

Moeilijke psychiatrische patiënten

Een retrospectief follow-up-onderzoek

C.K.M.E. SONNEBORN, J.B. DIJKSTRA

ACHTERGROND Moeilijke psychiatrische patiënten belanden niet zelden in langdurige behandelimpasses. Deze situaties vormen niet alleen een zware belasting voor hulpverleners, wat betreft hun uithoudingsvermogen en werkplezier, maar ook een belasting voor het totaal aan behandelingsfaciliteiten binnen een instituut.

DOEL In dit artikel wordt de werkwijze binnen een 'kliniek voor intensieve behandeling' (KIB) – een gespecialiseerde setting voor moeilijke psychiatrische patiënten – beschreven.

METHODEN Door middel van een retrospectief dossieronderzoek worden 128 patiënten, opgenomen tussen 1993 en 1998, beschreven met betrekking tot demografische gegevens, psychiatrische voorgeschiedenis, reden van aanmelding, behandelingsbeloop en wijze/bestemming van ontslag. Door middel van een follow-up-onderzoek is het behandelresultaat op langere termijn en de tevredenheid bij patiënten en verwijzers onderzocht.

RESULTATEN Patiënten in de beschreven patiëntenpopulatie hebben een gemiddelde psychiatrische voorgeschiedenis van dertien jaar, lijden vaak aan een ernstige persoonlijkheidsstoornis en/of een psychotische stoornis en blijven in de helft van de gevallen ook na de opname in een KIB aangewezen op langdurende klinische zorg. De meeste patiënten en verwijzers zijn tevreden met de werkwijze.

CONCLUSIE Het blijkt mogelijk om behandelimpasses bij moeilijke psychiatrische patiënten te doorbreken. Bij een minderheid van patiënten resulteert dit in resocialisatie naar een zelfstandige woonsituatie.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 5-14]

TREFWOORDEN behandelimpasse, context, moeilijke patiënten, persoonlijkheidsstoornis, psychose

Vanuit klinisch oogpunt vormt het voorkómen en doorbreken van behandelimpasses een relevant probleem, niet alleen door de zware belasting voor de betrokken hulpverleners, maar ook door de schadelijke gevolgen van negatieve interactiespiralen voor patiënten die vaak al ernstig getraumatiseerd zijn (Hinshelwood 1999).

Onderzoek toont aan dat 'de moeilijke patiënt' niet bestaat. Wel zijn er enkele patiëntkenmerken beschreven, die in combinatie met team-

factoren er vaak toe leiden dat de patiënt als moeilijk wordt ervaren (Colson e.a. 1985). Het gaat hierbij om gedragskenmerken, zoals bizar gedrag bij de regressieve, psychotische patiënt die geen of nauwelijks contact toelaat, om ernstige persoonlijkheidsstoornissen met eisend, controlerend en agressief verbaal gedrag, potentiële of feitelijke agressie, impulsiviteit, agitatie, suïcidaal en zelfdestructief gedrag. Binnen het behandelteam is er in relatie tot de bovenbeschreven

groep patiënten vaak sprake van teamsplitsing, negatieve tegenoverdrachtgevoelens of diagnostische twijfel (Colson 1990).

In Nederland werd in de jaren tachtig het begrip 'moeilijke patiënt' vervangen door de term 'sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënt' (SGA-patiënt, Werkgroep sterk gedragsgestoorde en/of agressieve psychiatrische patiënten 1980). Voor deze patiëntengroep werden specifieke behandelsettings ingericht: de klinieken voor intensieve behandeling (KIB's), voorheen SGA-klinieken. Bij de definitie van de SGA-patiënt wordt ervan uitgegaan dat de patiënt om welke reden dan ook niet te hanteren is met de beschikbare kennis en middelen binnen een systeem (Van Erven 1992).

De werkwijze, functie en doelstelling van de drie bestaande KIB's in Nederland werd eerder in een vergelijkend onderzoek onderzocht (Algra e.a. 1997). Er werd gebruikgemaakt van open interviews met een klein aantal patiënten (die ten tijde van het onderzoek opgenomen waren), gesprekken met medewerkers van de KIB's, en van een vragenlijst, ingevuld in de verwijzende algemeen psychiatrische ziekenhuizen. Ten gevolge van het relatief kleine aantal patiënten en het gebrek aan follow-up-gegevens konden geen conclusies getrokken worden over het behandelresultaat, wel werd geconcludeerd dat de beschreven klinieken in algemene zin voldeden aan de gestelde doelstellingen.

ONDERZOEK BIJ DE KLINIEK VOOR INTENSIEVE BEHANDELING EINDHOVEN

Doelstelling Het huidige onderzoek heeft in eerste instantie als doelstelling om patiënten te beschrijven die in de KIB Eindhoven klinisch zijn behandeld. De vraagstelling is vervolgens of bepaalde patiëntkenmerken, zoals de reden van aanmelding, psychiatrische voorgeschiedenis, of de diagnostiek en de aard van de therapeutische interventies een voorspellende waarde hebben met betrekking tot het behandelresultaat. Via

een follow-up-onderzoek zal vervolgens het behandelresultaat op langere termijn en de tevredenheid bij patiënten en verwijzers onderzocht worden.

Werkwijze bij de KIB Eindhoven De KIB's hebben in eerste instantie een hulpfunctie voor algemeen psychiatrische ziekenhuizen en hieraan verbonden instanties, in situaties waar sprake is van onhandelbare patiënten. Deze hulp kan bestaan uit consultatie of advisering, scholing, of het tijdelijk overnemen van de behandeling. In de behandelvisie van de KIB Eindhoven staat het scheppen van een leefmilieu centraal, waarin de patiënt in elk geval tijdelijk de gelegenheid krijgt tot het vormen van een relatiernetwerk dat leidt tot een andere zelfdefinitie dan voorheen (Simons & Schouten 1998). De behandelvisie sluit aan bij het concept van *Relationshipmanagement* (Dawson & Macmillan 1993).

PATIËNTEN EN METHODEN

Alle tussen 1 Januari 1993 en 31 December 1998 in de KIB Eindhoven opgenomen patiënten kwamen in aanmerking voor het retrospectieve onderzoek. De volgende gegevens werden verzameld: demografische gegevens, diagnose, aantal en duur van eerdere psychiatrische opnames, eerdere psychiatrische symptomatologie (agressie, zelfbeschadigend gedrag, middelenmisbruik), voorgeschiedenis van langdurige separatie (langer dan twee jaar), aard behandelsetting vóór opname KIB, reden van opname, behandelinterventies tijdens opname KIB (therapiedeelname, systeeminterventies, middelen en maatregelen zoals separatie en afzondering), behandelresultaat, opnameduur, wijze/bestemming van ontslag (in overleg of ontslag tegen advies/gedwongen ontslag, ontslagadres = justitie, klinische setting, zelfstandige thuissituatie, opvanghuis of beschermd wonen). Deze gegevens werden vanuit de dossiers ingevoerd in een (geanonimiseerde) database.

Het behandelresultaat werd gescoord aan de

hand van de ontslagbrief, waarbij de volgende categorieën gedefinieerd werden: het ontwikkelen van een samenwerkingsrelatie tussen het behandelteam en de patiënt (vermeld in ontslagbrief: wel, gedeeltelijk, niet); een verandering van symptoomgedrag (afname/toename/gelijk), persoonlijke of relationele groei (ja/nee), een verbeterd contact met het sociaal netwerk (ja/nee), een verbeterde relatie met het verwijzend behandelteam (ja/nee), het beginnen van een opleiding (ja/nee) en het starten met (vrijwillig of betaald) werk (ja/nee). De categorie persoonlijke/relationele groei werd alleen gescoord als daar in de ontslagbrief over werd gesproken (bijvoorbeeld op grond van een verbeterd vermogen om gevoelens van dysforie bespreekbaar te maken in plaats van deze 'uit te ageren').

De invoering van gegevens vanuit de dossiers en het scoren van de categorieën met betrekking tot behandelinterventies en het behandelresultaat werden steekproefsgewijs gecontroleerd op betrouwbaarheid (auteur CS). Alle diagnoses bij ontslag werden geëvalueerd conform de richtlijnen van de DSM-IV (auteur CS) (American Psychiatric Association 1994).

Alle patiënten die in het dossieronderzoek werden opgenomen, werden middels een brief gevraagd voor het follow-up-onderzoek. Voor het follow-up-onderzoek (telefonisch, schriftelijk of persoonlijk) werd een semi-gestructureerde vragenlijst gebruikt met vragen over huidige psychiatrische behandeling, huidige woonsituatie, werk, sociale contacten en tevredenheid over de huidige hulpverleningsrelatie. Daarnaast werd gevraagd naar een inschatting van het effect van de opname in de KIB op de psychische conditie, op de relatie met de psychiatrische hulpverlening en op een eventuele heroriëntatie van de levenspositie.

Van alle patiënten die instemden, werd de relevante behandelaar benaderd. Indien er meer waren, werd een vragenlijst verstuurd aan de behandelaar die de patiënt behandelde na ontslag vanuit de KIB (vragenlijst toenmalig) en ook een (vergelijkbare) vragenlijst aan de huidige

behandelaar (vragenlijst huidig). De vragen in deze vragenlijsten kwamen inhoudelijk overeen met de patiëntvragen. De interviews werden door een verpleegkundige van de KIB en door auteur CS uitgevoerd.

Aan de behandelaars van wie de patiënten niet reageerden op de brief of expliciet toestemming weigerden, werd een aangepaste vragenlijst (vragenlijst algemeen) gestuurd. Deze omvatte meer algemene vragen met betrekking tot tevredenheid met de KIB-interventie, beoordeling van de werkwijze en de behandelphilosofie. Vergelijkbaar met de vragenlijsten voor de toenmalige en de huidige behandelaar werd een inschatting gevraagd van de invloed van de KIB-interventie op de psychische conditie van patiënt en op de samenwerkingsrelatie met betrokkene, en van de gevolgen voor het verwijzende behandelteam.

Er werd onderzocht of er statistisch significante verbanden waren tussen de categorieën behandelresultaat en wijze/bestemming bij ontslag, de zogenoemde responsvariabelen, en een groot aantal mogelijke verklarende variabelen, de predictorvariabelen (zoals psychiatrische voorgeschiedenis en diagnostiek, demografische gegevens, behandelinterventies tijdens de opname binnen de KIB). Bij de statistische analyse werden variantieanalyse, multiële lineaire regressieanalyse en discriminantanalyse gebruikt. Voor de toetsen zijn de chikwadraattoets en Fisher's exacttoets gebruikt. Statistische analyses werden uitgevoerd met SPSS 10.0.

RESULTATEN

Dossieronderzoek

Algemene en demografische gegevens Gedurende de onderzoeksperiode werden 130 patiënten opgenomen. Één dossier was niet beschikbaar en één patiënte weigerde inzage in haar dossier. Laatstgenoemde heeft zich tijdens het onderzoek gesuïcideerd.

Bij de resterende 128 patiënten was tijdens de onderzoeksperiode sprake van 160 opnames:

102 patiënten hadden 1 opname, 23 hadden 2 opnames, en 3 patiënten hadden respectievelijk 3, 4 en 5 opnames. De gemiddelde opnameduur was 245 dagen (standaarddeviatie (SD) 312,81; mediaan 108). Er waren 57 mannen (44,5%) en 71 vrouwen (55,5%), de gemiddelde leeftijd was 30 jaar (SD 8,15; range 15-53 jaar). Met betrekking tot de juridische status bij opname waren 51 (32%) van de opnames vrijwillig, 91 (57%) in het kader van een rechterlijke machtiging (RM), 13 (8,1%) in het kader van een inbewaringstelling (ibs) en bij 4 (2,5%) van de opnames was er sprake van een strafrechtelijke titel. Bij ontslag was van de 108 opnames met een onvrijwillige status bijna de helft (52) vrijwillig geworden. Van de 51 vrijwillige opnames waren bij ontslag 49 nog vrijwillig.

Voorgeschiedenis Het merendeel van patiënten had reeds vanaf jonge leeftijd contact met hulpverlenende instanties. De gemiddelde lengte van psychiatrische voorgeschiedenis was 12,83 jaar (mediaan 10; range 0-42). Bij 79 patiënten (49% van alle opnames) kwamen er in de voorgeschiedenis langdurige psychiatrische opnames (> 2 jaar) voor. Een groot aantal patiënten (120; 75%) had eerder onvrijwillige opnames en 30 patiënten (19%) hadden al eens eerder een opname tegen advies beëindigd. Met betrekking tot gedragsstoornissen in de voorgeschiedenis werd bij 62 patiënten (39%) melding gemaakt van fysieke agressie, bij 104 patiënten (65%) van langdurige separatie en bij 71 patiënten (44%) van automutilatie, suïcidaal gedrag of ernstige eetstoornissen. Honderdzesentien patiënten (72%) werden eerder behandeld voor alcohol- en/of drugsmisbruik.

Aanmelding KIB Het merendeel van patiënten werd aangemeld vanuit algemeen psychiatrische ziekenhuizen en de redenen van aanmelding waren divers (zie tabel 1).

Diagnose volgens DSM-IV Bij de diagnoses op as-I van de DSM-IV stonden vooral psychotische stoornissen en middelenmisbruik op de voorgrond. Bij 24% van de patiënten met een

TABEL 1		Aanmeldingen voor opname bij de Kliniek voor intensieve behandeling Eindhoven (n=160)
		Aantal (%)
HERKOMST		
Vanuit APZ		
Gesloten vervolgfafdeling	74	(47)
Gesloten opnameafdeling	51	(32,5)
Open vervolgfafdeling	12	(8)
Afdeling binnen APZ onbekend	12	(8)
Vanuit justitiële setting		
Overig	5	(3)
Onbekend	2	(1)
REDEN (MEER DAN 1 REDEN MOGELIJK)		
Gastplaatsing (geen KIB-indicatie)	11	(3,7)
Verzoek tot crisisinterventie	80	(26,7)
Gebreke aan behandelresultaat	82	(27,3)
Neerwaartse spiraal van toenemende symptoomgedrag (agressie, automutilatie, suïcidaal gedrag)	80	(26,7)
Advies m.b.t. het betreffende behandelbeleid, middels tijdelijke plaatsing	33	(11)
Specifieke interventies (detoxificatie, systeeminterventie, psychotherapie)	14	(4,7)
APZ = algemeen psychiatrisch ziekenhuis KIB = kliniek voor intensieve behandeling		

psychotische stoornis was er tevens sprake van een persoonlijkheidsstoornis. Opvallend is vooral het hoog percentage patiënten met een persoonlijkheidsstoornis. In tabel 2 staan de diagnoses bij opname vermeld.

Behandelresultaat en bestemming bij ontslag Van de beschrijving van het globaal behandelre-

TABEL 2 Diagnoses bij de in de KIB opgenomen patiënten (n=128)

Diagnose DSM-IV (meerdere diagnoses zijn mogelijk)	Aantal (%)
As I	
Psychotische stoornissen	37 (23,7)
Middelenmisbruik	24 (15,4)
Affectieve stoornissen	12 (7,7)
Stoornis in de impulscontrole	15 (9,6)
Pervasieve ontwikkelingsstoornissen	10 (6,4)
Dubbele diagnose op as I	35
Overige stoornissen op as I	27 (17,3)
Geen as-I-stoornis	
	31 (19,9)
As II	
Persoonlijkheidsstoornis niet anders omschreven	56 (42,4)
Borderline persoonlijkheidsstoornis	42 (31,8)
Antisociale persoonlijkheidsstoornis	6 (4,5)
Zwakbegaafd	6 (4,5)
Andere persoonlijkheidsstoornis	5 (3,8)

KIB = kliniek voor intensieve behandeling

sultaat door de onderzoeker leverden uitsluitend de variabelen ‘persoonlijke/relatieve groei’, ‘gestart met een opleiding’ en ‘gestart met werk’ statistisch significante verbanden op. De responsvariabele ‘persoonlijke/relatieve groei’ werd voorspeld door de aanwezigheid van een diagnose psychotische stoornis, het plaatsvinden van gezinsgesprekken tijdens de opname, de nadruk leggen op eigen verantwoordelijkheid voor gedrag als behandelinterventie, en de interactie tussen een voorgeschiedenis van fysieke agressie en een beleid gericht op veiligheid tijdens de opname (discriminantanalyse, percentage correct voorspelde waarden: 80,7). Het aanvangen van een opleiding werd significant voorspeld door: reden van aanmelding = crisisinterventie, burgerlijke stand samenwonend, verwijzende

afdeling gesloten opnameafdeling van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis, en het plaatsvinden van gezinsgesprekken tijdens de opname (discriminantanalyse, 93% correct voorspeld). De responsvariabele ‘gestart met werk’ werd voorspeld door het plaatsvinden van activiteiten begeleiding, dramatherapie en gezinsgesprekken als therapeutische interventies (discriminantanalyse, 86,7% correct).

Er werden geen significant voorspellende variabelen gevonden met betrekking tot M & M voering (Middelen en Maatregelen; vrijwillige en gedwongen separatie en/of afzondering). Met betrekking tot de responsvariabelen ‘bestemming bij ontslag’ werd ontslag naar een justitiële setting voorspeld door de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis en de interacties tussen de diagnose antisociale persoonlijkheidsstoornis met eerdere opnames in een justitieel kader en een voorgeschiedenis van veelvuldige korte crisisopnames (discriminantanalyse, 98,8% correct voorspeld).

Met betrekking tot de vraagstelling of bepaalde patiëntkenmerken, zoals de reden van aanmelding, psychiatrische voorgeschiedenis en diagnostiek en aard van de therapeutische interventies een voorspellend karakter hebben met betrekking tot het behandelresultaat werden een aantal significante verbanden gevonden. Twee groepen patiënten lijken een positief behandelresultaat te behalen: Een groep patiënten met psychotische stoornissen waarbij de behandeling gericht is op veiligheid en de nadruk ligt op eigen verantwoordelijkheid voor hun gedrag; daarnaast een groep patiënten die aangemeld worden vanuit gesloten opnameafdelingen met het verzoek voor crisisinterventie en die vanuit de KIB starten met een opleiding of werk. Bij beide groepen patiënten lijkt het plaatsvinden van gezinsgesprekken een significante rol te spelen.

Follow-up-onderzoek Van de 128 patiënten die werden opgenomen in het retrospectieve dossieronderzoek waren 15 ten tijde van het follow-up-onderzoek overleden, waarvan 10 ten gevolge

van suïcide, 3 ten gevolge van een natuurlijk overlijden, 1 ten gevolge van een overdosis drugs, en bij 1 patiënt waren de omstandigheden van het overlijden onbekend. Van de resterende 113 patiënten konden 11 niet getraceerd worden. Met 102 patiënten werd via een brief contact gezocht met het verzoek mee te werken aan het follow-up-onderzoek. Zesendertig patiënten reageerden niet, ondanks een tweede brief. Veertien patiënten weigerden aan het onderzoek mee te werken. In totaal hebben dus 61 patiënten niet meegewerkt aan het onderzoek (en zijn 15 eerder overleden). Er werden geen opvallende verschillen gevonden tussen deze groep en de patiënten die hun medewerking wel verleenden aan het onderzoek ten aanzien van psychiatrische voorgeschiedenis en diagnostiek, behandelresultaat en wijze/ bestemming bij ontslag. Aan de behandelars van deze patiënten (voor zover bekend) werd een 'vragenlijst algemeen' gestuurd (n=59), waarvan 52 geretourneerd werden (88%).

Van de 52 patiënten die toezegden mee te werken aan het vervolgonderzoek werden er 49 geïnterviewd. Één patiënt had alleen toestemming gegeven voor contact met de behandelaar, 1 patiënte was wilsonbekwaam, en 1 patiënte reageerde niet op pogingen om haar telefonisch of schriftelijk te interviewen. Over de 52 patiënten die toestemming verleend hadden, werd in 48 gevallen een vragenlijst verstuurd aan de relevante behandelaar (in de overige gevallen was geen behandelaar bekend), waarvan 33 geretourneerd werden (69%).

Interviews patiënten Van de 49 interviews werden 39 telefonisch afgenomen, 5 in een persoonlijk gesprek en 5 schriftelijk (conform de voorkeur van de betreffende patiënt). De gemiddelde duur van follow-up (tijd tussen de laatste ontslagdatum en het interview) was 3 jaar en 222 dagen (range 63 dagen tot 7 jaar en 245 dagen). Voor de gegevens betreffende de huidige situatie bij follow-up verwijzen wij naar tabel 3.

Op de vraag naar hun tevredenheid met het huidige behandelcontact gaven 27 patiënten (64%)

TABEL 3		Situatie bij follow-up (n=49)
		Aantal (%)
Woonsituatie		
Klinisch opgenomen		23 (46,9)
Beschermde woonvorm		5 (10,2)
Samenwonend met partner		
en/of kinderen		9 (18,4)
Wonend in ouderlijk gezin		1 (2)
Zelfstandig/alleen wonend		9 (18,4)
Verblijf in huis van bewaring		2 (4,1)
Daginvulling		
Betaald werk		5 (7,2)
Vrijwilligerswerk		12 (17,4)
Deelname aan therapeutische activiteiten		13 (18,8)
Regelmatige vrijetijdsactiviteiten		21 (30,4)
Eigen huishouding/zorg		
voor kinderen		11 (15,9)
Geen daginvulling		7 (10,1)
Sociaal netwerk		
Alleenstaand		27 (37)
Gehuwd/samenwonend		12 (16,4)
Regelmatig familiecontacten		6 (8,2)
Uitgebreide vriendenkring		8 (11)
Minstens één vriendschapsrelatie		9 (12,3)
Uitsluitend sociale contacten via hulpverlening		11 (15,1)
Huidige behandelsetting		
Klinische behandeling		24 (49)
Ambulant		18 (36,7)
Geen behandeling		7 (14,3)
Hulpverleningsgeschiedenis sinds ontslag KIB		
Continu klinisch opgenomen		22 (38,7)
Ambulante begeleiding		11 (17,7)
Ambulant traject met korte crisisopnames		8 (12,9)
Een of meerdere opnames sinds ontslag KIB		5 (8,1)
Gedetineerd		3 (4,8)
Anders		1 (1,6)
Geen contact met hulpverlening		1 (1,6)
Nazorg KIB		9 (14,5)

KIB = kliniek voor intensieve behandeling

aan een goede samenwerking te hebben met het huidige behandelteam. Zeven patiënten beschreven hun huidige behandelrelatie als wisselend en 8 waren niet tevreden (19%). Redenen voor ontevredenheid waren onder meer: 'te veel eigen verantwoordelijkheid', 'te weinig respect', 'niet cliëntgericht', 'houden angstvallig vast aan regeltjes'.

Met betrekking tot de invloed van de KIB-interventie op hun relatie met psychiatrische hulpverlening gaven 33 patiënten (67%) aan een positieve invloed ervaren te hebben. Drie patiënten (6%) beoordeelden de invloed als negatief en 7 patiënten (14%) als niet-bestaand. Zes patiënten (12%) hadden hierover geen mening. Met betrekking tot de invloed van de KIB-interventie op een heroriëntatie van hun leven in het algemeen benoemden 32 patiënten (65%) deze als positief en 1 patiënt als negatief (geen invloed n=9, geen mening n=7). Wat betreft de invloed van de KIB op hun psychische conditie beschreven 30 patiënten (61%) deze als positief en 6 patiënten als negatief (12%) (geen invloed n=8, geen mening n=5).

Vragenlijsten behandelaars (toenmalig en huidige) Van 28 patiënten retourneerden de toenmalige behandelaars, na ontslag vanuit de KIB, een vragenlijst. De samenwerkingsrelatie na ontslag van de KIB werd in 11 gevallen (38%) als goed omschreven, in 11 gevallen als wisselend en bij 6 patiënten (21%) als ontwricht (geen mening (n=1)). Zeventien behandelaars omschreven de invloed van de behandeling door de KIB op de samenwerkingsrelatie met hun patiënt als positief (61%) en 3 als negatief (geen verband n=8). Voor 20 behandelaars (71%) had de KIB-interventie positieve gevolgen voor het behandelteam en voor 2 (7%) negatieve gevolgen (geen verband n=6). De invloed van opname in de KIB op de psychische conditie van de patiënt werd door 16 behandelaars (57%) als positief omschreven en door 1 als negatief (geen verband n=11).

Bij 30 patiënten werd een vragenlijst door de huidige behandelaar ingevuld. De vragen met

betrekking tot de invloed van de KIB-interventie op de samenwerkingsrelatie, op de psychische conditie en op het behandelteam leverden vergelijkbare resultaten op als de vragenlijsten van de toenmalige behandelaars. Vier behandelaars gaven aan deze vragen niet te kunnen beantwoorden. Op de vraag naar de kwaliteit van de huidige samenwerkingsrelatie met de patiënt reageerden 16 behandelaars (53%) met een positieve omschrijving, 8 beoordeelden de samenwerkingsrelatie als wisselend en 2 als ontwricht (geen mening n=4).

Vragenlijsten behandelaars (algemeen) Van de 56 behandelaars van patiënten die een algemene vragenlijst ingevuld hadden, beoordeelden 70% de KIB-interventie als goed, 15% als uitstekend, 8% als redelijk en 8% als matig. Drieëntachtig procent gaf aan dat er destijds geen knelpunten waren bij de terugplaatsing van hun patiënt, bij 16% waren er wel knelpunten (zoals: 'advies bij plaatsing te hoog gegrepen', 'te vroege terugplaatsing', 'nog te weinig veranderd binnen het team', 'te groot verschil tussen werkwijze KIB en behandeling in eigen regio'). De beoordeling van de werkwijze/behandelfilosofie van de KIB was bij 94% positief. De invloed van de KIB-interventie op de samenwerkingsrelatie met patiënt werd door 80% als positief omschreven, door 2% als negatief en door de resterende behandelaars als afwezig. De gevolgen voor het behandelteam werden door 83% als positief omschreven. De invloed van de KIB-interventie op de psychische conditie van de patiënt werd in 68% als positief gezien, bij 22% van de patiënten was er geen invloed en bij 5% was er een negatieve invloed. Op de vraag of zij de hulp van de KIB in de toekomst meer of minder zouden willen inschakelen, antwoordde 42% dat de hulp als voldoende gezien wordt, 42% had behoefte aan meer ondersteuning en 17% zou de KIB in de toekomst minder willen inschakelen.

Statistische analyse follow-up-onderzoek De vragen met betrekking tot de bijdrage van de

KIB-interventie aan de relatie met hulpverlening, de psychische conditie van de patiënt en de algemene gevolgen voor het behandelteam en de patiënt leverden geen statistisch significante overeenstemmingen tussen patiënten en behandeldeers op. Er was wel een significante overeenstemming wat betreft de beoordeling van het huidige behandelcontact als 'goed'. Het percentage patiënten die tevreden waren met hun huidige behandelrelatie (64%) kan dus als betrouwbaar worden beschouwd.

Er werd geen significant verband gevonden tussen de kwaliteit van de behandelrelatie bij follow-up en de aanwezigheid van een positieve werkrelatie bij ontslag. Er kan dus geen causaal verband aangenomen worden tussen een positieve werkrelatie als resultaat van de KIB-interventie en een goede behandelrelatie bij follow-up.

Evenmin werd er een statistisch verband gevonden tussen het starten van een opleiding of werk bij ontslag en het hebben van werk of vrijwilligerswerk als daginvulling bij follow-up. Het laatstgenoemde werd wel significant voorspeld door de variabele 'ontslag naar thuissituatie'. De variabele 'zelfstandig wonen' bij follow-up werd door een aantal factoren voorspeld, zoals het ontstaan van een werkrelatie bij ontslag en het starten van een opleiding.

Tussen de bestemming bij ontslag en de woonsituatie bij follow-up werd een aantal significante verbanden gevonden. Zo was een klinisch verblijf bij follow-up gerelateerd aan ontslag naar het instituut van herkomst of een ander instituut. Een verblijf in het huis van bewaring was gerelateerd aan ontslag naar Justitie en het wonen in een beschermde woonvorm was gerelateerd aan ontslag naar beschermd wonen. Ten slotte was een zelfstandige woonsituatie bij follow-up gerelateerd aan ontslag naar een zelfstandige thuissituatie, ontslag naar een beschermde woonvorm, ontslag naar een opvanghuis en ontslag naar Justitie. Voor wat betreft de patiënten die aan het follow-up-onderzoek hebben deelgenomen, lijkt de woonsituatie bij ontslag vanuit de KIB relatief stabiel te blijven in het geval van

een klinisch verblijf of een zelfstandige woonsituatie.

DISCUSSIE

De beschreven patiëntenpopulatie lijkt diagnostisch goed aan te sluiten bij het concept van 'de moeilijke patiënt': het gaat om een heterogene groep patiënten, bij wie ernstige persoonlijkheidsstoornissen en psychotische stoornissen op de voorgrond staan; die bij hulpverleners een gevoel van irritatie of onmacht uitlokken; en die verzeild raken in negatieve interactiespiralen, vaak leidend tot behandelimpasses en uitstotingsfenomenen (Hinshelwood 1999). Het zijn patiënten die vaak al een lange hulpverleningsgeschiedenis hebben en die gewoonlijk onvrijwillig opgenomen zijn.


Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten moet rekening worden gehouden met methodologische beperkingen. Het laten uitvoeren van follow-up-interviews door medewerkers van de te onderzoeken setting zou een bron van bias kunnen betekenen, anderzijds heeft het de acceptatie bij de geïnterviewde patiënten verhoogd. Daarnaast hebben de resultaten van het follow-up-onderzoek slechts betrekking op een minderheid van patiënten. Ook al waren er geen demografische of psychiatrische verschillen tussen de geïnterviewde patiënten en de non-responsgroep, er kan toch niet van worden uitgegaan dat de patiënten die niet meegewerkt hebben aan het onderzoek een vergelijkbare mening zouden hebben over de KIB-interventie. Dit gebrek wordt gedeeltelijk ondervangen door de hoge respons bij de groep behandeldeers van de patiënten die niet hebben meegewerkt.

Wat betreft het behandelresultaat op langere termijn heeft het follow-up-onderzoek voor een minderheid van patiënten kunnen aantonen dat een positief behandelresultaat, zoals resocialisatie naar een zelfstandige woonsituatie of het starten van werk of een opleiding, ook op langere termijn te realiseren is. De variabele 'ontstaan van een positieve werkrelatie' daarentegen bleek

geen voorspellende waarde te hebben, wat enigszins verrassend is in een behandelsetting die specifiek gericht is op de hulpverleningsrelatie. Een mogelijke verklaring voor deze negatieve bevinding ligt in het retrospectieve karakter van het onderzoek, dat bovendien gebaseerd is op een inschatting van de hulpverleningsrelatie uit het medisch dossier. Prospectief onderzoek naar de variabelen van de hulpverleningsrelatie tussen een behandelteam en moeilijke psychiatrische patiënten lijkt dan ook aangewezen.

Het feit dat bij follow-up de meerderheid van patiënten en behandelaars tevreden waren met de huidige behandelrelatie wijst in de richting van een aanhoudend positief effect van de beschreven interventies, maar het bestaan van een causale relatie tussen deze kon niet bewezen worden.

Wat betreft mogelijke consequenties van de onderzoeksresultaten binnen de beschreven setting kan voorzichtig geconcludeerd worden dat een voortzetting van het beschreven behandelbeleid aangewezen lijkt. Vooral de statistisch significante correlaties tussen een positief behandelresultaat en systeemgerichte interventies wijzen op het belang van de sociale context die naast de context van de hulpverleningsrelatie bijzondere aandacht verdient.

 Met dank aan P. Raaijmakers en H. van Bergen voor medewerking aan onderzoeksopzet, dataverzameling en -analyse, en logistieke ondersteuning.

Het onderzoek was mede mogelijk door financiële ondersteuning van het GGZE Research Support Fund.

LITERATUUR

Algra, J., Meerveld, J., & Roosenschoon, B.J. (1997). *Evaluatieonderzoek Klinieken voor Intensieve Behandeling (voorheen SGA-klinieken)*. Utrecht: NZI.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4de editie). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Colson, D.B. (1990). Difficult patients in extended psychiatric hospitalization: a research perspective on the patient, staff and team. *Psychiatry*, 53, 369-382.
- Dawson, D., & MacMillan H. (1993). *Relationship management of the borderline patient: From understanding to treatment*. New York: Brunner/Mazel.
- Erven, A.C.J.M. van. (1992). *SGA-Patiënten: De psychiatrie van een dilemma*. Proefschrift Rijksuniversiteit Utrecht. Utrecht.
- Hinshelwood, R.D. (1999). The difficult patient. The role of 'scientific psychiatry' in understanding patients with chronic schizophrenia or severe personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 187-190.
- Myers, R.H. (1990). *The Duxbury Advanced Series in Statistics and Decision Sciences: Classical and modern regression with applications* (2de druk), Boston: PWS-KENT Publishing Company.
- Simons, B., & Schouten, D. (1998). *Kliniek voor Intensieve Behandeling Eindhoven*. *Tijdschrift voor Familietherapie*, 5, 3-13.
- Werkgroep sterk gedragsgestoorde en/of agressieve psychiatrische patiënten. (1980). *Een systeem voor de behandeling van SGA-patiënten*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij.

AUTEURS

C.K.M.E. SONNEBORN is psychiater en werkzaam bij het Forensisch Psychiatrisch Circuit, Ggz Eindhoven.

J.B. DIJKSTRA is programmaleider opleiding Master of Industrial Statistics, Technische Universiteit, Eindhoven.

Correspondentieadres: C.K.M.E. Sonneborn, Ggze, Postbus 909, 5600 AX Eindhoven.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-6-2002.

SUMMARY

Difficult psychiatric patients. A retrospective follow-up study – C.K.M.E. Sonneborn, J.B.Dijkstra –

BACKGROUND Difficult psychiatric patients tend to become involved in prolonged treatment impasses. These situations extract a considerable toll on the treaters' capacity for perseverance, professional competence, and sense of well being, as well as on the total reserve of treatment resources within an institutional setting.

AIM The current article describes a 'clinic for intensive treatment', an inpatient setting specialized in the treatment of difficult psychiatric patients.

METHOD By using a retrospective case note design the demographic characteristics of 128 patients, admitted between 1993 and 1998, are described, as well as the details of their psychiatric history, the reason for referral, the therapeutic progress and the manner/destination of discharge. Using a follow-up design the long-term treatment results and satisfaction of patients and referrers were examined.

RESULTS The patients included in the study had a mean length of previous psychiatric history of thirteen years, were mostly suffering from severe personality disorder and/or a psychotic disorder. Half of the patients remained dependent on intensive in-patient care. Most patients and referrers were satisfied with the service provided.

CONCLUSION It seems possible to curtail treatment impasses which results in a minority of cases in resocialisation to independent living.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 45 (2003) 1, 5-14]

KEY WORDS context, difficult patients, personality disorder, psychosis, treatment impasse