

# Het substitutiebeleid van de overheid faalt; wie neemt de maat?

*door L.J. van der Werf*

**Gepubliceerd in 1996, no. 8**

## **Samenvatting**

**De doelstelling van de regering uit 1984, om tot het jaar 1990 een 2000-tal bedden van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) om te zetten in plaatsen in beschermende woonvormen (BW), werd bij lange na niet gehaald. In de nota 'Onder Anderen' (1993) werd deze doelstelling echter verhoogd naar meer dan 4000. Schellings e.a. (1995) komen op grond van hun onderzoek tot de conclusie dat dit beleidsvoornemen van de regering haalbaar is (44% van de lang opgenomen patiënten zou in aanmerking komen voor vervangende zorg) als alle partijen meewerken. Aan deze medewerking zou het ernstig hebben geschort. De belangrijkste kanttekening die bij het onderzoek van Schellings e.a. wordt gezet is dat het oordeel van behandelaren over mogelijkheden voor vervangende zorg weinig tot geen voorspellende waarde heeft. Geconcludeerd wordt dat de kans op het slagen van het substitutiebeleid van de overheid kan worden vergroot als enerzijds het zorgaanbod van de BW beter wordt afgestemd op de zorgvraag van de betrokken patiënten, en anderzijds als de huidige financieringsystematiek wordt veranderd.**

## **Inleiding**

Met het verschijnen van de Nieuwe Nota 1984 van de toenmalige staatssecretaris werd het langdurig verblijf van chronisch psychiatrische patiënten in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis (APZ) in toenemende mate ter discussie gesteld. In deze nota werd aangekondigd dat tot het jaar 1990 een 2000-tal plaatsen van het APZ diende te worden omgezet in plaatsen in beschermende woonvormen (BW). De discussie over de vraag of een omvangrijke substitutie van APZ-bedden in BW-plaatsen wenselijk en haalbaar is, was toen al in volle gang (zie Henkelman en De Ruiter 1991). Giel (1984) stelt in zijn artikel 'Onze moeite met moeilijke mensen' dat hulpverleners moeten oppassen voor te hoge verwachtingen over de resultaten en mogelijkheden van vervangende zorg. De consequenties van de pathologie en de psychiatrische invaliditeit worden naar zijn mening vaak ernstig onderschat. Giel verwijst daarbij naar de situatie in de VS, waar het sluiten van APZ'en zonder goede vervangende zorg het lot van veel psychiatrische patiënten eerder nog verder verslechterde dan verbeterde. Tholen (1991) stelt dat de zorg in de RIBW te kort schiet met name waar het gaat om de medisch psychiatrische kant van de zorg. Aan de andere kant betoogt Romme (in Schrameyer 1985) dat we in Nederland nog maar nauwelijks zijn begonnen met substitutie. Hij vindt dat er veel meer mogelijk is met ambulante zorg, mits deze flexibel is en op maat. In 1987 verscheen het onderzoek van Haveman, waarin hij tot de conclusie kwam dat 30% van de langer dan twee jaar opgenomen patiënten van het APZ in aanmerking zou komen voor vervangende zorg. Tussen 1986 en 1989 verschenen drie nota's van de Nationale Raad voor de volksgezondheid (NRv) (1986, 1988 en 1989) over de tussentijdse evaluatie van dit substitutiebeleid. Hieruit bleek dat de beoogde aantallen gesubstitueerde plaatsen per jaar niet werden gehaald. Daarom werden in deze nota's nadere aanbevelingen opgenomen over de wijze waarop aan deze substitutie beter vorm diende te worden gegeven. Zo stelde de NRv in 1986 dat

sociowoningen op of bij het APZ-terrein een alternatief vormen voor de zeer langdurig opgenomen patiënten die sterk gehecht waren aan het APZ. Het ontbrak volgens de Raad daarnaast aan harde en positieve criteria voor uitplaatsing naar beschermende woonvormen, en deze zouden volgens de Raad ook niet kunnen worden ontwikkeld. Daarom werd in de nota uit 1988 aanbevolen om bij iedere patiënt die langer dan twee jaar opgenomen is in het APZ, expliciete en onderbouwde besluitvorming te laten plaatsvinden over de mogelijkheden van vervangende zorg. Het APZ moet kunnen aantonen dat de zorg die in het APZ wordt geboden aan de patiënt, niet door de BW kan worden geboden. De 'bewijslast' voor voortzetting van het verblijf in het APZ komt bij het APZ te liggen. In het Utrechtse model (Roosenschoon en Wilken 1992) van de Regionale Indicatie Commissie (RIC) wordt deze handschoen opgenomen, de RIC beoordeelt zowel indicatieaanvragen voor de verblijfsafdelingen van het APZ als voor de BW. Van Zuthem (1994) stelt dat het verzet van de APZ'en om mee te werken aan de substitutie massaal en succesvol is geweest. En onlangs verscheen een onderzoeksrapport van Schellings e.a. (Schellings e.a. 1995), getiteld: 'Belemmerende Muren: een onderzoek naar vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten', waaruit naar voren komt dat het hogere beoogde aantal uit de nota 'Onder Anderen' (1993), van de vorige staatssecretaris, wel haalbaar is als alle partijen meewerken. Het is tijd om de balans op te maken van deze langlopende discussie door dit laatste onderzoek kritisch tegen het licht te houden, met als hoofdvraag wat er aan de hand is als de doelstellingen steeds weer niet worden gehaald, maar toch naar boven toe worden bijgesteld. Voorafgaand daaraan zal eerst een samenvatting van het onderzoek van Schellings e.a. worden gegeven.

### **Samenvatting van het onderzoek 'Belemmerende Muren'**

*De conclusies van het onderzoek* - De hoofdconclusies uit het onderzoek zijn:

1. dat bijna 44% van de lang opgenomen patiënten van het APZ naar het oordeel van hun behandelaars binnen één jaar in aanmerking komt voor vervangende zorg en ontslag uit het APZ. Ongeveer 60% van hen komt in aanmerking voor een plaats in een RIBW;
2. dat slechts 30% van de patiënten die een positieve indicatie kregen van hun behandelaar na een jaar ook *daadwerkelijk* is uitgeplaatst of op de wachtlijst staat voor een RIBW;
3. dat de RIBW in de praktijk slechts een bescheiden rol speelt als vervangende zorg voor langdurig opgenomen patiënten;
4. dat van de patiënten die een positieve indicatie hebben degenen die het best functioneren de grootste kans maken om daadwerkelijk met ontslag te gaan; en ten slotte;
5. dat de daadwerkelijk ontslagen patiënten niet nog beter gaan functioneren, en gemiddeld ook niet tevredener zijn dan de niet uitgeplaatsten.

*De belemmerende muren: waarom lukt de substitutie niet?* - De onderzoekers zoeken het antwoord op deze vraag in de eerste plaats in het ontbreken van een daadkrachtig overheidsbeleid. Zij geven hiervoor de volgende redenen:

- a. het ontbreken van een wettelijke verankering van de substitutieplannen;
- b. het ontbreken van financiële sanctiemogelijkheden (de ziektekostenverzekeraars, en niet de overheid, keren de bedragen uit aan de instellingen);

- c. het overdragen van een groot deel van de planningsbevoegdheden aan de provincies;
- d. de invloed van de koepelorganisaties;
- e. de 'wet van de remmende voorsprong'; in Nederland is in vergelijking met andere landen al vroeg (jaren zestig en jaren zeventig) veel geld besteed in psychiatrische ziekenhuizen voor renovatie, nieuwbouw, deconcentratie, functionele differentiatie en kleinschalig wonen in woonwijken.

Deze redenen zijn in de ogen van de Schellings e.a. toch onvoldoende om het gebrek aan doorstroming van langdurig opgenomen patiënten naar andere voorzieningen te kunnen verklaren. Zo vinden zij het frappant dat slechts 30% van de positief geïndiceerde patiënten na één jaar daadwerkelijk is uitgeplaatst of hiervoor op de wachtlijst staat. De aanvullende redenen hiervoor zoeken zij in de volgende patiëntgebonden en instellingsgebonden belemmeringen.

1. Een tekort aan huishoudelijke, sociale en maatschappelijke vaardigheden van de betrokken patiënten.
2. Bij patiënten bestaan angstgevoelens om de vertrouwde omgeving te verlaten, en angst voor het onbekende.
3. Bij een aantal patiënten is het misschien moeilijk om in te schatten of zij binnen een jaar naar vervangende zorg overgeplaatst kunnen worden.
4. De belangen van de APZ'en.

Schellings e.a. opperen als mogelijke verklaring voor een gebrekkige medewerking van de APZ'en dat de (economisch) directeur zich verantwoordelijk voelt voor de financiering van de patiëntenzorg en daarom van mening kan zijn, dat de substantiële en constante instroom van gelden voor langdurig opgenomen patiënten niet gemist kan worden voor de zorgverlening van de gehele instelling. Zij stellen dat de invloed van de belangen van de APZ-en nauwelijks te achterhalen is, niet empirisch te onderzoeken en daarom in hun onderzoek buiten beschouwing is gelaten.

Aan het eind van het rapport doen Schellings e.a. aanbevelingen voor verbetering. Naast een daadkrachtiger overheidsbeleid bevelen de onderzoekers aan om de houdingsaspecten van de patiënten positief te beïnvloeden door het geven van voorlichting over alternatieven, het voeren van motiverende gesprekken en dergelijke. Verder zou de opnameduur een duidelijk criterium moeten gaan vormen om de situatie van de patiënt te evalueren, door na één jaar te bezien of opname nog langer noodzakelijk is. En: de patiënt zou uiteindelijk een belangrijke stem moeten hebben in zijn of haar psychiatrische carrière en een keuze moeten kunnen maken uit verschillende alternatieven voor verder verblijf in het APZ.

### **Commentaar op 'Belemmerende Muren'**

De hoofdconclusie uit het onderzoek luidt dat bijna 44% van de lang opgenomen patiënten van de APZ'en binnen de termijn van één jaar in aanmerking komt voor vervangende zorg. Die 44% staat voor het percentage lang opgenomen patiënten dat *naar het oordeel van hun behandelaren* in aanmerking komt voor vervangende zorg. Uit een aantal onderzoeken blijkt echter dat het oordeel van behandelaren echter weinig prognostische waarde heeft (Wennink 1986; Van Andel 1987 en 1990; Henkelman en De Ruiters 1991). Ook in het onderzoek van Schellings e.a. komt dit naar voren. In slechts 30% van de gevallen bleek de positieve indicatie van de behandelaar door daadwerkelijke uitplaatsing te worden gevolgd, en de behandelaren bleken bovendien geen rekening te hebben gehouden met de mogelijkheid dat patiënten op een andere manier, bijvoorbeeld zonder nazorg, met

ontslag zouden gaan (vergelijk Van Andel 1987 en 1990). Er is dus sprake van ernstige tekortkomingen in het onderzoek. Het enige dat de onderzoekers werkelijk (maar ongewild) aantonen, is dat de gekozen methode niet deugt.

Verder werd de groep die door de behandelaren *ongeschikt* werd geacht voor vervangende zorg, bij voorbaat buiten het onderzoek gelaten. De lezer wordt daardoor niet geïnformeerd over de vraag hoeveel van deze patiënten in de onderzoeksperiode het APZ desondanks toch hebben verlaten. Het onderzoek is daarom niets anders dan een *opinie*onderzoek onder behandelaren. Men mag hieraan geen voorspellende waarde toekennen.

In Engeland is onderzocht wat de gevolgen zijn van de sluiting van twee APZ'en. Uit dit onderzoek, het TAPS-project (Leff 1993), komt naar voren dat sluiting mogelijk is zonder dat de betrokken patiënten erop achteruitgaan. Hierbij is het van belang te vermelden dat de zorgverlening van deze APZ'en werd overgenomen door een zeer gedifferentieerd aantal zorgvormen, ook voor patiënten met grote tekorten aan huishoudelijke, sociale en maatschappelijke vaardigheden. In Nederland toonde Wennink aan dat juist niet de patiënten die het best functioneren baat blijken te hebben bij vervangende zorg, maar dat de patiënten die het slechtst functioneren het meest erop vooruitgingen (Wennink 1986). Dit is heel begrijpelijk, want de patiënten die al goed functioneren, benaderen waarschijnlijk dichter hun optimale mogelijkheden dan de patiënten die slecht functioneren. Deze beide onderzoeksresultaten geven aan dat het 'niveau van functioneren', dat een grote rol blijkt te spelen in het oordeel van behandelaren, in de praktijk slechts van secundair belang is als het gaat om de vraag of substitutie en vervangende zorg haalbaar zijn.

De andere bevinding van de onderzoekers, dat slechts 30% van de positief geïndiceerden na een jaar daadwerkelijk is ontslagen uit het APZ, danwel hiervoor op de wachtlijst staat, is eigenlijk niet zo frappant, omdat de inschatting van behandelaren onbetrouwbaar is. Het is jammer dat niet is onderzocht of en hoe deze positief geïndiceerde groep in de tussenliggende periode werd voorbereid op de mogelijke uitplaatsing, en wat de mening van de betrokken patiënten was over hun mogelijke uitplaatsing.

De suggestie van Schellings e.a. dat de belangen van de instellingen een belemmering vormen voor substitutie, is interessant. Het afstoten van bedden voor langdurig opgenomen patiënten van het APZ is inderdaad een flinke financiële aderlating, zeker als het patiënten betreft die relatief zelfstandig functioneren en dus relatief goedkope zorg geboden krijgen. Bij de huidige betalingsnormen kan een APZ de duurste plaatsen, die van de opnameafdeling, niet bekostigen zonder financiële middelen over te hevelen van goedkopere plaatsen. De omvang van deze financiële belemmering is echter, in tegenstelling tot wat de onderzoekers beweren, gemakkelijk vast te stellen op basis van kostenberekeningen met behulp van de Behandelmodulen (Schuring e.a. 1984).

Schellings e.a. stellen dat een andere belemmerende factor voor de substitutie in ons land wordt gevormd door het feit dat, in vergelijking met andere landen, in ons land al vroeg veel geld werd besteed in psychiatrische ziekenhuizen aan verbouwing, renovatie, nieuwbouw, deconcentratie, functionele differentiatie en kleinschalig wonen in een woonwijk. Het feit dat deze projecten onder verantwoordelijkheid van het APZ zijn opgezet en niet onder de vlag van de RIBW, mag echter niet zonder meer als 'remmende voorsprong' worden aangemerkt. Immers, met deze projecten van het APZ worden grotendeels dezelfde doelstellingen van de overheid gerealiseerd, zoals functionele differentiatie en kleinschalig wonen in een woonwijk. Anderzijds garanderen zorgvernieuwingsprojecten natuurlijk geenszins dat de kwaliteit van de geboden zorg daarmee evenredig toeneemt. Deze projecten bieden wel de voorwaarden waaronder een verbetering van die kwaliteit mogelijk wordt. Het onderzoek van Tholen (1991) toont aan dat de medisch psychiatrische kant van de zorg in de RIBW die hij onderzocht te kort schiet. Ook vervangende zorg garandeert op

zich dus geen verbetering van de kwaliteit.

### **Wat vinden de patiënten er zelf van?**

In de eerder genoemde nota 'Onder Anderen' (1993) wordt gesteld dat de rol en de inbreng van de patiënten zelf moeten worden versterkt. De vraag wat de betrokken patiënten er zelf van vinden, blijft in het onderzoek van Schellings e.a. buiten beschouwing, terwijl dit juist in belangrijke mate bepalend is voor de kansen op succes bij uitplaatsing (Cournos 1987). Willen lang opgenomen patiënten wel weg uit het APZ? Wat betreft de toekomstwensen van deze patiënten zijn er redelijk wat onderzoeksgegevens bekend. Haveman (1987) vond dat 37% van de patiënten waarschijnlijk tot zeker weg wil uit het APZ; Henkelman en De Ruiter (1991) komen tot 43%, evenals Kaiser (1992), en Van der Werf (1995) komt in zijn onderzoek uit op 44% van de ginterviewde patiënten. Uit het onderzoek van Van der Werf bleek verder dat het merendeel van de langdurig opgenomen patiënten in het APZ goed in staat is om zijn wensen en voorwaarden ten aanzien van de geboden zorg te formuleren en bovendien vaak een heel reële kijk heeft op zijn mogelijkheden en beperkingen. 44% Van de patiënten bleek weg te willen maar nog geen concrete plannen voor de toekomst te kunnen en durven maken, onder andere omdat ze niet wisten aan welke toelatingseisen ze moesten voldoen om in aanmerking te komen voor de instelling van hun voorkeur. Van degenen die wel wisten wat de toelatingseisen waren en weg wilden, koos het overgrote deel van hen voor een andere optie dan de BW, omdat zij dachten niet aan de gestelde eisen te kunnen voldoen.

### **Discussie**

De methode in het onderzoek 'Belemmerende Muren' van Schellings e.a. mist goede gronden. In de eerste plaats omdat behandelaren niet betrouwbaar kunnen voorspellen welke patiënten wel en welke patiënten niet baat kunnen hebben bij substitutie en vervangende zorg. In de tweede plaats omdat de mening van de eerst betrokkenen, de patiënten, niet in het onderzoek werd betrokken. De vraag is daarom of het voeren van motiverende gesprekken, zoals Schellings e.a. aanbevelen, wel een passend middel is. Uit de eerder aangehaalde onderzoeken blijkt namelijk steeds weer dat ongeveer 40% van de lang opgenomen patiënten het APZ toch al wil verlaten. Het ligt daarom meer voor de hand om samen met deze lang opgenomen patiënten te overleggen over de best passende zorg dan hen voor de opties van hun behandelaren te motiveren. Met de stroom mee roeien gaat nu eenmaal makkelijker dan er tegenin. Twee andere belangrijke belemmerende factoren voor het slagen van substitutie zijn waarschijnlijk dat veel van deze patiënten nauwelijks weten wat de voorwaarden en eisen van de BW zijn, en dat voor zover de betrokken patiënten dit wel weten zij vaak van mening zijn dat de BW hun geen passende zorg kan bieden. Naarmate de patiënten een belangrijker stem krijgen in hun psychiatrische carrière, zullen zij in dat geval voor andere opties kiezen zoals sociowoningen buiten het APZ-terrein of deconcentratieprojecten van het APZ. Dit brengt de BW in een nadelige positie ten opzichte van het APZ omdat zij vaak slechts gedegegen kennis hebben van de zorgvraag van patiënten die bij hen worden aangeboden middels de regionale indicatiecommissies, en van de bewoners die reeds bij hen in zorg zijn. Maar er is nog een punt dat de BW in een nadelige positie brengt ten opzichte van het APZ. De huidige financieringssysteem is voor zowel het APZ als de BW afgestemd op een vast bedrag per bed respectievelijk per plaats. De BW krijgen minder geld per plaats en kunnen daarom minder bieden dan het APZ.

### **Conclusies**

Ongeveer 40% van de lang opgenomen patiënten van het APZ wil (al dan niet op termijn) het ziekenhuis verlaten. Behandelaren vinden dat ongeveer 44% van de lang opgenomen APZ-patiënten binnen één jaar in aanmerking komt voor vervangende zorg. Het is niet aannemelijk dat dit grotendeels dezelfde patiënten betreft. Want de wens van lang opgenomen patiënten om weg te willen uit het APZ

wordt grotendeels ingegeven door ontevredenheid met het huidige verblijf, terwijl de overwegingen van behandelaren om patiënten voor te dragen voor vervangende zorg vooral worden ingegeven door het 'niveau van functioneren', een korte opnameduur en een *positieve* houding ten opzichte van de afdeling. Het ligt daarom voor de hand om de patiënten die weg willen uit het APZ uitgebreid voorlichting te geven over mogelijke alternatieven, samen met hen individuele plannen op te stellen ter voorbereiding van hun uitplaatsing en deze plannen vervolgens uit te voeren. Behandelaren zullen zich er daarbij rekenschap van moeten geven dat zaken als het 'niveau van functioneren', de opnameduur en een positieve houding van de patiënt ten opzichte van de afdeling minder voorspellende waarde hebben dan zij vaak denken. Veel patiënten die weg willen, kunnen en durven vaak nog geen toekomstplannen te maken en uit te voeren. Het omzetten van de onvrede van veel lang opgenomen patiënten met hun verblijf in het APZ naar zorgplannen ter voorbereiding op uitplaatsing vergt veel inzet en sociale steun, en vraagt tevens om revalidatiemethodieken. Daarbij zullen meer alternatieve mogelijkheden aan de orde moeten komen dan het APZ of de BW, omdat veel patiënten blijken te kiezen voor andere vormen van zorg, zoals begeleid wonen of zelfstandig wonen met of zonder nazorg. De concurrentiepositie van de BW ten opzichte van het APZ zou aanmerkelijk worden versterkt als het huidige financieringssysteem van vaste bedragen per bed of plaats wordt vervangen door een betalingssysteem gebaseerd op de vraag wat de betreffende instellingen feitelijk bieden. Dit zou niet alleen de kansen op het slagen van het substitutiebeleid van de overheid vergroten, maar ook de groep lang opgenomen APZ-patiënten ten goede komen.

#### Literatuur

**Andel, H. van (1987), Besluitvorming van en rondom chronische patienten. Tijdschrift voor Psychiatrie**

, 26, 603-608.

Andel, H. van (1990), Besluitvorming van en rondom chronische patienten (2), *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 32, 265-273.

Cournos, F. (1987), The impact of environmental factors on outcome in residential programs. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 848-852.

Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 244-261.

Haveman, M.J. (1987), *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg*. Proefschrift, RUL, Maastricht.

Henkelman, L.C.M. en B. de Ruiter (1991), *De Tijden Veranderen*. Proefschrift RU Utrecht.

Kaiser, L.H.W.M. (1992), *Bevorderen van de motivatie tot revalidatie*. Proefschrift RU Utrecht.

Leff, J. (red.) (1993), The TAPS project: Evaluating community placement of long-stay psychiatric patients. *British Journal of Psychiatry*, 162, supplement 19.

Ministerie van WVC (1984), *Nieuwe nota geestelijke volksgezondheid*. Leidschendam.

Nationale Raad voor de volksgezondheid (1986), *Advies plaatsing uit psychiatrische ziekenhuizen in beschermende woonvormen*. NRv publ.nr. 4081-44, Zoetermeer.

Nationale Raad voor de volksgezondheid (1988), *Nota tussentijdse evaluatie substitutiebeleid APZ/BW 1984-1988*. NRv publ.nr. 25/88, Zoetermeer.

Nationale Raad voor de volksgezondheid (1989), *Discussienota substitutie in de gezondheidszorg*. NRv publ.nr. 3/89, Zoetermeer.

Onder Anderen (1993), *Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Nota GGZ, 23 067, nr. 1., SDU, Den Haag.

Roosenschoon, B.J., en J.P. Wilken (1992), *Indiceren voor Wonen, Deel 1 en deel 2*. NZi publ.nrs. 192-835 en 192-836, Utrecht.

Schellings, R., R. Reijnders en M.J. Haveman (1995), *Belemmerende Muren: een onderzoek naar vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten*. RUL, Maastricht.

Schrameyer, F. (red) (1985), '*Nota bene*'. NcGv-reeks 78. NcGv, Utrecht.

Schuring G., L.E. Liem en B.J. Roosenschoon (1984), *Behandelmodulen, deel 1: Handleiding*. NZi publ.nr. 84.388, Utrecht.

Tholen, F. (1991), *Bewoners of patiënten? De gevolgen van chronische psychiatrische stoornissen bij bewoners van verblijfsafdelingen, sociowoningen en beschermde woonvormen*. Proefschrift RU Groningen.

Wennink, J. (1986), *Het Beschut Wonen Effect. De effectiviteit van Beschut Wonen en het algemeen psychiatrische Ziekenhuis*. St. Bavo, Noordwijkerhout.

Werf, L.J. van der (1995), *Zorg op Schaal, de ontwikkeling van de Zorg-Aanbod-Schaal en de toepassing daarvan bij het opstellen van individuele zorgplannen voor chronisch psychiatrische patiënten*. Proefschrift. VU Amsterdam. PC Vogelenzang, Bennebroek.

Zuthem, J.W. (1994), Vijf jaar Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 49, 3-17.

#### **Summary: Taking stock of the Dutch de- institutionalisation**

**The policy of the Dutch government is to transfer more than 4000 long-stay psychiatric hospital beds into places in sheltered housing institutions. This goal has not yet been reached. Schellings c.s. (1995) found that this goal can be reached if all the institutions involved will cooperate. The most important comment on this research, is that it is based on the prognosis by the care-givers. Care-givers mostly decide unilaterally upon referrals of patients. Care-givers can hardly predict in individual cases under which patients would benefit from the new services. A short review of Dutch literature makes it clear that many chronic patients sooner or later want to leave the mental hospital. It is concluded that the chances for successful de-institutionalisation will improve if the care given by sheltered housing institutions would better meet the needs of the patients involved and if the financing system were to change.**

De auteur is als klinisch psycholoog en onderzoeker verbonden aan PC Vogelenzang, Postbus 5, 2120 BA Bennebroek.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 1-2-1996.