners.

Tabel 5: Houding van bewoners van beschermende woonvormen (BWV) en psychiatrische ziekenhuizen (APZ) ten aanzien van ontslag naar een meer zelfstandige leefsituatie

		positief	ambivalent	negatief	totaal
BWV	(N=179)	25%	40%	35%	100%
APZ	(N=45)	47%	39%	14%	100%

$$\chi^2 = 9,05; df = 2; p < .05$$

We zien in dit overzicht dat een kwart van de bewoners van beschermende woonvormen een duidelijke voorkeur had voor een meer zelfstandige woonsituatie en 40% een ambivalente houding innam. Het waren vooral de jongere en sociaal vaardige bewoners van beschermende woonvormen die deze wens hadden. De meerderheid van de patiënten van psychiatrische ziekenhuizen die voor beschermd wonen in aanmerking kwamen waren of positief (47%) of ambivalent (39%) over een mogelijk ontslag.

Beschouwingen

Reeds een kwart eeuw geleden wees Wing (1962) op de relatie tussen verblijfsduur en ontslaghouding. Met de verblijfsduur daalde het verlangen van patiënten om ontslagen te worden. De resultaten van dit onderzoek werden nog eens bevestigd door Freeman (1965).

Barton (1976) onderkende hetzelfde fenomeen, maar dan op basis van klinische ervaringen. Hij wees erop dat het met een toenemende verblijfsduur steeds moeilijker wordt om opgenomen patiënten ervan te overtuigen dat de moeilijke stap naar buiten nog steeds de moeite waard is. Hij schrijft: 'It is difficult to persuade patients that the tremendous effort to re-enter the world outside is worth the gain. Many patients say they never wish to leave hospital: "I'm quite happy jogging along here, Doctor", or "Leave me alone, Doctor, I'm not well enough to manage outside", or "Nobody wants me - they haven't got room"'.

Voor de gevonden relatie tussen verblijfsduur en houding ten aanzien van de afdeling/instelling zijn verschillende verklaringen mogelijk. We zullen beginnen met enkele, die gezien onze bevindingen minder waarschijnlijk zijn.

De veronderstelling dat zeer lang opgenomen patiënten lichamelijk kwetsbaarder zijn en daardoor de huisvesting, de begeleiding en de contacten met medebewoners en hulpverleners gunstiger ervaren, wordt niet gestaafd door de resultaten in dit onderzoek. De houding van lichamelijk gehandicapte patiënten en patiënten met een geringe basale zelfredzaamheid ten aanzien van de afdeling/instelling was niet positiever dan die van niet gehandicapte en zelfredzame patiënten. In tegendeel, zeer lang opgenomen patiënten met lichamelijke handicaps bleken een minder positieve houding in te nemen tegenover hun afdeling en instelling dan zeer lang opgenomen patiënten zonder dergelijke handicaps.

Een andere mogelijkheid is dat zeer lang opgenomen patiënten door hun veelal oudere leeftijd geringere verwachtingen hebben, minder eisen stellen en minder kritisch zijn ten aanzien van de leefsituatie op de afdeling dan jongere patiënten. Deze aanname werd niet gesteund door de resultaten van het onderzoek. Tot en met een verblijfsduur van 20

jaar verschilden patiënten van 55 jaar en ouder en de jongere patiënten nauwelijks van elkaar, wat betreft hun houding tegenover de afdeling. Bij de patiënten met een verblijfsduur van langer dan 20 jaar waren jongere patiënten zelfs aanzienlijk positiever (67%) dan oudere patiënten (55%). Tevens is het niet waarschijnlijk dat de positieve houding van zeer lang opgenomen patiënten ten aanzien van de afdeling vooral te verklaren is door eenzijdige gerichtheid op activiteiten binnen de instelling. Het waren niet de patiënten met een minder goede externe sociale integratie (ESI) die hoog scoorden op de Houding-Afdeling-Index, maar vooral de patiënten met een goede externe sociale integratie. Van de patiënten die 6 tot 20 jaar in de instelling verbleven en een goede ESI-score hadden, vertoonde 51% een positieve houding ten aanzien van de afdeling. Bij de patiënten die langer dan 20 jaar waren opgenomen, was dit aandeel zelfs 71%.

Een meer plausibele verklaring is dat relatief kort opgenomen patiënten de leefsituatie binnen het psychiatrisch ziekenhuis toetsen aan de woonsituatie, de privacy en de autonomie die zij eventueel hadden voordat de opname plaatsvond. Dit referentiekader gaat – zo is de redenering – met toenemende verblijfsduur steeds meer vervagen en wordt vervangen door een aangepast referentiekader betreffende de woonsituatie en de huisregels van het psychiatrisch ziekenhuis. Zo blijkt in ons onderzoek dat zeer lang opgenomen patiënten (> 5 jaar) in het algemeen minder overtuigd zijn van de wenselijkheid van een verblijf buiten het instituut en het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis meer zijn gaan waarderen. Het waren vooral de zeer lang opgenomen patiënten die een negatieve of ambivalente houding hadden tegenover een eventueel ontslag. Van deze patiënten met weerstanden en reserves tegenover ontslag oordeelde 62% positief over de afdeling. Van de patiënten, die korter dan vijf jaar in de instelling verbleven en ambivalent of negatief oordeelden over een mogelijk ontslag, was daarentegen 40% positief over de afdeling. De meeste patiënten (50%) waren ambivalent in hun houding ten opzichte van afdeling en instelling. Een uitgesproken negatieve attitude kwam ook bij deze groep nauwelijks voor (10%).

Onder anderen Mechanic (1980) heeft erop gewezen dat het referentiekader, van waaruit opgenomen patiënten oordelen over de zorg, de woonsituatie en andere levensomstandigheden in het psychiatrisch ziekenhuis, verschilt met het oordeel van personen die buiten het psychiatrisch ziekenhuis wonen. Het verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis is, volgens Mechanic, voor veel patiënten een laatste toevluchts-oord – een asiel in positieve zin, als zij niet meer opgewassen zijn tegen de moeilijke situaties, waarin zij buiten de instelling verkeren. Gezien deze ervaringen zou het niet verbazingwekkend zijn dat patiënten weinig aandacht schenken aan beperkende maatregelen in het ziekenhuis, en dat zij de ontvangen zorg en aandacht binnen de instelling in het al-

gemeen positief waarderen. Soortgelijke kanttekeningen werden reeds eerder geplaatst door Mayer en Rosenblatt (1974) naar aanleiding van onderzoek naar de houding van 200 personeelsleden en 220 patiënten ten aanzien van de leefsituatie op de afdeling. Zij concludeerden dat het personeel minder gunstig oordeelde over de leefsituatie dan patiënten. De hulpverleners waren vooral positief te spreken over de bijeenkomsten in kleinere groepen waar patiënten over hun problemen konden praten. De patiënten daarentegen hadden een meer positieve houding ten aanzien van maaltijden, het netjes houden van kamers, de veiligheid op de afdeling, de vrijetijdactiviteiten en de beschikbaarheid van de arts. Daarnaast blijft de mogelijkheid bestaan dat zelfselectie heeft plaatsgevonden op basis van de houding ten aanzien van de afdeling. Hiermee wordt bedoeld dat patiënten die het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis als te beperkend ervaren en het ziekenhuis niet als langdurig woonmilieu accepteren, eerder geneigd zullen zijn om de intramurale behandeling te beëindigen en naar alternatieve huisvesting te zoeken, vergeleken met patiënten die reeds na een betrekkelijk korte opnameduur zich binnen de instelling thuis zijn gaan voelen. In een dergelijke redenering zijn het vooral de patiënten die van begin af aan een positieve houding innemen tegenover de afdeling, die zeer langdurig in het psychiatrisch ziekenhuis zullen verblijven.

Daar onze resultaten gebaseerd zijn op dwarsdoorsnedeonderzoek waarbij longitudinale gegevens over de houding van patiënten ontbreken, zal ook met laatstgenoemde verklaringsoptie rekening gehouden dienen te worden.

Ongeveer 12 procent van de in een psychiatrisch ziekenhuis lang opgenomen patiënten kwamen volgens hun hulpverleners in aanmerking voor overplaatsing naar een beschermende woonvorm. Deze groep bleek op een aantal belangrijke kenmerken niet te verschillen van bewoners van beschermende woonvormen met een langdurig klinisch verleden. Wel verschilden zij in beleving van hun verblijfsituatie, -kliniek of beschermende woonvorm. Tweederde van de bewoners van beschermende woonvormen oordeelde positief over de eigen instelling, tegenover éénderde van de personen die in de kliniek verbleven. De bewoners van beschermende woonvormen hadden tevens minder de wens om van verblijfplaats te veranderen, maar wel meer dan de leiding van de beschermende woonvormen mogelijk achtte. Opvallend is dat binnen beide groepen een aanzienlijk aantal bewoners ambivalent tegenover overplaatsing stond. De vraag is hoeveel van deze bewoners tot een positieve houding te bewegen zouden zijn indien zij samen met een behandelaar/begeleider een concreet alternatief zouden kunnen bezichtigen. Ook hier geldt: onbekend maakt onbemind.

Maar hier ligt tevens het probleem: het aantal plaatsen in beschermende woonvormen is ver achtergebleven bij de beleidsdoelstellingen van de overheid (Nota Geestelijke Volksgezondheid 1984) en op veel

plaatsen bestaan lange wachtlijsten (ook in regio's waar het aantal plaatsen wel volgens de norm is). In 1987 waren er landelijk 3071 plaatsen (NCGV 1988) terwijl er volgens de WZV-norm van 0,38% 5510 plaatsen hadden dienen te zijn. Het wordt de behandelaar/begeleider dus niet eenvoudig gemaakt zijn patiënt concrete alternatieven te laten zien, omdat daar meestal gaan plaats is. Zonder wachtlijsten en met concrete, bij naam te noemen alternatieven, hadden wellicht nog meer patiënten positief tegenover overplaatsing gestaan. En dat geldt tevens voor hun behandelaars.

Literatuur

- Adler, D.A., R.E. Drake en R. Stern (1984), Viewing chronic mental illness: a conceptual framework, *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 25, no. 2, 192-207.
- Barton, R. (1976), *Institutional Neurosis*, Chicago, Year Book Medical, John Wright & Sons.
- Drake, R.E., en M.A. Wallach (1979), Will mental patients stay in the community? A social-psychological perspective, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 47, 2, 285-294.
- Freeman, J. (1965), Attitudes to discharge among long-stay mental hospital patients and their relation to social and clinical factors, *British Journal of Clinical Psychology* 4, 270-279.
- Goffman, H.H. (1961), *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Garden City, NY, Doubleday.
- Haveman, M.J., N.W. Poelijoe en E.S. Tan (1986), *Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*; verslag van een landelijk substitutie-onderzoek, vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek, Rijksuniversiteit Limburg.
- Haveman, M.J. (1987), *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg; een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*, proefschrift, Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.
- Haveman, M.J. (1988), Vaardigheden van lang opgenomen patiënten in relatie tot besluitvorming over vervangende zorg, *Tijdschrift voor Psychiatrie* 30, 7, 417-430.
- Mayer, J.E., en A. Rosenblatt (1974), Clash perspective between mental patients and staff, *American Journal of Orthopsychiatry* 44, 3, 432-441.
- Mechanic, D. (1980), *Mental health and social policy*, 2nd edition, Englewood Cliffs, NJ, Prentice Hall.
- Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid (1988), *GGZ in cijfers*, Utrecht.
- Wing, J.K. (1962), Institutionalism in mental hospitals, *British Journal of Social and Clinical Psychology* 1, 38-51.

Summary: Attitudes of longstay psychiatric patients with regard to discharge

In an era with dehospitalization as a central theme of 'de jure' health policy little is known about patients' attitudes with regard to their actual living condition, discharge and alternative care. In this respect three key questions were tackled in a Dutch study:

- How many longstay patients (> 2 years) of mental hospitals are positively or negatively inclined towards discharge?
- Do patients' attitudes differ according to length of inpatient stay?
- Are residents of sheltered homes (former longstay patients) more positive about their actual place of residence compared with the attitudes of hospitalized longstay patients (eligibles for sheltered homes)?

For answering these questions data of a random sample of 276 longstay patients in five mental hospitals and 179 former longstay patients in sheltered homes were analyzed. In this study the VOL III was used, - a prestructured Dutch interview schedule consisting of 25 items. The schedule was checked on test-retest interrater reliability and internal consistency in a pilot study (Haveman 1987).

It was found that 38 percent of the hospitalized patients had positive attitudes towards discharge. Just as many patients (36%) had ambivalent feelings, whereas 26 percent of the patients were unfavourably disposed towards discharge. Especially the hospital-residents with an inpatient stay of ten years or longer were strongly attached to their present place and style of living and did not show any inclination towards discharge. This result was consistent for different groups of patients according to sex, age, marital state, psychiatric diagnosis, physical handicaps, skills and level of social integration. Significant differences were found between former longstay patients in sheltered homes and longstay hospital patients (who are eligible for sheltered homes) in like or dislike of their residence. The residents of sheltered homes were much more in favour of their place of living, than patients still living in mental hospitals.

M.J. Haveman is als medisch socioloog, universitair hoofddocent verbonden aan de vakgroep Epidemiologie/Gezondheidszorgonderzoek van de RU Limburg; N.W. Poelijoe is als klinisch psycholoog verbonden aan de afdeling Ambulante en Sociale Psychiatrie van de RU Utrecht. Correspondentieadres: vakgroep Epidemiologie/GZO, RU Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 8-9-'89.