

Chronische patiënten in de geestelijke gezondheidszorg: een epidemiologische verkenning van hun behoefte aan zorg

door D. Wiersma, R. Giel, H. W. Hoek, A. de Jong,
F. Nienhuis, M. Rüphan en A. J. Tholen

Samenvatting

Chronische patiënten treffen we zowel in de intramurale als in de extramurale geestelijke gezondheidszorg aan. Het blijkt dat tegenover elke langblijver (excl. oligofrenen) in het APZ bijna vijf chronische ambulante patiënten buiten de muren van het ziekenhuis staan die aangewezen zijn op hulp van RIAGG, poliklinieken, CAD etc. Verslag wordt gedaan van onderzoek naar behoefte aan (eventueel vervangende) zorg van bewoners van verzorgingsafdelingen en sociowoningen van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis en van enkele tehuisen voor beschermd wonen in de omgeving van dat ziekenhuis. Tweederde van de onderzochte bewoners had voldoende zorg en begeleiding; bij de overige bewoners was de zorg minder adequaat deels in de zin dat ze met minder zorg toe zouden kunnen, deels dat er meer zorg gegeven zou moeten worden. Dat laatste geldt voor alle drie de voorzieningen maar nog het meest voor de bewoners van de verzorgingsafdelingen. De gedachte dat de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten eerder geïntensiveerd dan verminderd dient te worden lijkt tot nu toe in de gevoerde discussies over het substitutiebeleid weinig aan bod te komen.

Inleiding

Onduidelijkheid en verwarring ontstaan gemakkelijk als men het over de chronische patiënt in de GGZ heeft. Hoe herken je zo iemand? Wat is zijn behoefte aan zorg? Waarop dient de hulpverlener zich te richten? Wie moeten naar andere voorzieningen worden overgeplaatst? Het zijn vragen die op het niveau van de individuele patiënt dikwijls al moeilijk te beantwoorden zijn en waarover gemakkelijk verschil van mening kan ontstaan. Hoeveel verder weg ligt dan wel niet een antwoord als men beleid tracht te ontwikkelen ten aanzien van groepen chronische patiënten. Zo is er het onderscheid tussen 'oude' en 'nieuwe' chronische psychiatrische patiënten; een onderscheid dat minder met hun leeftijd te maken heeft dan met bepaalde maatschappelijke verwachtingen. In het begin van de jaren zeventig ontstond de term 'new long stay' ter aanduiding van een groep patiënten die zich tegen de geest van die tijd in bleken te kunnen nestelen in de

als achterhaald beschouwde psychiatrische inrichtingen die volgens opvatting van velen op den duur zouden moeten en kunnen verdwijnen. Thans staat de overheid ten aanzien van de chronische patiënt in de intramurale GGZ het beleid voor dat over de periode van 4 jaar 2000 bedden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen worden gesubstitueerd in een even groot aantal plaatsen in beschermende woonvormen. Deze woonvormen dienen ook een resocialisatiefunctie te hebben die vanuit een dagcentrum in het kader van een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen gestalte moet krijgen. Nadruk ligt op sociale vaardigheid, bezigheidstherapie en recreatie. Een en ander geschiedt vanuit de gedachte dat de verblijfsduur van het APZ tot een minimum moet worden teruggebracht. Onderzoek naar vervangende zorgmogelijkheden voor chronische patiënten van Haveman, Poelijoe en Tan (1986) lijkt deze beleidsontwikkeling te ondersteunen.

In dit artikel willen we nog eens in het kort de omvang en aard van de populatie chronische patiënten belichten en vervolgens aan de hand van onderzoek onder een aantal van deze patiënten in de intra- en extramurale GGZ enige bevindingen presenteren betreffende hun psychosociale functioneren en hun behoefte aan zorg.

Een epidemiologische schets

In de navolgende epidemiologische verkenning van de omvang en de aard van de populatie van chronische patiënten hebben we ons gebaseerd op de publikaties van Brook (1985, 1986), Giel (1978, 1984, 1986), Haveman (1980a, b, 1986) en Ten Horn (1985) alsmede op verslagen van de geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid betreffende de patiëntenregistratie (1982). Ter wille van de overzichtelijkheid maken we een onderscheid in vier groepen.

1. *De zeer langdurig opgenomen patiënt (de 'old long stay')* – Het gaat hier om patiënten met een aaneengesloten verblijf van vijf jaar of meer in een van de algemene of categorale intramurale instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Eind 1983 omvatte deze groep bijna 9300 patiënten d.i. 43% van alle 31 december van dat jaar opgenomen patiënten ($N = 21.400$). De meerderheid zat er langer dan 10 jaar (67%) en was 60 jaar of ouder (59%). Eén op de zeven patiënten was jonger dan 45 jaar. De diagnose schizofrenie is de meest voorkomende (48%) naast zwakzinnigheid (15%), persoonlijkheidsstoornissen (9%) en dementie (4%). De 'old long stay'-patiënt blijkt een hardnekkig verschijnsel te zijn. Ofschoon door overplaatsing naar zwakzinnigeninrichtingen en psychogeriatrische verpleeghuizen en door overlijden en ontslag hun aantal verminderd is, is er ook sprake van een nieuwe aanwas. Op grond van onderzoek van Haveman, Poelijoe en Tan (1986) kan deze groep van zeer langdurig opgenomen patiënten getypeerd worden o.a. door aanwezigheid van lichamelijke functiebeperkingen

(25%), het voorkomen van veel agressie-uitingen (ook 25%), een redelijk tot slechte basale zelfredzaamheid (29%), en slechte sociale vaardigheden.

2. *De langdurig opgenomen patiënt (de 'new long stay')* – Het betreft patiënten met een ononderbroken verblijf van twee tot vijf jaar in het APZ. Eind 1983 waren er ruim 2700 patiënten (13% van het totaal toen aanwezige patiënten). Vijfenvoertig procent was ouder dan 60 jaar en één op de drie jonger dan 45 jaar. Schizofrenie, affectieve en andere psychosen vormden te samen 48% van de diagnostische categorieën. Dementie en zwakzinnigheid kwamen in 13% van de gevallen voor. Drugs- en alcoholverslaving is relatief sterker onder de 'new' dan onder de 'old long stay' vertegenwoordigd (6% vs. 2%). De omvang van deze groep is over de jaren 1970-1983 tamelijk constant (12-13%). Het aandeel van de ouderen neemt wat toe en dat van de jongeren wat af. Uit studies van Giel (1978) en Haveman (1980) blijkt dat zo'n 5% van de jaarlijks opgenomen patiënten tot deze groep van de nieuwe langblijvers gaat behoren. Het is overigens de vraag of deze feiten uit het begin van de jaren zeventig ook gelden in onze dagen. In ieder geval laat het eerder aangehaalde onderzoek van Haveman, Poelijoe en Tan zien dat deze groep van patiënten er wat hun functioneren betreft beter voor staat dan de 'old long stay': minder agressie-uitingen (15% veel), betere zelfredzaamheid (16% redelijk-slecht) en betere sociale vaardigheden (31% slecht).

3. *De draaideurpatiënt met een langdurige intramurale carrière (2-5 jr.)* – Ook deze groep die door vele heropnemingen een langdurige intramurale carrière opbouwt behoort tot de nieuwe long stay. Een patroon van veelvuldige opnemingen en uiteindelijk toch een aaneengesloten verblijf van ten minste twee jaar kwam in het onderzoek van Giel (1978) bij 3% voor (excl. dementie/oligofrenie). Het ging in 1970 om zo'n 330 patiënten, tegenwoordig zal het vermoedelijk om enkele honderden patiënten meer gaan. Uit het onderzoek van Haveman c.s. (1986) valt af te leiden dat deze patiënten vergeleken met de eerste twee groepen er het beste voorstaan, zowel wat betreft de zelfredzaamheid (90% goed) als de sociale vaardigheden (86% redelijk-goed); ook lichamelijke functiebeperkingen komen veel minder voor (een op de zeven wel); de diagnose schizofrenie is in één op de drie gevallen gesteld.

4. *De chronische patiënt in de AGGZ* – In het voorgaande hebben we ons geconcentreerd op het chronische gebruik van een bed. Uit registeronderzoek (Ten Horn en Brook 1985) is bekend dat ook in de extramurale zorg een groep patiënten herkend kan worden met een langdurig contact met ambulante/extramurale GGZ-instellingen, soms in combinatie met korte opnameperiode in het APZ of met een verblijf in semi-murale voorzieningen. Onderzocht is een groep patiënten die onafgebroken vijf jaar in zorg was (de chronische groep) en een groep die ondanks 'behandelvrije' tussenpozen van ten minste drie maanden

niettemin langdurig in zorg verkeerde (de chronisch recidiverende groep). Het blijkt dat tegenover elke echte langblijver (excl. oligofrenie) in het APZ bijna vijf chronische ambulante patiënten buiten de muren van het ziekenhuis staan die aangewezen zijn op hulp van RIAGG, poliklinieken, CAD etc., met af en toe kortdurend steun van het APZ.

Onderzoek naar de zorgbehoefte van chronische patiënten binnen en buiten het APZ

In 1984 en 1985 is vanuit de afdeling Sociale Psychiatrie RUG onderzoek gedaan onder chronisch psychiatrische patiënten in een APZ en onder bewoners van enkele beschermende woonvormen (zie Tholen e.a. 1988 en Hoek 1987). Het onderzoek omvat een steekproef van bewoners van drie verschillende beschermende woonvormen (totaal onderzocht 33 personen) en van chronische patiënten in een naburig APZ met een minimale verblijfsduur van 2 jaar, deels onder bewoners in een aantal sociowoningen op het terrein (totaal onderzocht 28) en onder patiënten uit afdelingen met meer of minder intensieve begeleiding en verzorging (totaal onderzocht 35). Het ging hierbij uitsluitend om bewoners/patiënten jonger dan 65 jaar. Er is sprake van een redelijke representativiteit met vergelijkbare landelijke populaties.

Enkele kenmerken van de onderzochte groep (N = 96) en hun huisvesting

Het aantal mannen overwoog in de beschermende woonvormen (BW) en de sociowoningen (SW) in tegenstelling tot de psychiatrische verzorgingsafdeling. In de sociowoningen was men gemiddeld iets jonger. Bijna alle patiënten uit het APZ verbleven er reeds ten minste 5 jaar, de overgrote meerderheid zelfs meer dan 10 jaar – kortom de echte long stay-patiënt. De bewoners uit de BW hadden gemiddeld vijf jaar in een APZ achter de rug, maar een kwart van de door ons onderzochte bewoners was nooit in een APZ geweest. Het panel van onderzoekers stelde op grond van alle bevindingen een psychiatrische diagnose volgens de DSM-III. De meerderheid kreeg de diagnose van een schizofrene stoornis. Organische stoornissen kwamen frequent voor in de PV-afdelingen. Geen psychiatrische diagnose (incl. zwakbegaafdheid) ontving meer dan een kwart van de bewoners in de BW (zie Tholen e.a. 1988).

De drie beschermende woonvormen (BW) waren gesitueerd in het centrum van de bebouwde kom in twee verschillende gemeenten. Doelstelling van alle drie de BW is het bieden van beschermende huisvesting, woonrevalidatie en persoonlijke begeleiding van mensen die anders dikwijls op een APZ zouden zijn aangewezen. Een van de drie heeft ook resocialisatie als doelstelling. Gemiddeld beschikte 90% van de bewoners over een éénpersoonskamer. Per 100 bewoners waren

er gemiddeld 18 personeelsleden/staf/medewerkers.

De negen onderzochte sociowoningen (SW) op het terrein van het APZ bestonden uit vijf nieuwbouwwoningen met elk zes bewoners, twee andere panden met samen drie groepen van 6-8 bewoners en een woning voor een samenwonend stel. Men stelt zich ten doel de zelfstandigheid en de maatschappelijke oriëntatie van de bewoners te stimuleren respectievelijk in stand te houden. Hieronder hoort ook een groep patiënten uit de afdeling 'voorbereidend wonen'. De overgrote meerderheid van de bewoners beschikt over een éénpersoonskamer. Op 100 bewoners stonden gemiddeld 11 personeelsleden.

Wat betreft de personeelsbezetting en huisregels (b.v. beperkingen t.a.v. de privacy) verschilden de BW niet zoveel van de sociowoningen. De doelstelling van de afdeling psychiatrische verzorging (PV) is het bieden van begeleiding in het dagelijks leven, sociale activering en verzorging. De afdeling is niet primair op herstel, resocialisatie en ontslag gericht. Het ging om vijf gesloten en vijf open afdelingen die elk tussen de 10 en 20 bewoners telde. Het percentage éénpersoonskamers was gering (40%) en de personeelsratio relatief groot: 53 personeelsleden op elke 100 patiënten. Verhoudingsgewijs waren er veel regels en beperkingen ten aanzien van de privacy en bewegingsvrijheid.

Het functioneren van de bewoners en patiënten

In uitvoerige interviews met de patiënten/bewoners en een informant (vaak de beheerder of de verpleegkundige) hebben we ons een beeld trachten te verwerven van de aanwezige psychiatrische symptomatologie, van hun psychologische functiestoornissen en sociale beperkingen, van hun tevredenheid met hun verblijf etc.

In het algemeen kostte de ondervraging in de PV-afdeling de meeste moeite; bij meer dan éénderde van de patiënten op die afdeling kon het psychiatrisch interview niet volledig worden uitgevoerd. In de BW en SW was dat bij 6% resp. 18% het geval: dus ook een aanmerkelijk aantal niet complete interviews. Al met al onderscheidde de patiënten uit de drie soorten voorzieningen zich van elkaar wat betreft de aard en hoeveelheid van symptomen. De patiënten uit de PV-afdelingen hadden vaak de hoogste scores, gevolgd door bewoners uit de sociowoningen en ten slotte de bewoners uit de BW met veelal de laagste scores. Deze trend vinden we ook terug bij de scores voor de psychologische functiestoornissen en de sociale beperkingen. Er zijn statistisch significante verschillen in dit opzicht tussen de bewoners van de BW en die van de PV. De SW nemen een tussenpositie in. Het percentage patiënten met duidelijke functiestoornissen is het hoogst in de PV-afdeling. Bij voorbeeld: meer dan tweederde van de patiënten uit de PV hadden duidelijke stoornissen in het denken, de psychomotoriek en het affect.

Soortgelijke bevindingen treffen we ook aan wat betreft de beperkingen in het sociale functioneren: ernstige beperking in de zelfver-

zorging bij bijna de helft van de patiënten uit de PV tegen 11% resp. 0% onder de bewoners van de beide andere voorzieningen. Bij meer dan tweederde van de PV-patiënten is er ook sprake van ernstige beperking in de interesse in de buitenwereld en in de sociale contacten, terwijl beroepsmatige activiteiten geheel ontbreken. Ook de andere patiënten/bewoners scoren niet hoog op deze aspecten. Opvallend was trouwens dat de verhouding en contacten met de eigen familie er nog relatief goed afkwamen. Slechts weinig patiënten hadden ernstige beperkingen op dit terrein. Deze bevinding onderstreept het grote belang van deze contacten. Het is dikwijls het enige contact met de buitenwereld. Een andere bevinding is dat in alle drie de voorzieningen patiënten aangetroffen werden die op bepaalde terreinen/sociale rollen *niet* dysfunctioneren.

Vanuit een andere invalshoek hebben we ook nog naar het functioneren van de bewoners/patiënten gekeken: is er sprake van één gedragsprobleem dat aanleiding is tot fricties met anderen of tot actie vanuit de staf? In de BW was hiervan in 39% van de gevallen wel sprake, in de SW in 54% en in de PV zelf in 89% van de gevallen. In de laatstgenoemde afdelingen had 57% zelfs drie of meer gedragsproblemen, zoals zelfverwaarlozing, geïrriteerdheid, onderactiviteit, somberheid, vreemde ideeën, teruggetrokkenheid en gewelddadigheid.

Procedure van de vaststelling van de behoefte aan zorg

Onderdeel van ons onderzoek bij de verpleegkundige staf van de APZ-afdelingen en bij de beheerders van de BW was navraag naar de noodzaak van toezicht en bescherming, de wenselijkheid van begeleiding, de behoefte aan dagactiviteiten, de kansen op overplaatsing, het voldoen van de ruimtelijke/gebouwelijke voorziening. Antwoord op deze vragen vormde, naast de ons bekende gegevens over het psychosociale functioneren van de persoon de basis van ons oordeel over de adequaatheid van zorg; dit oordeel bevatte het antwoord op de vraag 'is de persoon hier op zijn plek?'

De procedure die wij volgden was gebaseerd op en ontleend aan de werkwijze van Londense onderzoekers (Wing, Wykes, Brewin e.a.) in de 'Camberwell High Contact Study'. Deze onderzoekers hebben zich veel moeite gegeven om de stappen te onderscheiden bij de behoeftebepaling van de individuele patiënt. De eerste stap geldt uiteraard de vraag wat is een behoefte en welke criteria dienen daarvoor te worden gehanteerd. Of er sprake is van een behoefte (need) wordt in hun optiek door 'experts' bepaald. Het gaat in de Engelse studie om behoeften aan allerlei soorten zorg, hulp, begeleiding, behandeling, bescherming. Grond voor een behoefte bestaat pas als het functioneren van de persoon beneden een bepaald minimumniveau terecht komt en als dit aan interne of externe belemmeringen te wijten is welke mogelijk te verhelpen zijn. Het minimum niveau van functioneren wordt door de

onderzoekers vastgesteld, bij voorbeeld in de vorm van een normering van de aanwezigheid en ernst van psychiatrische symptomen, psychologische functiestoornissen en sociale beperkingen. Kortom, de signs en symptomen, de concrete gedragingen van de persoon en het gebrek aan competentie bij het vervullen van de gebruikelijke sociale rollen leveren potentiële behoeftes aan zorg op. Met behulp van het mede door ons ontwikkelde instrumentarium voor de meting van iemands functioneren gedurende een bepaalde periode (meestal 4 weken voor het interview), verkregen we inzicht in de aard van zijn problematiek. We onderscheidden vier terreinen waarop potentiële behoeften zich konden manifesteren:

1. psychiatrische problematiek (b.v. psychotische symptomen);
2. fysiek lijden (b.v. longaandoeningen);
3. gebrekkige sociale vaardigheden, bij voorbeeld wat betreft het leervermogen, beroepsvaardigheid, zelfverzorging, andere sociale vaardigheden;
4. materiële omstandigheden, bij voorbeeld wat betreft inkomen en huisvesting.

De Camberwell-studie maakt per gebied een gedetailleerd onderscheid naar soorten van behoeften. Wij beschouwden een en ander veel globaler. We vroegen ons af of er op een omschreven gebied sprake was van een potentiële behoefte aan zorg (ja/nee rating). Indien we daarover onzeker waren gaven we dat met een bepaalde score weer. Uiteindelijk beschikten we niet altijd over de meest volledige informatie of ontbrak de tijd om de benodigde informatie in te winnen. Indien de patiënt geen passende behandeling of zorg ontving, of ineffektieve behandeling/zorg, spraken we van een onvervulde behoefte. Vaak kwamen we bij psychiatrisch of fysiek lijden terecht op farmacotherapie, over de juistheid waarvan we ons een oordeel trachtten te vormen. Wat betreft de sociale vaardigheden, de (on)mogelijkheden van begeleiding en zorg en de materiële/sociale omstandigheden kwamen we terecht bij de vraag: is iemand hier op zijn plek en zo nee, is er sprake van te weinig of te veel zorg. Ook dit laatste punt, dat iemand in een voorziening verblijft waar onnodig veel begeleiding/aandacht ter beschikking staat, hebben we steeds voor ogen gehad, bij voorbeeld: iemand kan zelfstandiger functioneren vergeleken met het gemiddelde niveau waarop de huisregels, de zorg en de begeleidingsplannen in principe zijn toegesneden. We baseerden ons eigen oordeel mede op uitspraken van de staf/beheerder inzake de noodzaak of wenselijkheid van toezicht, begeleiding, activiteitenbegeleiding met betrekking tot de individuele patiënt. Zo was er in de ogen van onze informant (beheerder/verpleegkundige) nogal eens sprake van een noodzaak tot strengere regelgeving en toezicht op de bewoner vanwege zelfverwaarlozing, bedreiging van anderen, financiële handel en wandel, medicatiebeheer etc.: dit gold voor 52% van de bewoners van de BW, 71% van die van de SW en 91% van de patiënten op de PV-afdeling. Dit oordeel

van de informant correspondeerde sterk met het aantal duidelijke gedragsafwijkingen gedurende de laatste maand voor interview. Ook over de behoefte aan begeleiding, aan aanvullende sociale activiteiten of training in sociale vaardigheden was de informant vaak zeer uitgesproken: in driekwart van alle gevallen bestond daar wel in meer of mindere mate behoefte aan. Er was niet zoveel verschil tussen de BW (76%), de SW (64%) en de PV (80%), al blijkt op laatstgenoemde afdeling de wenselijkheid daaraan vaker en op meer terreinen te worden geuit. Ten slotte, indien de zorg voldoende was, spraken we van een vervulde behoefte.

Adequaatheid van de zorg

In tabel 1 presenteren we onze bevindingen met betrekking tot de voorziening waar men verbleef. Was de zorg en begeleiding aldaar voldoende gezien iemands psychosociaal functioneren en iemands mogelijkheden of ontbrak er het nodige aan?

Tabel 1: Oordeel van het panel inzake adequaatheid van de zorg (in percentages per voorziening)

	BW (N=33)	SW (N=28)	PV (N=35)
Adequaat voldoende	70	71	57
Redelijk minder zorg mogelijk	15	4	6
Niet-adequaat minder zorg wenselijk	—	4	11
Redelijk meer zorg wenselijk	15	21	20
Niet-adequaat meer zorg nodig	—	—	6

Meer dan tweederde ($\pm 70\%$) van de bewoners in de BW en SW heeft in de ogen van het panel adequate zorg en begeleiding; dat is slechts bij 57% van de bewoners in de PV het geval.

In de BW heeft ongeveer eenderde van de onderzochte bewoners redelijk adequate zorg; de helft van hen heeft meer zorg en de helft heeft wat minder. 'Meer zorg' slaat in dit verband op een intensivering van de begeleiding, op training van bepaalde sociale vaardigheden of op een meer gestructureerde dagindeling. Bij een enkeling zou dat kunnen resulteren in zelfstandig wonen in de maatschappij. Minder zorg wil bij de meeste van deze bewoners zeggen dat op eigen benen staan een realistisch streefdoel zou kunnen zijn. In ieder geval zouden ze de kans moeten krijgen om dat perspectief te proberen.

Onder de bewoners van de SW springt de bevinding naar voren dat ongeveer één op de vijf meer zorg heeft dan op dat moment het geval is. Concrete gedragsproblemen vormen de grond voor dit oordeel waarbij het vooral gaat om meer toezicht en begeleiding in verband met risico's op lichamelijk of financieel misbruik van de betrokkene door anderen. De indruk ontstond dat sommigen een beetje aan hun lot werden overgelaten vanuit de filosofie dat er niet meer behandeld hoefde te worden. Een enkeling zou zelfs in een verzorgingsafdeling veel meer op zijn plaats zijn.

Ofschoon de actuele situatie in onze ogen om meer zorg vroeg is er bij een paar patiënten wel degelijk sprake van een toekomst buiten het APZ. Bij het oordeel van 'minder zorg' gaat het om een paar patiënten die niet vanwege hun psychiatrisch toestandsbeeld op een SW binnen het APZ aangewezen zijn. Bij de een ligt de reden in het reeds langdurige verblijf in het APZ (23 jaar), waar ze volledig tevreden is en elke verandering in woonsituatie categorisch afwijst; bij de ander betreft het veel meer de weerstand van de partner om hem thuis te verzorgen, niet zozeer wegens psychiatrische problemen alswel wegens een lichamelijke handicap (die vermoedelijk t.z.t. overplaatsing naar verzorgingshuis noodzakelijk maakt).

Over de bewoners van de PV is het panel het meest uitgesproken: ongeveer een op de zes kan met minder zorg toe/kan zelfstandiger functioneren dan in die afdelingen gebruikelijk is; maar ook heeft een op de vier bewoners meer nodig. Wat betreft het laatste gaat het uitgesproken om meer begeleiding, sociale activering, intensivering van de zorg. De noodzaak van meer zorg wordt in de regel door de verpleegkundige staf zeer goed verwoord maar de klacht is veelal het gebrek aan personeel. De tijd wordt vooral besteed aan de lichamelijke verzorging en aan lichamelijke ongemakken. De psychorevalidatie schiet er dan bij in. Soms lijkt ook een overplaatsing naar verpleeghuis het meest wenselijk. Minder zorg lijkt voor een op zes bewoners mogelijk in die zin dat het functioneren van deze patiënten (veel) minder toezicht en regelgeving vergt, dan waarop de staf en de afdeling zijn ingesteld. Mede doordat het om heterogene groepen patiënten met deels lichamelijke handicaps gaat, is er nogal eens sprake van een ongelukkige plaatsing. In enkele gevallen is overplaatsing naar beschut wonen voor de hand liggend.

Resumerend moeten we in die gevallen waarin de zorg niet geheel adequaat werd geacht dus aan twee groepen bewoners denken; deels gaat het om bewoners die minder zorg behoeven en zelfstandiger zouden kunnen functioneren dan de norm in de betreffende voorziening; deels om bewoners die juist meer zorg behoeven. Voor de gehele steekproef gelden de volgende percentages: 66% had voldoende zorg, 14% zou met minder zorg toe kunnen en 21% zou meer zorg behoeven. Van de onderzochte chronische patiënten in het APZ zou steeds voor één op de vier de zorg geïntensiveerd moeten worden. Deze bevinding ko-

men we in de literatuur en in alle beschouwingen over substitutie en de institutionalisering weinig tegen. Wanneer we de psychologische functiestoornissen en de sociale beperkingen van deze mensen in beschouwing nemen, dan blijken zij inderdaad ernstiger gestoord respectievelijk beperkt te zijn vergeleken met hen bij wie de zorg adequaat was of aan wie relatief te veel zorg werd geschonken. Ofschoon de verschillen in gemiddelde scores op een schaal van psychologische functiestoornissen (t.w. aandacht, denken, reality testing, wilsleven, stemming, psychomotoriek) en op die van sociale beperkingen (huishouding, zelfverzorging, dagelijkse interesse, sociale contacten, beroepsactiviteiten) in de drie groepen niet statistisch significant zijn, is er wel sprake van oplopende scores bij de mensen met 'te veel zorg', die met 'voldoende zorg' en die met 'te weinig zorg'. Het is trouwens goed te bedenken dat de mensen met 'te veel zorg' beslist niet licht gestoord of beperkt waren.

Tevredenheid van de bewoners

Vervolgens nemen we het oordeel van de bewoners zelf over hun woonverblijf in beschouwing. Tabel 2 vat de bevindingen samen. Het was vaak niet gemakkelijk een oordeel te verkrijgen. Vooral op de PV-afdelingen was een gesprek vaak onmogelijk, zodat geen antwoord op onze vragen werd verkregen.

Tabel 2: Oordeel inzake tevredenheid voorziening (in percentages per voorziening)

	BW (N=33)	SW (N=28)	PV (N=35)
Tevreden (wil nergens anders heen)	64	75	9
Redelijk tevreden (wil wel ergens anders heen)	9	—	23
Matig tevreden (omschreven klachten)	9	14	9
Ontevreden (wil liefst weg)	3	—	9
Geen duidelijk antwoord verkregen	15	11	51

De bewoners in de SW waren het meest tevreden. Sommige hadden omschreven klachten doch niemand uitte de wens elders heen te willen. Ook de bewoners in de BW waren merendeels tevreden, al is toch één op de vijf beslist niet geheel tevreden. Het resultaat op de PV-afdelingen is moeilijk te beoordelen daar de helft niet tot een antwoord kwam. Toch blijken daar de meeste ontevredenheid en klachten te bestaan. Relatief de meesten die wel ergens anders willen wonen verble-

ven juist op deze afdelingen. Alle bewoners bij elkaar genomen was de helft tevreden met waar hij/zij verbleef, een kwart gaf geen duidelijk antwoord op onze vraag hiernaar en het resterende kwart was in meer of mindere mate ontevreden. Een klein aantal gaf onomwonden te kennen daadwerkelijk weg te willen.

We hebben beide oordelen, dus die van de patiënt/bewoner en die van het panel, met elkaar vergeleken. Immers, spoort ons oordeel van adequaatheid ook met een tevreden gevoel bij de betrokkene? En weerspiegelt de duidelijke ontevredenheid van de bewoners ons idee dat de bewoner inderdaad niet op zijn plek is? Al met al blijkt weinig samenhang tussen beide oordelen te bestaan. Tussen ons oordeel van meer respectievelijk minder zorg bestaat geen verband met meer of minder uitgesproken tevredenheid bij de bewoners, zoals blijkt uit onderstaande tabel.

Tabel 3: Overeenstemming tussen oordeel van de onderzoekers en dat van de patiënten

Oordeel	Tevreden	Tevredenheid patiënten		
		Redelijk tevreden	Matig/ ontevreden	Geen antwoord
Voldoende zorg	36	6	10	11
Minder zorg				
mogelijk/wenselijk	4	3	2	4
Meer zorg				
wenselijk/nodig	5	2	1	11

$$X^2 = 3,5, df = 4, N.S.$$

Beschouwing

De onderscheiden voorzieningen BW, SW en PV herbergen bewoners die nogal van elkaar verschillen in omvang en aard en ernst van de psychiatrische problematiek, organische stoornis en psychosociaal functioneren. In zekere zin is dat een weerspiegeling van het gevoerde opnamebeleid.

Ons onderzoek laat zien dat in de verblijfssector van het APZ beleidsmatig wat meer aan de hand is dan het nogal geforceerd opgedrongen denken over overplaatsing van patiënten naar andere voorzieningen. Een zorgvuldige beschouwing van de noden en behoeften van de individuele patiënt in die sector leert dat in zijn totaliteit eerder meer zorg dan minder zorg verleend dient te worden. Dat aspect van meer zorg is volkomen onbelicht in de tot nu toe gevoerde discussies. Dit geldt zowel voor afdelingen van het wonen als voor die van de intensieve verzorging en begeleiding. De personele consequenties hiervan zijn nog volstrekt niet overdacht.

De groep bewoners van het APZ die het met (wat) minder zorg kunnen stellen zouden deels voor overplaatsing in aanmerking kunnen komen, bij voorbeeld van PV naar SW, maar nauwelijks naar een BW buiten het APZ. Gezien de relatieve ernst van de psychopathologie zou dit betekenen dat de personele inzet daar zeker niet verminderd kan worden. Op grond van de toestand van de bewoners die in de SW verblijven, achten we een hogere inzet eigenlijk al nodig. Ook in Amerika groeide na het deinstitutionaliseringsproces het besef dat alternatieven voor langdurige hospitalisatie gebaseerd op een intensieve 'need assessment' (Fowler 1980) vaak hoge kosten meebrengen en dat er zelden flinke besparingen zouden kunnen worden bereikt. Men begint daar zelfs weer flink te investeren in de intramurale GGZ.

Willen we ernst maken met de zorg voor moeilijke mensen die nu binnen het APZ verblijven, dan lijkt het erop dat het principe van budgettaire neutraliteit in de verschuivingsoperatie van APZ naar RIBW niet meer realistisch is. De tamelijk simplistische schrijfsels van het Centraal Plan Bureau (1986) over de hele substitutieoperatie zijn in dit opzicht misleidend. Uit ons onderzoek blijkt geenszins dat overplaatsing van chronische patiënten uit het APZ naar woonvoorzieningen elders zo voor de hand ligt. In ieder geval zijn de voorwaarden die de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan een eventuele overplaatsing van patiënten verbindt, essentieel in dit verband. Zij komen neer op een waarborg voor een continuïteit van zorg voor problemen die in het algemeen ook continu en chronisch van aard zijn.

Literatuur

- Brewin, C. (1983), Camberwell High Contact Study: Assessment of need: an eight stage model (*interne publikatie*).
- Brook, O.H. (1985), Mortality in the long-stay population of Dutch mental hospitals. *Acta Psychiat. Scand.*, p. 626-635.
- Brook, O.H. (1986), Psychiatrisch Ziekenhuis wordt geconfronteerd met nieuwe longstay patiënten. *Het Ziekenhuis*, p. 98-100.
- Fowler, G. (1980), A needs-assessment method for planning alternatives to hospitalization. *Hospital & Community Psychiatry*, 31, 31-45.
- Geneeskundige Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, *Inventarisatie van meer dan een decennium cijfermateriaal*. Patiëntenregistratie Algemene Psychiatrische ziekenhuizen, 1, 1967-1977. Ministerie v. Volksgezondheid en Milieuhygiëne (1982).
- Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. *T. v. Psychiatrie*, 26, 244-261.
- Giel, R. (1984), Het beleid t.a.v. chronisch psychiatrische patiënten. *Ned. T. v. Geneeskunde*, 128, 726-727.
- Giel, R., S. Dijk en J.R. van Weerden-Dijkstra (1978), De nieuwe chronische patiëntenpopulatie. *T. v. Psychiatrie*, 20, 601-609.
- Gruenberg, E.M., en B. Pepper (1985), Definition of the terms 'chronic', 'disorder', 'disability' and 'patient'. In: T.S. Radebaugh, E.M. Gruenberg, M. Kramer en B. Cooper (red.), *The chronically mentally ill. An international perspective*. John Hopkins University, Baltimore.

- Horn, G.H.M.M. ten, en F.G. Brook (1985), *Wat heet chronisch? Een cohort van GGZ-patiënten uit 1975 zes jaar later opnieuw bekeken met het register geestelijke volksgezondheid*. Afd. Sociale Psychiatrie, RU Groningen.
- Haveman, M.J. (1980a), De frequent opgenomen psychiatrische patiënt. *T. v. Psychiatrie*, 22, 199-208/267/277.
- Haveman, M.J. (1980b), Nieuwe langblijvers in psychiatrische ziekenhuizen. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 8, 642-654.
- Haveman, M., N.W. Poelijoe en E.S. Tan, Vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. *Verslag van een landelijk Substitutieonderzoek*, RU Limburg.
- Hoek, H.W. (1987), *Psychiatrisch onderzoek met de CIPS*. Proefschrift RU Groningen.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid*, Tweede Kamer 1983-1984, 18463, nrs. 1-2.
- Mootz, M., J. Timmerman, I. Schoenmakers-Sallinoja en J. Hessing-Wagner (1986), *Samenhang in de zorg. Substitutiemogelijkheden op een viertal terreinen*. Sociaal en Cultureel Planbureau, Rijswijk.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Advies inzake plaatsing van patiënten uit algemene psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen*, Zoetermeer, nov. 1986.
- Tholen, F., R. Giel, H.W. Hoek, A. de Jong en D. Wiersma (1988), De psychopathologie in voorzieningen voor langdurig verblijf. *T. v. Psychiatrie*, 30, 54-72.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *T. v. Psychiatrie*, 26, 402-419.
- Wykes, T., E. Sturt en C. Creer (1982), Practices of day and residential units in relation to the social behavior of attenders. *Psychol. Med. Suppl.*, 2, 15-29.
- Wykes, T., E. Sturt en C. Creer (1985), The assessment of patient's need for community care. *Social Psychiatry*, 20, 76-85.

Auteurs zijn, respectievelijk als socioloog, psychiater, psychiatrisch epidemioloog, psycholoog en psycholoog van de afdeling Sociale Psychiatrie en als psychiater van de afdeling Klinische Psychiatrie, verbonden aan de vakgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen. Adres: Academisch Ziekenhuis, Postbus 30.001, 9700 RB Groningen.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 23-11-'87.