

De behoefte aan zorg bij mensen met een schizofrenie of verwante psychotische stoornis, 15 jaar na aanvang van hun psychose

door D. Wiersma, R. Giel, A. de Jong, F.J. Nienhuis en C.J. Slooff

Gepubliceerd in 1995, no. 10

Samenvatting

Het vervolgonderzoek van een incidentiecohort van patiënten, 15 jaar na het ontstaan van een functionele, niet-affectieve psychose, toont dat een aanmerkelijk deel nog psychiatrische problemen heeft en de steun heeft van de geestelijke gezondheidszorg. Deze patiënten zijn onder andere onderzocht met behulp van de 'Needs for Care Assessment (NCA)', een in Londen ontwikkeld instrument waarmee op twintig terreinen problemen in psychosociaal functioneren worden geïnventariseerd en de behoefte aan zorg wordt bepaald. Bij een derde van deze mensen (32% van de 47 patiënten) was in hun behoefte aan zorg niet adequaat voorzien. De betekenis van deze methode voor evaluatieonderzoek in de GGZ wordt besproken.

Inleiding

In dit artikel richten we ons op de bestudering van de noden en behoeften aan geestelijke gezondheidszorg van mensen met schizofrenie en andere niet-affectieve functionele psychosen. We volgen in ons onderzoek een groep mensen die in de periode 1978 en 1979 voor het eerst in hun leven vanwege een psychose in contact kwamen met de GGZ. Van de opzet, het gebruikte instrumentarium en de uitvoering van de 15-jaars follow-up inclusief de eerste uitkomsten over het beloop van de psychose deden we elders verslag (zie Wiersma e.a. 1995). In dit artikel bepalen we ons tot de relatie tussen de verleende zorg en het psychiatrisch toestandsbeeld met de bijbehorende sociale beperkingen. Centraal staat de vraag naar de mate waarin de behoefte aan zorg is vervuld, en naar de consequenties hiervan voor het beleid van de geestelijke gezondheidszorg.

De bepaling van de behoefte aan zorg

Het begrip behoefte aan zorg kan volgens Brewin (zie Thornicroft e.a. 1992) op drie manieren worden uitgelegd: als (a) een gebrek aan gezondheid of welzijn, als (b) het ontbreken van toegang tot geïnstitutionaliseerde zorg, of ook als (c) een gebrek aan specifieke hulp van de GGZ. Bij dit laatste moet het onderscheid tussen de behoefte aan een bepaalde interventie (need for care) en die aan een bepaalde voorziening of instelling (need for service) goed in het oog worden gehouden. Wij volgen Brewin, Wing en anderen (zie Brewin e.a. 1987 en 1989) in hun pleidooi voor een definitie van behoefte die past binnen het kader van een model van zorg dat gericht is op het zo veel mogelijk reduceren van symptomen en van ongemak, en op het verschaffen van vaardigheden voor een zo zelfstandig mogelijk leven in de maatschappij, met zo min mogelijk last voor de directe omgeving. Daartoe dient men regelmatig een aantal problemen te beoordelen op de noodzaak tot en geschiktheid voor interventie. Van behoefte aan zorg is pas sprake als er een specifieke interventie bestaat die het objectieve gebrek (inclusief de eventuele dreiging ervan) kan helpen verminderen. De methode die dergelijke behoeften aan zorg tracht te meten, de Needs for Care Assessment, NCA (zie voor verdere

uitleg ook Giel en Wiersma 1993), vergt drie stappen, die in onderstaand schema, ontleend aan Brewin en Wing (1993), worden weergegeven:

Tabel 1: Beoordeling van psychisch en sociaal functioneren, interventies en zorgbehoefte

Stap 1: beoordeling van het functioneren	Stap 2: beoordeling van de interventies	Stap 3: beoordeling van de zorgbehoefte
Geen of gering probleem	Geen interventie toegepast	Geen behoefte
Recent (dreigend) of huidig probleem	Geen effectieve interventie beschikbaar	Behoeftte is niet te vervullen
	Effectieve (of deels effectieve) interventie wordt toegepast	Behoeftte is vervuld
	Effectieve interventie is beschikbaar, of er is een beter alternatief die niet wordt toegepast	Behoeftte aan zorg is niet vervuld
Niveau van functioneren niet bekend		Behoeftte aan beoordeling is niet vervuld

Behalve deze (primaire) zorgbehoeften vanwege psychisch en sociaal dysfunctioneren - gebaseerd op een meting met behulp van de SCAN (Giel en Nienhuis 1993) en de GSB (Wiersma e.a. 1990) - worden ook enkele (zogenoemde secundaire) zorgbehoeften onderscheiden. Dit betreft een overmaat aan zorg ('overprovision') waarin een interventie als zinloos moet worden beschouwd, bijvoorbeeld een teveel aan medicatie of een overbodig geworden verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, of de situatie waarin een geschikte en effectieve interventie niet kan worden toegepast omdat andere interventies prioriteit hebben. Er is dan sprake van een toekomstige behoefte ('future need'). De behoeftebepaling volgens deze procedure heeft normatieve kanten, en wordt bepaald door de onderzoeker en/of hulpverlener die rekening moet houden met de gangbare opvattingen, maar ze laat ruimte open voor de wensen van de patiënt. Het oordeel over de zorgbehoefte moet weerspiegelen wat de standaard is voor de zorg op een bepaald terrein, ofwel door 'good clinical practice'. Het gaat niet om de meest ideale zorg. Uiteraard dient in redelijke mate consensus te bestaan over wat adequate zorg, behandeling en begeleiding inhouden voor mensen met deze stoornissen. Als voorbeeld van een 'standaard' voor de preventie van relapse bij chronisch schizofrene mensen kan dienen het artikel van Hogarty (1993) of een boek over behandelstrategieën bij schizofrenie (Van den Bosch e.a. 1994).

In ons onderzoek betrof de vaststelling van de zorgbehoefte het oordeel van twee onderzoekers die hierover overleg pleegden. Buitenlands onderzoek wijst uit dat de procedure betrouwbaar kan worden toegepast (Brewin e.a. 1987; Lesage e.a. 1991; Van Haaster e.a. 1994). Onderzoek van de interne en begripsvaliditeit wijst op een hoge mate van overeenstemming tussen terzake kundige beroepsbeoefenaren wat betreft de aard en relevantie van de problemen en de wijze waarop deze worden onderzocht. Over de predictieve validiteit of een extern criterium voor de validiteit is thans

nog niets bekend (Wing en Brewin 1993).

De onderzochte respondenten

Van de oorspronkelijk 82 patiënten van het cohort konden 63 opnieuw worden onderzocht (zie verder Wiersma e.a. 1995). Zestien van hen bleken geen noemenswaardige psychische klachten of sociale problemen te kennen die tot een psychiatrische diagnose leidden en waarvoor een 'needs assessment' relevant was (d.w.z. PSE-Index of Definition = 1; alle GSB-scores = 0, geen beperkingen; in de NCA alle probleemscores = 0, geen problemen). Deze groep mensen, die sociodemografisch opmerkelijk genoeg nauwelijks verschilde van de andere respondenten, functioneerde psychosociaal goed. We laten hen in dit artikel verder buiten beschouwing en richten ons op de 47 respondenten, i.c. patiënten voor wie de (geestelijke) gezondheidszorg in principe wel een functie heeft. Een korte typering van hen: 55% waren mannen, de gemiddelde leeftijd was 40 jaar (sd 7,5 jaar; range 30-59 jaar), 60% nooit gehuwd, 30% gehuwd en 11% gescheiden. Het gaat dus om een groep 'chronische' patiënten met een ziektegeschiedenis van 15 jaar. Een derde van hen leeft al langdurig in een psychiatrisch ziekenhuis of beschermende woonvorm en twee derde woont meer of minder onafhankelijk in de maatschappij (25% woont alleen).

Tabel 2: Aantal patiënten met een probleem per gebied, met de daarbij horende behoefte aan zorg

Probleemgebied	n*	Behoeft vervuld	Behoeft onvervuld	Geen behoefte (niet te vervul- len)
positieve psychotische symptomen	34	26 (76%)	3 (9%)	5 (15%)
traagheid en inactiviteit	14	7 (50%)	2 (14%)	5 (36%)
tardieve dyskinesie	6	4 (67%)	1 (16%)	1 (16%)
neurotische symptomen	16	5 (31%)	4 (25%)	7 (44%)
dementie, organische psychose	0	0	0	0
lichamelijke symptomen	2	1 (50%)	0	1 (50%)
gevaarlijk gedrag	7	6 (86%)	0	1 (14%)
aanstootgevend gedrag	6	4 (67%)	0	2 (33%)
psychosociale stress	12	3 (25%)	4 (33%)	5 (42%)
persoonlijke hygiëne	17	14 (81%)	0	3 (19%)
boodschappen huishouding	5	2 (40%)	0	3 (60%)
maaltijdverzorging	7	3 (57%)	1 (14%)	3 (29%)
huishoudelijke karweitjes	11	6 (55%)	0	5 (45%)
gebruik openbaar vervoer	3	0	1 (33%)	2 (66%)
gebruik openbare voorzieningen	4	0	0	4 (100%)
onderwijs	2	0	0	2 (100%)
werk en bezigheden	14	5 (36%)	3 (21%)	6 (43%)
communicatieve vaardigheden	10	4 (40%)	1 (10%)	5 (50%)
omgaan met geld	14	10 (71%)	1 (7%)	4 (22%)
administratieve verplichtingen	14	12 (86%)	0	2 (14%)

* inclusief gevallen waarin probleem of behoefte status onbekend is

Resultaten

Van het totale aantal mogelijke klinische problemen zijn er 97 werkelijk als een probleem gescoord (d.i. 22%). Van deze groep problemen valt 28% in de categorie geen behoefte ('niet te vervullen behoefte'), 58% in die van vervulde behoefte, en duidt 14% op een onvervulde behoefte aan behandeling en/of nader onderzoek.

Van het totale aantal mogelijke sociale problemen zijn er 101 als een werkelijk probleem gescoord (d.i. 20%). De behoefte aan zorg bij deze groep problemen is bij 38% afwezig, bij 55% vervuld, en bij 7% onvervuld.

Het gemiddelde aantal klinische problemen per patiënt is 2,1, hetzelfde geldt voor de sociale problemen. Samen dus 4,2 problemen per patiënt.

De meeste klinische problemen betreffen positieve psychotische symptomen. Het gaat om 72% van de patiënten, inclusief diegenen die weliswaar geen actieve symptomen hebben maar wel profylactisch antipsychotische medicatie gebruiken. Symptoomcomplexen als angst en depressie, en traagheid en inactiviteit komen bij ongeveer een derde van de patiënten voor. Wat betreft sociale problemen spelen persoonlijke hygiëne, werk en bezigheden, omgaan met geld en het voldoen aan administratieve verplichtingen het vaakst een rol.

Onvervulde behoeften op klinisch of sociaal gebied blijken uiteenlopend en divers. Geen enkel probleem springt er in dit opzicht uit. Er worden in absolute zin twee keer zoveel klinische als sociale 'unmet needs' vastgesteld.

Eén op de zeven patiënten (15%) had ten tijde van ons onderzoek geen enkel contact met de (geestelijke) gezondheidszorg, 21% alleen met de eerstelijnsgezondheidszorg (meestal huisarts, soms maatschappelijk werk), 34% met de RIAGG, en de rest was in semi- (RIBW) of intramurale zorg (APZ). De overgrote meerderheid van de mensen bij wie wij één of meer problemen constateerden, was in behandeling.

De meeste problemen waarvan de zorgbehoefte vervuld is, komen voor bij de mensen die in behandeling zijn bij RIAGG, APZ of RIBW. Het aantal problemen dat niet adequaat behandeld wordt (dus met onvervulde behoeften), is absoluut en gemiddeld per patiënt klein, maar is onder degenen die niet in zorg zijn, relatief groot. Dit geldt ook voor het aantal 'niet te vervullen klinische behoeften' onder hen. Het gaat hier vooral om problemen die een stabiel defect of een resttoestand aanduiden. Verrassend is verder dat klinische zowel als sociale problemen zonder adequate zorg relatief vaak bij de huisarts voorkomen. Het valt op dat sociale problemen met een niet te vervullen zorgbehoefte vaak onder in het APZ opgenomen patiënten voorkomen, hetgeen duidt op een uitputting van de behandelingsmogelijkheden. Er bestaat in het algemeen een duidelijke relatie tussen het aantal klinische en sociale problemen en de aard van de zorg: hoe meer problemen, des te zwaarder de zorg.

Tabel 3: Aantal klinische en sociale problemen, naar status van zorgbehoefte en aard van contact, in absolute aantallen en gemiddelden

	Behoeftte vervuld		Behoeftte onvervuld		Behoeftte niet te vervullen	
Type van zorg:	klinisch	sociaal	klinisch	sociaal	klinisch	sociaal
Niet in zorg	1 (.1)	0 (.0)	3 (.4)	1 (.1)	10 (1.4)	3 (.4)
Huisarts, maatschappelijk werk	9 (.9)	7 (.7)	6 (.6)	3 (.3)	2 (.2)	4 (.4)
RIAGG, polikliniek	20 (1.3)	12 (.8)	3 (.2)	2 (.1)	7 (.4)	5 (.3)
Beschermd wonen	7 (1.2)	9 (1.5)	1 (.2)	0 (.0)	1 (.2)	1 (.2)
Psychiatrisch ziekenhuis	19 (2.4)	28 (3.5)	1 (.1)	1 (.1)	0 (.0)	10 (1.3)

Tot slot bekijken we de behoefte aan zorg per patiënt, waarbij we onderscheid maken tussen drie groepen patiënten:

- a. patiënten met uitsluitend problemen waarvoor geschikte interventies worden toegepast (alle zorgbehoeften zijn vervuld zonder een onvervulde of niet te vervullen zorgbehoefte);
- b. patiënten die naast vervulde zorgbehoeften in ieder geval één probleem hebben waarvoor geen passende interventie haalbaar is (dus ten minste één zorgbehoefte is niet te vervullen);
- c. patiënten met ten minste één probleem waarvoor een passende interventie ontbreekt (dus een onvervulde zorgbehoefte), naast eventuele vervulde of niet te vervullen zorgbehoeften.

Hiermee kunnen we een indicatie geven van de (relatieve) omvang van de patiëntenpopulatie voor wie de GGZ nog een zekere functie heeft. Het blijkt dat één op de drie patiënten één of meer onvervulde zorgbehoeften heeft, terwijl één op de vier zorgbehoeften heeft die niet te vervullen zijn. Onvervulde zorgbehoeften betreffen: het ontbreken van adequate medicatie, structurerende begeleiding, huisbezoek, voldoende bezigheden, of voldoende onderzoek (drie patiënten) naar voorkomen en ernst van de problemen. Het gaat om een antwoord op problemen als psychotische symptomen, onderactiviteit, tardieve dyskinesie, gevaarlijk gedrag, maar ook om psychosociale stress door verlies van huisvesting. Er is dus al met al sprake van een tekort aan zorg en van onvoldoende begeleiding van deze patiënten. Een punt van grote zorg blijkt trouwens het aantal mensen met niet te vervullen zorgbehoeften. Bij de helft van hen staat niet zozeer het onveranderlijke defect of de stoornis voorop waarvoor geen passende interventie meer beschikbaar is, maar juist hun weigering om zich nog aan enigerlei interventie te onderwerpen. Het zijn mensen bij wie dikwijls psychotische verschijnselen, in combinatie met sociale terugtrekking en verwaarlozing, op de voorgrond staan. We zullen deze drie groepen patiënten nader beschrijven in relatie tot het aantal problemen, de diagnostiek en de ontvangen zorg (zie tabel 4).

Tabel 4: De zorgbehoefte van de patiënt in relatie tot het aantal klinische en sociale problemen, de psychiatrische diagnose en de ontvangen zorg, in percentages per kolom

	Alleen vervulde behoeften (n = 20)	Ten minste één niet te vervullen behoefte (n = 12)	Ten minste één onvervulde behoefte (n = 15)
< 2 problemen (n = 17)	60%	17%	20%
3-5 problemen (n = 19)	15%	50%	67%
> 6 problemen (n = 11)	25%	33%	13%
Geen As I-diagnose (n = 4)	10%	8%	7%
Schizofrenie (n = 31)	65%	75%	60%
Angst, depressie (n = 12)	25%	17%	33%
Niet in zorg (n = 7)	5%	17%	27%
Huisarts/m.w. (n = 10)	15%	17%	33%
RIAGG, ambulante (n = 16)	40%	33%	27%
Beschermde wonen (n = 6)	20%	8%	7%
Psychiatrisch ziekenhuis (n = 8)	20%	25%	7%

Het maximale aantal problemen per patiënt is twintig, doch het merendeel van de patiënten heeft er minder dan zes; er is slechts één patiënt met twaalf en er zijn drie patiënten met negen problemen. Bij mensen met onvervulde behoeften gaat het vaak om drie tot vijf problemen, dus op meer terreinen van functioneren, terwijl de mensen met vervulde behoeften vaak een geringer aantal problemen hebben.

De psychiatrische diagnostiek over de afgelopen maand volgens de DSM-III-R As I blijkt bij 31 van de 47 onderzochte patiënten schizofrenie op te leveren (inclusief negatieve symptomatologie). Angst en depressie kwamen bij 12 patiënten voor, en bij de overige vier overheerste de persoonlijkheidsstoornis. 60% van de mensen met onvervulde behoeften leed aan een psychotische stoornis en 33% aan een niet-psychotische stoornis van affectieve aard. Opvallend is dat schizofrenie relatief vaker voorkomt bij mensen met niet te vervullen of vervulde behoeften dan bij degenen met onvervulde behoeften.

Onvervulde behoeften treffen we verhoudingsgewijs vaker buiten de GGZ aan, terwijl deze in onze ogen juist een taak ten opzichte van hen te vervullen heeft. Opmerkelijk is verder dat de huisarts in relatieve zin twee keer zoveel van deze mensen onder zijn hoede heeft als de RIAGG.

In ons onderzoek blijkt het aantal secundaire behoeften gering. Overmatige zorg kwam drie keer voor: twee keer betreffende de voorgeschreven medicatie voor psychotische symptomen en één keer vanwege overbodig toezicht en controle op de financiën. Toekomstige behoeften hebben we nauwelijks met deze methode gevonden: slechts eenmaal voor iemands zelfverzorging.

Buitenlandse bevindingen

De bruikbaarheid van de NCA-methode - aanvankelijk vooral gericht op chronische patiënten in dagbehandeling en buiten het psychiatrisch ziekenhuis - is thans voor verschillende groepen patiënten in de GGZ en daarbuiten gebleken. De methode is met succes toegepast bij 145 chronisch psychiatrische patiënten van dagcentra en dagziekenhuizen in Camberwell (Brewin e.a. 1989), 37 ambulante patiënten in Verona (Lesage e.a. 1991), 46 dak- en thuislozen in hostels (Hogg en Marshall 1992), 156 long stay-patiënten uit drie afdelingen van het APZ en districtsziekenhuis in South Glamorgan (Pryce e.a. 1991), en bij 98 kortdurend en langdurig opgenomen en ambulante patiënten in Montreal (Van Haaster e.a. 1994a en b). In het merendeel van de gevallen gaat het om patiënten met schizofrenie en een langdurige ziektegeschiedenis (meestal van 7 tot 26 jaar), wier gemiddelde leeftijd ligt tussen de 40 en 60 jaar (zie tabel 5).

Tabel 5: Gemiddeld aantal problemen per patiënt, het percentage onvervulde behoefte, en de ratio vervulde : onvervulde behoeften aan zorg, in zes studiegebieden

Problemen:	klinisch		sociaal		totaal aantal per patiënt	ratio behoefte vervuld : onvervuld
	aantal per patiënt	% on- vervuld	aantal per patiënt	% on- vervuld		
Studiegebied						
Camberwell (1988)	2,8	18	4,3	13	7,1	5,0 : 1
Verona (1991)	2,1	27	1,7	8	3,8	3,6 : 1
Oxford (1992)	3,3	40	5,8	29	9,1	1,0 : 1
S Glamorgan (1993)	2,8	12	3,8	49	6,6	1,7 : 1
Montreal (1994)	3,9	11	4,5	21	8,4	4,6 : 1
Groningen (1995)	2,1	14	2,1	7	4,2	5,3 : 1

Het gemiddelde aantal problemen is in de andere studies, met uitzondering van Verona, ongeveer twee keer zo hoog. Dit kan erop duiden dat het in die studies om ernstiger problematiek gaat (al ontbreekt daartoe een extern criterium). Wat betreft de klinische problemen ontlopen de percentages onvervulde behoeften elkaar niet veel (met uitzondering van vooral Oxford). Dit percentage ligt bij ons bij sociale problemen laag, evenals in Verona. De ratio 'met : onmet needs' laat voor ons onderzoek, maar ook voor bijvoorbeeld Camberwell, zien dat de onvervulde behoeften duidelijk in de minderheid zijn. Het percentage patiënten met ten minste een onvervulde behoefte is in de meeste studies niet berekend, met uitzondering van Camberwell. Daar had 56% van de patiënten een of meer onvervulde behoeften, tegen 32% in ons onderzoek. De vergelijking van onze uitkomsten met die van Verona past waarschijnlijk het beste en leert ons in ieder geval dat er betrekkelijk weinig verschillen zijn tussen het gemiddelde aantal problemen en de zorgbehoefte. Dit kan erop duiden dat een 'community-based' GGZ-systeem in Verona niet veel andere uitkomsten oplevert dan ons welvoorzien en 'hospital-based' GGZ-systeem (zie Sytma e.a. 1989).

Conclusie

Het vervolgonderzoek van een incidentiecohort heeft ons getoond dat een aanmerkelijk deel van de opnieuw onderzochte personen (75% van de 63) 15 jaar na het ontstaan van de psychose nog steeds of opnieuw psychische problemen ondervindt en verder zorg heeft. In hun behoefte aan zorg was bij één derde van deze mensen (32% van 47) niet adequaat voorzien. Deze bevinding vraagt om nadere actie van de GGZ, omdat de geconstateerde psychosociale problemen geheel of gedeeltelijk te verhelpen of te verlichten zouden zijn. Bovendien troffen we een aantal mensen aan (6 personen) bij wie vanwege hun weigering een op dat moment niet te vervullen zorgbehoefte bestond. Hun psychische toestand maakte eigenlijk een actie dringender dan bij sommige mensen met een onvervulde zorgbehoefte. Omdat het gevaarscriterium bij deze mensen (net) niet van toepassing was, is het vaak ook moeilijker om in actie te komen. Onze evaluatie heeft ons eens te meer doen inzien dat voor mensen met dit soort stoornissen aanhoudende zorg geboden is: continu en flexibel, in nauwe en centraal gestuurde samenwerking tussen klinische en ambulante voorzieningen.

Literatuur

Bosch, R.J. van den, J.W. Louwerens en C.J. Slooff (1994), *Behandelingsstrategieën bij schizofrenie*

. Bohn, Stafleu Van Loghum, Houten.

Brewin, C.R., J.K. Wing, S.P. Mangan e.a. (1987), Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC Needs for Care Assessment. *Psychological Medicine*, 17, 971-981.

Brewin, C.R., en J.K. Wing (1989), *Manual of the MRC Needs for Care Assessment*. Memo, MRC Social Psychiatry Unit, Londen.

Brewin, C.R., J.K. Wing, S.P. Mangan e.a. (1989), Needs for Care among the long-term mentally ill: a report from the Camberwell High Contact Survey. *Psychological Medicine*, 18, 457-468.

Brewin, C.R., en J.K. Wing (1993), The MRC Needs for Care Assessment: progress and controversies. *Psychological Medicine*, 23, 837-841.

Giel, R., en F.J. Nienhuis (1993), *SCAN Vragenschema's voor de klinische beoordeling in de neuropsychiatrie*. Wereld Gezondheids Organisatie, Genève. Vertaling en bewerking Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Giel, R., en D. Wiersma (1993), Schizofrenie: kosten, baten en behoeften. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 39, 7, 465-476.

Haaster, I. van, A.D. Lesage, M. Cyr e.a. (1994a), Further reliability and validity studies of a procedure to assess the needs for care of the chronically mentally ill. *Psychological Medicine*, 24, 215-222.

Haaster, I. van, A.D. Lesage, M. Cyr e.a. (1994b), Problems and needs for care of patients suffering from severe mental illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29, 141-148.

Hogarty, G.E. (1993), Prevention of relapse in chronic schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 3 (suppl.), 18-23.

Hogg, L.I., en M. Marshall (1992), Can we measure need in the homeless mentally ill? Using the MRC Needs for Care Assessment in hostels for the homeless. *Psychological Medicine*, 22, 1027-1034.

Lesage, A.D., G. Mignolli, C. Faccincani e.a. (1991), Standardized assessment of the needs for care in a cohort of patients with schizophrenic psychoses. In: M. Tansella (red.), *Community-based psychiatry: Long-term patterns of care in South-Verona*. Psychological Medicine Monograph Supplement 19, Cambridge University Press, Cambridge, p. 27.

Pryce, I.G., R.D. Griffiths, R.M. Gentry e.a. (1991), The nature and severity of disabilities in long-stay psychiatric inpatients in South Glamorgan. *British Journal of Psychiatry*, 158, 817-821.

Sytema, S., R. Giel en G.H.M.M. ten Horn (1989), GGZ-gebruik in Italie en Nederland: een interregister vergelijking. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 44, 368-383.

Thornicroft, G., C.R. Brewin en J.K. Wing (red.) (1992), *Measuring mental health needs*. Gaskell Royal College of Psychiatrist, Londen.

Wiersma, D., A. de Jong, H.J.M. Kraaijkamp e.a. (1990), *GSB-II: De Groningse Sociale Beperkingen Schaal Tweede Versie*. Afdeling Sociale Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.

Wiersma, D., F.J. Nienhuis, R. Giel e.a. (1995), Schizofrenie en verwante psychotische stoornissen. Het 15-jaars beloop van een incidentie-cohort. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, ..

Summary: The need for care, fifteen years after the onset of schizophrenia or a related illness

Within the framework of the WHO Coordinated Multi-Center Study on the Course and Outcome of Schizophrenia carried out in 20 countries a cohort of 63 patients coming from a circumscribed area in the northern part of Holland is being followed up about 15 years after their first life-time psychotic breakdown. They are among others assessed by the 'Needs for Care Assessment (NCA)' for the chronically mentally ill according to the protocol described by Brewin a.o. (1987). In this paper the findings with regard to the met and unmet needs for care are reported, of 47 patients who had indeed significant psychiatric problems. One third of them received no (fully) adequate care (i.e. one or more unmet needs). The relevance of this method for evaluating mental health care, nationally as well as internationally, is discussed.

De auteurs zijn allen verbonden aan de vakgroep (Sociale) Psychiatrie van de Rijks- universiteit Groningen, respectievelijk als socioloog/universitair hoofddocent, emeritus hoogleraar, psycholoog/universitair docent, klinisch psycholoog en psychiater. Correspondentieadres: Dr. D. Wiersma, Vakgroep (Sociale) Psychiatrie, Academisch Ziekenhuis, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het onderzoek wordt mede mogelijk gemaakt met een subsidie van het Praeventiefonds.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 13-4-1995.