

Nachthospitalisatie, een alternatief in de zorg voor de jonge chronisch psychotische patiënten

door M. De Hert, L. Billiet, E. Thys, V. Vercauysen en J. Peuskens

Gepubliceerd in 1995, no. 6

Samenvatting

In de zorg voor de chronisch psychiatrische patiënt lijkt partiële hospitalisatie 's nachts een vergeten alternatief. Sinds meer dan vijftien jaar voorziet het P.S.C. St.-Alexius in nachthospitalisatie voor een groep jonge, chronisch psychotische patiënten. Een rehabilitatieprogramma in de avonduren wordt gecombineerd met een verblijfsfunctie. Overdag zijn de bewoners ingeschakeld in zinvolle en 'normale' activiteiten buiten het centrum.

Inleiding

Zoals elders in de wereld zit ook in België de psychosociale rehabilitatie, als specifiek behandelmodel voor de groep chronisch psychiatrische patiënten, in de lift (De Hert e.a. 1993). Het psychiatrisch landschap wordt door de reconversie maatregelen drastisch veranderd. Als de afbouw van bedden volgens plan verloopt, blijven er in 1996 12.500 bedden beschikbaar. In 1970 waren er nog 26.533, op dit moment zijn er minder dan 20.000. Door deze vermindering van ziekenhuisplaatsen groeit het belang van projecten Beschut Wonen en initiatieven voor partiële hospitalisatie.

Partiële hospitalisatie in de vorm van nachthospitalisatie blijkt geen gewone zaak te zijn. In een uitgebreid literatuuronderzoek vonden we noch in indexen zoals *Excerpta Medica* noch in gespecialiseerde tijdschriften zoals *The International Journal of Partial Hospitalization* en *Hospital and Community Psychiatry*, specifieke publikaties over nachthospitalisatie. In een recent overzicht van Parker en Knoll (1990) wordt nachthospitalisatie als mogelijke vorm van partiële hospitalisatie erkend maar wordt nergens verwezen naar concrete initiatieven. Meestal wordt nachthospitalisatie gezien als een tijdelijk adjuvans van daghospitalisatie bij crisissituaties.

Schene e.a. (1986) maakten een overzicht van de partiële hospitalisatie in Nederland en onderscheidde vier functies voor partiële hospitalisatie. Hoewel het hier over daghospitalisatie gaat, laat het schema toe de functie van rehabilitatie in partiële hospitalisatie te situeren. De functies zijn de volgende:

1. een alternatief voor een (sub)acute 24 uren-behandeling
2. overgangsfase na een 24 uren-behandeling, vervolgbehandeling
3. alternatief voor ambulante behandeling
4. rehabilitatie of ondersteuning van chronische patiënten

Uit hun studie blijkt dat op dat moment in Nederland de laatste functie weinig ontwikkeld is. Het aantal chronisch schizofrene patiënten bedraagt slechts 8% terwijl dat in de Angelsaksische landen, waar 'day-care facilities' beter ontwikkeld zijn, gemiddeld 60% is (Shepherd 1989). Concrete cijfergegevens over de Belgische situatie ontbreken.

Onder nachthospitalisatie verstaan we een setting waar een zinvolle dagactiviteit gecombineerd wordt met een behandel functie in de avonden en een verblijfsfunctie 's nachts. Nachthospitalisatie is in Vlaanderen een gebruikelijke praktijk. In de huidige programmatie van psychiatrische bedden zijn er 1.280 plaatsen (0,13 per 1.000 inwoners) voor nachthospitalisatie voorzien. Verschillende psychiatrische ziekenhuizen voorzien nachthospitalisatie als overgangsfase naar ontslag. Daarnaast zijn er in Vlaanderen vier onafhankelijke nachthospitalen met een ziekenhuiserkenning, samen een honderdtal plaatsen. In de Brusselse regio zijn er eveneens een honderdtal plaatsen in bi-communautaire of Franstalige instellingen met een ziekenhuiserkenning of specifiek riziv-statuu (Rijksinstelling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering).

De functie en mogelijkheden van nachthospitalisatie zullen we illustreren aan de hand van een voorstelling van het nachthospitaal P.S.C. St.-Alexius te Elsene, een actieve revalidatiesetting voor de groep jonge chronisch psychotische patiënten.

Historiek: van token-economy naar revalidatie

In het U.C. St.-Jozef te Kortenberg startte men een kortdurend residentieel programma voor psychotici op basis van leertheoretische principes (Peuskens 1983). Na een behandeling van enkele maanden had een derde van de patiëntenpopulatie bij ontslag behoefte aan een tussenoplossing. Alleen wonen of terugkeren naar familie was niet mogelijk of wenselijk. Voor deze groep werd een nachthospitaal opgericht met, in tegenstelling tot de residentieële behandeling, de nadruk op een zinvolle activiteit overdag in de samenleving en een grote mate van begeleiding en ondersteuning vanuit het centrum. Een revolutionair idee, dat verder gaat dan de klassieke daghospitalen waar activiteiten voor chronici in het centrum zelf worden aangeboden. De keuze voor een grootstad als Brussel werd ingegeven door het grote aanbod aan activiteiten.

Een eerste aanpassing in het therapeutisch aanbod kwam er door de introductie van principes uit de psychosociale revalidatie (Bennett 1983, Pieters e.a. 1987, Shepherd 1989, Stein en Test 1985). Later was er de inbreng van het ideeëngoed van de therapeutische gemeenschap (Jones 1972) en de psychoanalyse (Vermote 1991). De laatste jaren is er een verschuiving van een groepsbenadering naar een meer individuerichte aanpak met aandacht voor evaluatie van noden (Anthony en Farkas 1982; Hall en Baker 1988; Pieters en De Hert 1992) en de uitbouw van case-management in de vorm van mini-teams (Hoeyberghs en De Hert 1993).

Door de jaren heen is de werking mee bepaald door de noden van onze specifieke populatie. We kunnen onze patiënten samenbrengen onder de noemer van nieuwe langdurig zieken of 'New Chronics' zoals Bachrach (1988) ze noemt. Dit zijn mensen die er, ondanks behandeling, niet in slagen weer een weg te vinden in de maatschappij. Patiënten die vaak nog allerlei symptomen hebben, zweven tussen verwachting en hopeloosheid, en kunnen gemakkelijk in crisissituaties terechtkomen.

Nachthospitaal, bewoners en personeel

Het nachthospitaal bevindt zich in een oud klooster met een grote tuin in het centrum van Brussel. Deze locatie maakt participeren in het 'normale' leven mogelijk door gewoon naar buiten te stappen. Het gebouw is anoniem en draagt aan de buitenkant geen signalisatie van zijn functie. De architectuur van het gebouw is wat controversieel. Voor sommigen lijkt het gebouw onpraktisch en somber, anderen zijn verbaasd een bar en biljarttafels te vinden in een oude kapel. Voor veel mensen staat de huiselijke sfeer van het oude gebouw gelijk met normalisatie, dit in tegenstelling tot de vaak klinische atmosfeer van een psychiatrisch ziekenhuis. Patiënten beleven een verblijf in het centrum anders dan een ziekenhuisopname. Ze spreken trouwens altijd van de 'home'.

En het centrum verblijven 44 mensen; hun gemiddelde leeftijd is 30 jaar en de gemiddelde verblijfsduur ligt tussen 9 en 12 maanden; 2/3 zijn mannen, 1/3 vrouwen. Gemiddeld zijn er 75 opnames per jaar, 90% van de patiënten heeft de diagnose chronische schizofrenie. De meerderheid werd meer dan 5 maal gehospitaliseerd en kende een totale opnameduur van meer dan 2 jaar. In het verleden kwamen de meeste verwijzingen vanuit het psychiatrisch ziekenhuis te Kortenberg. De laatste jaren zijn de helft van de verwijzingen afkomstig van verschillende ggz-voorzieningen uit het hele land. Het belangrijkste opnamecriterium is één of andere vorm van langdurige psychotische stoornis. Daarnaast moet er een zekere mate van zelfredzaamheid aanwezig zijn alsook de bereidheid tot het doen van een regelmatige dagactiviteit buiten het centrum. Exclusiecriteria zijn: ernstige mentale retardatie, primaire alcohol- of drugverslaving, antisociale persoonlijkheidsstoornis. 10% Van onze bewoners heeft een statuut van gedwongen opname of internering.

De bewoners verblijven in vier livings waar ze met begeleiding van een vaste groepsverpleegkundige instaan voor de werking van hun leefgroep. Ze koken zelf viermaal per week, onderhouden hun eigen kamer en leefruimte. Wekelijks is er een groepsvergadering met de groepsverpleegkundige en de psychiater. Naast het bespreken van het groepsgebeuren is dit ook het moment voor psycho-educatie (Ryglewicz 1991). Om de twee maanden is er een 'homevergadering' met alle patiënten en aanwezige teamleden. Daar beslissen de bewoners mee over de praktische werking en het beleid op lange termijn. Alle weekends zijn vrij en de bewoners krijgen de mogelijkheid om twee weken per jaar vakantie te nemen. Daarnaast organiseert de dienst vrije tijd enkele groepsreizen.

Een activiteit buiten de instelling in een niet-psychiatrische voorziening is een voorwaarde voor een verblijf in ons centrum. Meestal gaat het hierbij om vrijwilligerswerk. Patiënten met een beperkte activiteit worden in huis ingeschakeld bij taken van algemeen nut, zoals onderhoudstaken en training van sociale en instrumentele vaardigheden. Na de dagtaak is er het groepsleven in de living en is er de mogelijkheid tot contact met de hulpverleners in de avonduren. Na het avondmaal kunnen ze deelnemen aan de activiteiten van de dienst 'vrije tijd' of zelf iets in de stad ondernemen.

Van de twintig teamleden zijn de helft verpleegkundigen. Er zijn daarnaast vier sociaal verpleegkundigen, drie vrijetijdswerkers, een psychologe en twee part-time psychiaters. De meeste stafleden zijn aanwezig in de late namiddag en de avonduren. Er is een vierentwintig-uur permanentie, zeven dagen op zeven. Dit team zorgt zowel voor de begeleiding van bewoners als voor de nazorg van ex-bewoners die verblijven in het project Beschut Wonen of Zelfstandig Wonen.

Rehabilitatie in het nachthospitaal

Onze basisfilosofie is die van de psychosociale rehabilitatie. Rehabilitatie mag niet verward worden met resocialisatie (Bennett 1983). Shepherd (1989) stelt dat zeer duidelijk: 'Rehabilitatie verwijst naar een proces waarbij een persoon met verminderde mogelijkheden geholpen wordt om optimaal gebruik te maken van zijn overblijvende capaciteiten om in een zo normaal mogelijke sociale context te functioneren. Resocialisatie is maar één mogelijk resultaat. Succesvolle rehabilitatie hoeft niet noodzakelijk een verbetering in niveau van functioneren te betekenen, noch een vermeerderde onafhankelijkheid, noch ontslag uit een ziekenhuis en kunnen leven in de maatschappij met een minimum aan steun. In feite kunnen patiënten gerehabiliteerd zijn en nog steeds in het ziekenhuis verblijven. Rehabilitatie behelst veel meer dan mensen uit het ziekenhuis ontslaan of terug in een betaalde job kunnen inschakelen.'

Onze visie op rehabilitatie kan weergegeven worden in vier krachtlijnen: niet-behandelgericht, noodspecificiteit, normalisatie en netwerk. Deze begrippen lijken 'common sense' maar impliceren voor hulpverleners het verlaten van een denk- en zorgverleningsmodel waarmee ze jaren geïmpregneerd zijn.

Niet-behandelgericht

Het 'non-treatment' idee staat haaks op het medisch model van etiologie, diagnose en behandeling en op het merendeel van de psychotherapeutische scholen, waar een verklaring wordt gezocht voor klachten die dan via therapeutische interventies zouden moeten verdwijnen. Het exclusief hanteren van een medisch model kan schadelijk zijn voor chronische patiënten. Het is immers zo dat ze per definitie therapieresistent zijn, anders zouden ze niet chronisch zijn. Het resultaat van het medisch model is dat soms gedurende jaren geprobeerd wordt symptomen weg te nemen en als dat niet lukt worden patiënten afgeschreven als defectueus. Beoefenaars van het medisch model gaan zich vaak aan symptomen vastklampen en hopen dat wanneer de symptomen zijn weggewerkt, het functioneren wel vanzelf zal verbeteren. Volgens de Jong e.a. (1986) is er bij 1/3 van de psychotici geen correlatie tussen de aanwezigheid van symptomen en het niveau van functioneren. Dat is zeker zo voor de groep 'New Chronics' die in ons centrum verblijven. Bij schizofrenie is het duidelijk dat verschillende mensen zich handhaven ondanks aanhoudende auditieve hallucinaties.

Vanuit het non-treatment idee concentreren we ons niet zozeer op behandeling maar vooral op het behoud van functioneren. Dit is het idee van 'care'. Care heeft een dimensie die moeilijk te vertalen is, het is niet alleen verzorgen en zorgen voor maar ook bezorgd zijn om. Care staat dan tegenover 'cure'. Het curemodel voor chronici wordt soms schimpend het 'carwashmodel' genoemd: een opname wordt dan vergeleken met door een carwash gereden worden waarna de patiënt weer verfrist de maatschappij in kan. Het is duidelijk dat het geen zin heeft bij een groep die weinig aan behandeling beantwoordt, het altijd weer op deze manier te proberen. Deze houding mag evenwel niet leiden tot therapeutisch nihilisme waarbij aan patiënten adequate behandelingen worden ontzegd. Er wordt altijd gestreefd naar een minimale effectieve onderhoudsdosis en er wordt rekening gehouden met de recente ontwikkelingen op het vlak van de biologische psychiatrie (o.a. gebruik van atypische neuroleptica).

Een belangrijk facet van dit zorgmodel, waarbij we proberen het functioneren van patiënten te behouden, is dat deze zorg in de gemeenschap gebeurt: 'care in the community'. Als we bezorgd zijn om het behoud van familiale banden, een vorm van zelfstandigheid, en een niveau van werken, dan is het vanzelfsprekend dat we mensen geen jaren in het ziekenhuis houden indien het anders kan. Dat betekent ook dat we mensen niet zonder begeleiding en ondersteuning ontslaan uit het ziekenhuis zoals op sommige plaatsen in Groot-Brittannië, de Verenigde Staten of Italië wel gebeurde, maar dat we hen helpen om in de maatschappij te overleven. Deze ondersteuning dient te gebeuren op een assertieve manier of, zoals Stein (1985) het noemt, 'assertive outreach'. In die zin is partiële hospitalisatie een goede zaak omdat de tijd die men binnen het centrum doorbrengt kan gebruikt worden om de tijd buiten het ziekenhuis te ondersteunen.

Een ander belangrijk aspect is een permanente en eventueel levenslange begeleiding: 'continuity of care'. Het is dan ook zo dat we evenveel mensen begeleiden buiten het centrum als binnen het centrum. Na ontslag kunnen ex-patiënten steeds een beroep doen op hetzelfde behandelteam.

Noodspecificiteit

Het zorgaanbod moet aangepast zijn aan de specifieke noden van de patiënt, noden die uiteraard in de ruimste zin van het woord gedefinieerd moeten worden. Het vereist een zeer soepele en geïndividualiseerde aanpak. Vroeger hadden we de neiging om alle patiënten dezelfde globale scala van vaardigheden aan te leren. Geconfronteerd met problemen van generalisatie en motivatie legden we de nadruk op het creëren van een therapeutisch milieu volgens de principes van Jones (1979). Volgens democratische principes kregen patiënten zekere verantwoordelijkheden en werden vragen in de vorm van een probleem teruggespeeld. Zo slaagden we erin onze patiënten volledig zelf voor de groep te laten koken gedurende de week. Het merendeel deed dat zelfs met enig plezier, ook als de

groepsverpleegkundige niet aanwezig was. Toch is dat niet essentieel. Na ontslag zal iemand die op vijf minuten van een hamburgertent woont niet meer voor zichzelf koken zoals hij dat deed voor een groep van tien personen, ook al kan hij dat perfect. Wij hebben dezelfde ervaringen op andere terreinen zoals het innemen van medicatie, wat ook tijdens het verblijf al grotendeels aan de patiënten overgelaten wordt, het geldbeheer en het opstaan 's morgens. Deze zaken krijgen na ontslag een andere betekenis. Dat betekent niet dat we de organisatie van het leefklimaat verlaten hebben. Het merendeel van de patiënten heeft er veel aan om na het werk in een groepsstructuur terecht te kunnen met een vaste groepsverpleegkundige en een eigen living en daarenboven betrokken te worden bij de organisatie van het leven in huis.

Naast de opvang in een groepssetting staat de geïndividualiseerde flexibele aanpak volgens de principes van het case-management (Bachrach 1989; Harris en Bergman 1989; Intagliata 1982). De ideeën van het case-management werden uitgewerkt in de vorm van mini-teams die rond elke patiënt gecreëerd worden. In deze mini-teams gebeurt de continue evaluatie van noden en het opvolgen van specifieke interventies alsook de planning op lange termijn.

Het miniteam is samengesteld uit een verpleegkundige, een sociaal verpleegkundige, een vrijetijdswerker en een psychologe. De psychiater heeft hierbij geen coördinerende functie maar is eerder een consulent. De coördinatie gebeurt door de groepsverpleegkundige die het dichtst bij de patiënt staat. Hij of zij kan het best afspraken maken, deze evalueren alsook het snelst interveniëren bij mogelijke moeilijkheden. Elke bewoner heeft zijn specifiek miniteam dat regelmatig samenkomt, of er nu problemen zijn of niet. De belangrijkste effecten van de miniteams tonen zich op twee vlakken: het volgen van patiënten en het vergaderen. De bewoners worden van meer nabij en meer continu gevolgd. De globale vergaderdruk voor het hele team is verminderd zodat er tijd vrijkomt voor intervisie en permanente vorming.

Normalisatie

Normalisatie is een begrip dat door Wolfensberger (1970) in de rehabilitatie werd gelanceerd. Het is evident dat als we mensen op een niveau van functioneren willen houden we zelf zo weinig mogelijk aliënerende elementen mogen inbrengen. Een werk of zinvolle activiteit buiten het centrum is daarom van essentieel belang en een noodzakelijke voorwaarde voor een verblijf in ons centrum. Deze activiteit buiten het centrum is geen 'bezigheid' maar dient een nuttige, zinvolle en indien mogelijk een zekere bevredigende activiteit te zijn.

Concreet houdt dat in: betaald werk, vrijwilligerswerk, studie, beroepsopleiding, beschutte werkplaats. De identificatie met werk en de werkomgeving is immers heel belangrijk. Veel van onze patiënten verkiezen een vrijwilligerswerk boven het werken in een beschutte werkplaats. Niet zozeer omwille van de aard van het werk maar omdat een beschutte werkplaats vaak een negatief zelfbeeld versterkt. Onze patiënten kunnen zich moeilijk identificeren met het publiek van een beschutte werkplaats dat voor het merendeel uit mentaal gehandicapten bestaat. Bij kennissen en vrienden vertellen vrijwilliger te zijn en licht administratief werk te doen bij het Rode Kruis of de Wereldwinkel heeft een heel andere betekenis, dan te moeten zeggen dat men naar een beschutte werkplaats gaat, omdat dat met een handicap geassocieerd wordt. Daarnaast is het belangrijk dat ze zich op een vrijwilligerswerk niet tussen andere patiënten bevinden. Het is een contact met een normale werksituatie die een overgangsmaatregel naar een leercontract, een beroepsopleiding of een arbeidsovereenkomst via cao 26 kan zijn. In onze visie kan vrijwilligerswerk een 'vocational training in vivo' zijn (Vercruyssen en De Hert 1993).

Het zoeken van werk gebeurt samen met de patiënt, rekening houdend met zijn specifieke vaardigheden, beperkingen en wensen. Het volgen van de werkgevers en het klimaat op het werk is zeer belangrijk. De werkgevers nemen aanvankelijk een soort reddersattitude aan. Doch door het angstige of apathische gedrag van patiënten slaat deze houding vaak om naar een soort negatieve attitude die spanning in het werkmilieu doet toenemen. Het is duidelijk dat het slagen in een werksituatie niet alleen afhangt van werkvaardigheden van de patiënten maar ook van hun sociale en relationele vaardigheden in de omgang met andere mensen. De kernvragen zijn vaak of zij zich kunnen toelaten bepaalde signalen als niet bedreigend op te vatten en of zij in staat zijn warmte te tonen. Door de jaren heen is er een uitgebreid netwerk van werkgevers ontstaan zodat er bij eventuele problemen vrij gemakkelijk ander werk kan worden gevonden.

Naast het werk wordt ook geprobeerd de patiënt te helpen met het zinvol doorbrengen van zijn vrije tijd. We houden ons daarbij zoveel mogelijk afzijdig van een therapeutische aanpak. Geen enkele van onze vrijetijdswerkers heeft een opleiding in de paramedische richting (sportopleiding en plastische kunsten). Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van het normale aanbod van de stad.

Er is individuele begeleiding maar er worden ook gezamenlijke activiteiten georganiseerd, meestal op initiatief van de patiënten. In het centrum is een estaminet waar patiënten zelf de toeg houden. Er is een kleine fitness-zaal, een snookerzaal en de mogelijkheid tot het volgen van een beknopte pc-opleiding. Het belangrijkste is dat er een ambiance gecreëerd wordt rond niet-wereldvreemde activiteiten die men ook na ontslag kan voortzetten.

Netwerk

Om de continuïteit van de zorg te verzekeren en een aanbod te realiseren aan verschillende voorzieningen, aangepast aan de specifieke noden van onze populatie, werden er door de jaren netwerken gecreëerd op verschillende niveaus.

Op het vlak van psychiatrische voorzieningen is er de samenwerking tussen een psychiatrisch ziekenhuis, een paaz, Centra Geestelijke Gezondheidszorg, de ambulante psychiatrie en de nachthospitaal in de regio Brussel. Zo zijn er verschillende vormen van psychiatrische opvang mogelijk zowel tijdens als na het verblijf. Het centrum staat in voor een multidisciplinaire follow-up: psychiatrisch, psychotherapeutisch, sociaal, vrije tijd. Patiënten kunnen op een flexibele manier gebruik maken van het ganse pakket of een deel ervan. In het centrum is er een open tolerante atmosfeer zodanig dat ex-patiënten ook kunnen binnenlopen om enkel een glas te drinken in het estaminet of eens te praten met een teamlid. Op het vlak van wonen is er een netwerk Beschut Wonen en begeleiding van alleenwonenden. We hebben een eigen project Beschut Wonen voor 36 plaatsen en een intensieve begeleiding voor 13 alleenwonende en 5 koppels ex-patiënten. Daarnaast is er nazorg en een depotkliniek voor 50 ex-bewoners. De sociaal verpleegkundigen die instaan voor de begeleiding van Beschut Wonen werken part-time in het centrum zodat continuïteit verzekerd is.

Zoals reeds vermeld is er een uitgebreid netwerk van mogelijke werkvoorzieningen. Op dit moment wordt op een regelmatige basis samengewerkt met een veertigtal plaatsen voor vrijwilligerswerk, verschillende beschutte werkplaatsen, door de overheid gesubsidieerde centra voor beroepsopleidingen en normale werksituaties waar men met een cao 26 aan de slag kan.

Psychotherapie

Naast de belangrijke invloed vanuit de psychosociale rehabilitatie is ons werk door de jaren heen ook sterk beïnvloed door het psychotherapeutisch denken. Deze invloed uit zich zowel in de organisatie van de dienst als in het individuele werk met patiënten. Bij opname wordt er steeds een aanbod gedaan van individuele psychotherapeutische begeleiding (Billiet e.a. 1992). Ongeveer 70% van de bewoners

maken gebruik van dit aanbod. De meeste patiënten hebben vaste afspraken en komen eenmaal per week. Ze kunnen frequenter gezien worden als dat nodig of wenselijk is. Sommigen komen maar eenmaal per maand voor een ondersteunend gesprek. Veel patiënten zetten de therapie ook na ontslag verder.

De vraag naar de al dan niet bewezen doeltreffendheid van psychotherapie bij patiënten met een psychotische problematiek vinden we binnen een setting voor rehabilitatie eigenlijk irrelevant. De rehabilitatie vertrekt immers van de vastgestelde therapieresistentie van de pathologie. Precies dat leidt tot een verschuiving van de aandachtspunten en tot een gewijzigde zorg. Zorg gebeurt minder met het oog op genezing, maar vertrekt van de vraag en de specifieke noden van een patiënt. Dat een bewoner een vraag heeft naar psychotherapie, is voor ons dan ook een voldoende reden om deze aan te bieden. Of de term psychotherapie voor deze niet-behandelgerichte aanpak nog kan worden gebruikt, kan bediscussieerd worden. We blijven ze voorlopig hanteren. In de praktijk stellen we vast dat het individueel werk intussen wel therapeutische _ in casu stabiliserende _ effecten heeft in sommige gevallen. Die worden evenwel niet vooropgesteld, noch zijn ze vereist om het werk verder te zetten.

De psychotherapie wil de patiënten een plaats bieden waar zij over zichzelf kunnen spreken op de wijze waarop zij zichzelf beleven. Veel patiënten proberen het beeld dat ze van zichzelf hadden voor ze ziek werden, hun toenmalig ideaal, hun levensproject, hardnekkig in stand te houden. Dit geeft de psychoticus soms de indruk dat de tijd stil heeft gestaan. Dit afdoen als koppigheid, als een ziekelijk gebrek aan realiteitszin miskent de plaats van deze gegevens in de beleving van de patiënt.

Tussen de waanwereld waarin de patiënt zichzelf en zijn medemens betekend ziet, waarin zijn leven en lot gegeven zijn en zijn lichaamsbeleving en realiteit begrensd zijn, en het 'genormaliseerde' beeld van zichzelf en de anderen, gaapt een kloof. Vaak is het zo moeizaam geïnstalleerde ziekteinzicht niets anders dan het inzicht dat de anderen hem ziek vinden. De psychotherapie wil de patiënt helpen bij het vinden van een plaats door deze verdeeldheid heen. In de individuele gesprekken wordt de subjectieve beleving van de patiënt niet onmiddellijk overdekt met een wetenschappelijk discours. De kloof tussen het eigen verhaal en dat van de ander _ de dokter, de wetenschap, de familie _ over hen wordt er even erkend, ook al is ze daarmee niet overbrugd.

Onze ervaring is dat het slagen of mislukken van rehabilitatie vaak afhankelijk is van irrationele en daarom toevallig lijkende factoren. Het verschil tussen wat een patiënt kan of geacht wordt te kunnen en wat hij doet is vaak enorm groot. Het stress-kwetsbaarheidsmodel dat gehanteerd wordt om kansen in te schatten is te simplistisch om de dynamiek van situaties te vatten. Wat op het eerste gezicht een belasting lijkt, kan voor de psychoticus een stabiliserend element zijn.

Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Een schizofrene patiënt gaat samenwonen met een medepatiënte, die ook nog aan astma lijdt. Haar moeilijkheden om met haar ziekte te leven, lijken op het eerste gezicht alleen een belasting voor haar partner. Rekening houdend met het feit dat hij, voor hij ziek werd, verpleegkunde studeerde en dat zijn toenmalig verlangen om verpleegkundige te worden bijzonder belangrijk blijft, heeft haar ziekte ook een ander dan een belastend effect op hem. Het biedt hem de kans haar te verzorgen, ten minste voor iemand verpleegkundige zijn. Omdat we in het klinisch veld telkens weer vaststellen dat het niet mogelijk is de kansen van psychotische patiënten in te schatten, vinden we het belangrijk hen eindeloos nieuwe kansen te geven, als ze die zelf willen nemen.

Voor veel patiënten blijven contacten met de familie belangrijk. De groepsverpleegkundige is de centrale figuur die vanuit het team contacten met de familie onderhoudt. Naast het maken van praktische afspraken wordt aandacht geschonken aan psycho-educatie van familieleden. Op indicatie is er ook een aanbod voor een systematische familiebegeleiding.

Effectiviteit en resultaten

De eerste resultaten van een recent follow-up onderzoek (De Hert e.a. 1994) bij 120 patiënten 3 jaar na een verblijf in het nachthospitaal zijn hoopvol. 90% Van de onderzoeksgroep had de diagnose schizofrenie en had een ziektegeschiedenis van 10 jaar. Slechts 17% ging terug naar een psychiatrisch ziekenhuis voor langdurig verblijf. Bij follow-up leefde 45% onafhankelijk, waarvan 18% alleen, 18% met een partner en 9% met familie. 38% Woonde in een beschutte woonvorm. Slechts 8% had geen enkele activiteit, dit in vergelijking met 32% voor opname. 68% Had een regelmatige gestructureerde activiteit buiten psychiatrische voorzieningen. Hierbij ging het meestal om inschakeling in een of andere werksituatie. 20% Van de ex-bewoners was tewerkgesteld in een normale betaalde werksituatie en 13% kreeg een of andere vorm van financiële vergoeding voor hun activiteit.

Besluit

Hoewel nachthospitalisatie buiten België nagenoeg onbekend is, is het een zinvol alternatief in de zorg voor de chronische patiënt. Het nachthospitaal in Elsene vervult de vier functies van partiële hospitalisatie die Schene e.a. (1986) vooropstelden. In momenten van crisis kan een kort verblijf in het centrum een verdere decompensatie voorkomen. De meeste opnames zijn een vervolgbehandeling na residentiële zorg. Waar ambulante behandeling onvoldoende mogelijkheden tot ondersteuning biedt is nachthospitalisatie een alternatief voor wie zijn activiteiten overdag wil voortzetten. Een verblijf is altijd gericht naar ambulante begeleiding in de toekomst. Onze belangrijkste functie is evenwel de rehabilitatie van de langdurig psychotische patiënt waarbij behandeling 's avonds een zo goed mogelijke inschakeling in het 'normale' leven overdag toelaat.

Onze ervaring leert dat mensen met ernstige beperkingen kunnen geholpen worden bij hun rehabilitatie en eventuele resocialisatie in een niet-institutionele voorziening in de samenleving. Een zinvolle dagactiviteit en bevredigende sociale rollen zijn essentieel voor het behoud van het niveau van functioneren. Het nachthospitaal is een plaats om de vaardigheden te leren die nodig zijn voor een leven buiten psychiatrische voorzieningen en om tegelijkertijd een verankering te vinden in het maatschappelijk gebeuren.

Literatuur

Anthony, W.A., M. Farkas (1982), A patient outcome planning model for assessing psychiatric rehabilitation interventions. Schizophrenia Bulletin 8, 13-38.

Bachrach, L.L. (1988), Defining chronic mental illness: a concept paper. Hospital and Community Psychiatry 39, 383-388.

Bachrach, L.L. (1989), Case-management: towards a shared definition. Hospital and Community Psychiatry 40, 883-884.

Baker, R., J.N. Hall (1988), REHAB: a new assessment instrument for chronic psychiatric patients. Schizophrenia Bulletin 14, 97-117.

Bennett, D. (1983), The historical development of rehabilitation services. In: F.N. Watts, D.H. Bennett (red.). Theory and practice of psychiatric rehabilitation, John Wiley and Sons, New York.

Billiet, L., M. De Hert, V. Vercruyssen (1992), Rehabilitation et psychotherapie. In: G. Vidon (red.), Hébergement thérapeutique, Eres, Toulouse.

Harris, M., H. Bergman (1988), Clinical Case Management for the Chronically Mentally Ill. In: M. Harris and L. Bachrach (red.), Clinical Case Management, Jossey-Bass, San Francisco/London.

Hert, M. De, E. Thys, L. Billiet e.a. (1993), Psychosociale rehabilitatie, de zorg voor de chronisch psychiatrische patiënt. Tijdschrift voor geneeskunde 49, 1037-1043.

Hert, M. de, E. Thys, V. Vercruyssen, e.a. (1994), The Brussels Nighthospital, a 3 year follow-up study, Schizophrenia Research 11, 174.

Hoeyberghs, L., M. De Hert (1993), Case-management. Psychiatrie en verpleging 6, 278-293.

Intagliata, J. (1982), Improving the quality of community care for the chronically mentally disabled: the role of case-management. Schizophrenia Bulletin 4, 655-674.

Jones, M. (1972), De therapeutische gemeenschap in de samenleving, Samson, Alphen aan de Rijn.

Jong, A. de, R. Giel, C.J. Slooff e.a. (1986), Relationship between symptomatology and social disability: empirical evidence from a follow-up study of schizophrenic patients. Social Psychiatry 21, 200-205.

Parker, S., J.L. Knoll (1990), Partial hospitalisation: an update. American Journal of Psychiatry 147, 156-160.

Peuskens, J. (1983), De plaats van nachthospitalisatie in de behandeling van jonge psychotische patiënten. Hospitalia 27, 177-179.

Pieters, G., R. Vermote, J. Peuskens (1987), The Brussels Nighthospital. In: H. Dent (red.), Clinical psychology research and development, Croon Helm Ltd, London/New York/Sydney.

Pieters, G., M. De Hert (1992), Diagnostiek en psychiatrische rehabilitatie. Diagnostiek-Wijzer 2, 51-59.

Ryglewicz, H. (1991), Psychoeducation and psychotherapy. TIE-Lines 8, 1-4.

Schene, A., P. van Lieshout, J. Mastboom (1986), Development and current status of partial hospitalisation in the Netherlands. International Journal of Partial Hospitalisation 4, 237-246.

Shepherd, G. (1989), Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt, Bohn, Scheltema, Holkema, Utrecht.

Stein, L., M.A. Test (1985), Training in community living: a decade of experience, Jossey Bass, San Francisco/London.

Vercruyssen, V., M. De Hert (1993), Arbeidsbemiddeling vanuit een nachthospitaal. Passage 18, 12-15.

Vermote, R. (1991), De functie van het nachthospitaal bij rehabilitatie. Viadukt 18, 28-36.

Wolfensberger, W. (1972), The principles of normalisation in human services. National Institute of Mental Retardation, Toronto.

Summary: Partial hospitalization at night, an alternative in the care for young chronic psychotic patients

Worldwide partial hospitalization at night seems to be an uncommon practice. In Belgium partial hospitalization at night is included in the programming of psychiatric facilities. The 'Brussels Nighthospital' is an active rehabilitation service for 'New Chronic' psychotic patients. We provide treatment in the evening and accomodation at night in combination with a useful activity in the community. In the rehabilitation of seriously disabled patiënts, at risk of long-stay hospitalization, partial hospitalization at night can be an alternative for conventional services.

M. De Hert is psychiater, hoofdgeneesheer PSC St.-Alexius en adjunct-kliniekhoofd Structurende Therapie voor Psychotici U.C. St.-Jozef. L. Billiet is psychologe, PSC St.-Alexius, Brussel. E. Thys is psychiater, PSC St.-Alexius, Brussel. V. Vercruyssen is psychiatrisch verpleegkundige, hoofd sociale dienst PSC St.-Alexius, Brussel. J. Peuskens is psychiater, professor psychiatrie Katholieke Universiteit Leuven; hoofdgeneesheer UC St.-Jozef, Kortenberg. Correspondentieadres PSC St.-Alexius: Gewijde-Boomstraat 102 B-1050 Brussel

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 8_11_1994.