

237

HET PSYCHIATRISCH PROGNOTISCH OORDEEL

Een onderzoek naar de waarde van korte-termijnvoorspellingen
in de psychiatrie

Het psychiatrisch prognostisch oordeel.
Een onderzoek naar de waarde
van korte-termijnvoorspellingen in de
psychiatrie.

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. J. SPERNA WEILAND
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 16 JANUARI 1980 DES NAMIDDAGS
TE 4.15 UUR

DOOR

JAAP BEREND BAKKER
GEBOREN TE SOERABAJA

PROMOTOR: PROF. DR. G. A. LADEE

CO-REFERENTEN: PROF. DR. J. H. THIEL
PROF. DR. F. VERHAGE

Aan mijn moeder

Aan Joke, Jaap Berend en Egbert

INHOUD

1. INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK	7
2. METHODE VAN ONDERZOEK	11
2.1. De klinisch psychiatrische predicties	11
2.2. De theorie-variabelen	12
2.3. Onderzoeksprocedure	13
2.4. Bevindingen bij het vervolgonderzoek	15
3. RESULTATEN	19
3.1. Selectie van het materiaal	19
3.2. Enige algemene opmerkingen over verzameling en bewerking van het materiaal	25
3.3. Resultaten	27
3.4. Samenvatting resultaten	40
4. BESPREKING DER RESULTATEN EN CONCLUSIE	42
4.1. Bespreking der resultaten	42
4.2. Conclusie	58
SAMENVATTING	59
SUMMARY	63
LITERATUUR	67
NASCHRIFT	69
CURRICULUM VITAE	71
BIJLAGEN	73

INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN VRAAGSTELLING VAN HET ONDERZOEK

Behandelen van patiënten dient mede te berusten op het toepassen van kennis. Hoe die kennis wordt verkregen en vervolgens zou moeten worden toegepast is in de geneeskunde tot voor kort nooit als probleem ervaren. Pas in de loop van de zestiger jaren lijkt hierin verandering te zijn gekomen, voornamelijk onder invloed van de explosieve groei van medische kennis enerzijds en van de toegenomen mogelijkheden op het terrein van de informatie-overdracht anderzijds. Deze ontwikkeling kan worden geïllustreerd met de volgende, uit 1967 daterende uitspraak, ontleend aan het inmiddels klassiek geworden boek van Feinstein, „Clinical Judgment”. Na gewezen te hebben op het alles overheersende belang dat door elke arts aan het behandelen van patiënten wordt gehecht, vervolgt deze auteur: „Nevertheless, the basic intellectual problems of treatment receive comparatively little attention in contemporary clinical research . . . The problems of clinical therapy are often dismissed as a mere application of the „basic science”. Behind this dismissal is the traditional belief that the therapeutic aspects of medicine can never be a „science” and that clinical judgment can never be „scientific.” (Feinstein, 1967, p. 27).

Ook in de psychiatrie is de laatste tijd het besef groeiende dat het gebruik maken van de (bijdragen der) basiswetenschappen bij het behandelen van patiënten bepaald niet zo'n vanzelfsprekende zaak is als misschien altijd wel werd gedacht. Lang immers gold voor psychiaters een adagium als dat van de gezaghebbend auteur Jaspers: „(Der Psychopatholog) . . . fragt nicht mehr nach der Brauchbarkeit seiner Wissenschaft — diese wird sich bei Fortschreiten der Ergebnisse von selbst einstellen . . .” (Jaspers, 1913, p. 1). Maar die tijd is voor psychiaters voorgoed voorbij, vooral ook doordat juist zij, in meerdere mate dan andere medische specialisten, worden geconfronteerd met theorieën die niet alleen vele in getal zijn, maar ook nogal eens in tegenspraak zijn met elkaar, zonder dat de betrokken wetenschappers zich daar ook maar enigszins om lijken te bekommeren (vgl. Kuiper, 1965, in het essay „Psychiatrische aporieën en dialectisch denken”).

Vele en op niet onbelangrijke punten contradictoire theorieën dus: psycho-analytische, leerpsychologische, sociologische, biochemische, neurofysiologische, psycho-endocrínologische enz. enz. Welk gebruik moet een psychiater nu maken van welke theorie als hij een patient behandelt? De noodzaak van een „theory of theories” (Rosenbaum

en Beebe, 1975, p. 3) doet zich gevoelen en het lijken met name de tegenstrijdigheden tussen de verschillende gezichtspunten te zijn die er debet aan zijn dat men van een crisis in de psychiatrie (of nog erger) is gaan spreken. Uiteraard heeft dit alles geleid tot verwarring en onzekerheid, bij psychiaters, bij patienten en hun omgeving, bij de belangstellende buitenwacht. Maar daarnaast (of beter: in samenhang daarmee) heeft deze „identiteitscrisis” ook geleid tot twee belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot het handelen van de psychiater. In de eerste plaats is er een grotere en meer fundamentele bezinning gekomen op de betekenis van impliciete waarden, normen en vooronderstellingen voor dit handelen, op de rol die zij daarbij spelen. Deze bezinning had onder meer ten gevolge dat men verschillende modellen in de psychiatrie is gaan onderscheiden, zoals dat met name door Siegler en Osmond (1976) is gedaan. Ook kwam het tot een profileren van bepaalde richtingen in de psychiatrie, met als bekendste voorbeeld de zogeheten anti-psychiatrie (Trimbos, 1975). In de tweede plaats is het psychiatrisch handelen zelve veel meer tot het eigenlijke object van onderzoek geworden. Omdat de probleemstelling van het in dit proefschrift gerapporteerde onderzoek mede is gebaseerd op hetgeen uit dit soort onderzoekingen naar voren is gekomen, staan wij nu eerst stil bij de resultaten die het onderzoek van het psychiatrisch handelen tot nu toe heeft opgeleverd.

Van het onderzoek van het psychiatrisch handelen dat tot nu toe is verricht dient allereerst te worden opgemerkt, dat het vele onderzoekingen betreft en dat deze in vraagstelling, methode, omvang en kwaliteit sterk uiteenlopen. Het is om deze redenen dat de resultaten van deze research hieronder slechts globaal worden samengevat.

- 1) Het onderzoek van het handelen van de psychiater heeft zich overwegend beziggehouden met diens beoordelingsvermogen. Daarentegen is bv. de wijze waarop een psychiatrische behandelingsstrategie tot stand komt en wordt uitgevoerd nooit systematisch bestudeerd.
- 2) Het psychiatrisch oordeel kan – zij het enigszins kunstmatig omdat de grenzen in de praktijk niet scherp zijn – worden onderverdeeld in verschillende soorten van oordeel. Zo kunnen, al naar gelang het doel dat men voor ogen heeft, bijvoorbeeld een diagnostisch, een therapeutisch en een prognostisch oordeel worden onderscheiden. Wat betreft het onderzoek van het psychiatrisch beoordelingsvermogen: dit nu heeft voornamelijk betrekking gehad op het diagnostisch oordeel.
- 3) Uit de bevindingen van het onderzoek van het psychiatrisch diagnostisch oordeel kan het volgende worden geconcludeerd:
 - a) De betrouwbaarheid van de in gebruik zijnde diagnostische categorieën is gering; met name komt dit tot uiting in zeer weinig

overeenstemming tussen de verschillende psychiaters onderling (vgl. Kendell, 1975). Dit geldt bij uitstek voor het begrip „schizofrenie” dat in de U.S.A. een veel meer omvattende betekenis heeft gekregen dan in Europa, met alle gevolgen van dien voor de — met name wetenschappelijke — communicatie (vgl. „The International Pilot Study of Schizophrenia”, volume 1, 1973, p. 4).

b) Er lijkt in het psychiatrisch diagnostisch oordeel een vooroordeel te bestaan in de richting van de pathologie, d.w.z. ziekte wordt eerder geconstateerd of de toestand wordt ernstiger bevonden dan met behulp van de voor handen zijnde gegevens kan worden gerechtvaardigd. De bekendste experimenten in dit verband zijn die van de Amerikanen Temerlin (1968) en Rosenhan (1973).

Temerlin liet door verschillende groepen (elk bestaande uit psychiaters, klinisch psychologen en studenten in de psychologie) een geluidsband beluisteren waarop een interview was opgenomen met een acteur „carefully trained to give a convincing account of normality”. Aan één der groepen werd vooraf door een „high prestige figure” het volgende commentaar gegeven: „The patient is a very interesting man because he looks neurotic but actually is quite psychotic”. Geen der psychiaters oordeelde de „patient” normaal, 60% van hen stelde de diagnose: psychose. Daarentegen werd in een groep, waaraan geen enkel voorafgaand commentaar was gegeven deze diagnose door niemand gesteld. Bij het experiment van Rosenhan deden proefpersonen zich als patiënten voor, in het bijzonder door zich bij een psychiatrische inrichting te melden met het verhaal dat zij stemmen hoorden. Nadat zij eenmaal opgenomen waren gelukte het deze gefingeerde patiënten maar nauwelijks weer ontslagen te worden, ook al gaven zij uitdrukkelijk te kennen, géén stemmen (meer) te horen. Eenmaal ziek beoordeeld, bleven zij ziek. De verantwoordelijke psychiaters bleven pathologie zien waar die er niet (meer) was.

Naar aanleiding van deze resultaten van het onderzoek van het psychiatrisch handelen kan nu het volgende worden opgemerkt.

Allereerst moet worden benadrukt dat in het werk van de psychiater het beoordelen in het algemeen van veel gewicht is. Vaak hangt van zijn oordeel zeer veel af, een oordeel dat bovendien vrijwel nooit kan worden getoetst aan (en dus ook niet gecorrigeerd door) de meer objectieve bevindingen van laboratorium- of ander technisch onderzoek.

Vervolgens kan worden opgemerkt dat in vergelijking met het diagnostisch oordeel het prognostisch oordeel door de onderhavige research wel erg stiefmoederlijk is behandeld. Weliswaar is er enig onderzoek geschied van psychiatrische voorspellingen (van Bork, 1964; Beenen, 1974 *), maar zowel de praktische relevantie (adviezen, toekomstig behandelsbeleid etc.) als de onderzoekstechnische voordelen (relatief simpele toetsbaarheid van voorspellende uitspraken) in aanmerking genomen heeft het psychiatrisch prognostisch oordeel toch opvallend weinig aandacht van onderzoekerszijde onderzonden.

* Op deze studies zal worden teruggekomen bij de bespreking van de resultaten van het eigen onderzoek (hoofdstuk 4).

Eenzijds dus het grote belang van het psychiatrisch oordeel, anderzijds de eenzijdige belangstelling van onderzoekers voor het diagnostisch oordeel, ten detrimente van met name het prognostisch oordeel. Op het aldus gestelde probleem kan het door ons verrichte onderzoek als een antwoord worden beschouwd, met dien verstande dat wij met behulp van een systematisch onderzoek van klinisch psychiatrische predicties hebben getracht, enig inzicht te verwerven in de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel en in de factoren die daarop van invloed zouden kunnen zijn. Bij dit exploratieve onderzoek hebben wij van de vele soorten prognosen die in de psychiatrische literatuur zijn beschreven (bv. die met betrekking tot de lengte van de opname, de kans op heropname, „long term prognosis, „short term prognosis, enz.; vgl. de Jonghe, 1973, p. 27 e.v.) gekozen voor die prognose die zich uitstrekt over het eerste half jaar na het ontslag uit de kliniek. De keuze van de relatief korte periode van zes maanden werd daarbij gebaseerd zowel op de relevantie van de directe overgang van kliniek naar maatschappij als op het streven, zoveel mogelijk informatie te kunnen inwinnen omtrent het al dan niet juist zijn van het in de voorspellende uitspraken vervatte prognostische oordeel. De inhoud der klinisch psychiatrische predicties en de wijze waarop zij tot stand zijn gekomen worden, evenals de overige procedurele aspecten en de bevindingen bij het vervolgonderzoek, in het volgende hoofdstuk beschreven. Daar ook vindt men de factoren genoemd waarvan bij de opzet van het onderzoek werd verondersteld dat zij van invloed zouden kunnen zijn op het al dan niet uitkomen der voorspellingen. Daarbij is de keuze niet alleen gevallen op kenmerken van patient, arts en kliniek afzonderlijk, maar is tevens getracht, de wisselwerking tussen deze drie te operationaliseren met behulp van variabelen als „arts-patient relatie” en „de mate waarin de arts meent de patient te kennen”. Tenslotte kan nu de vraagstelling van het onderzoek als volgt worden geformuleerd: *welke is de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel zoals dit blijkt uit de uitkomst van klinisch psychiatrische voorspellingen over het eerste half jaar na het ontslag en welke factoren zijn op deze waarde van invloed?*

Nadat in het volgende hoofdstuk de methode van onderzoek zal zijn beschreven, zullen vervolgens de resultaten van het onderzoek worden gerapporteerd. In het laatste hoofdstuk zullen tenslotte deze resultaten aan de hand van de beantwoording der vraagstelling worden besproken en zullen wij proberen, op basis van de bevindingen van dit onderzoek, tot enkele concluderende uitspraken te komen over het psychiatrisch prognostisch oordeel.

METHODE VAN ONDERZOEK

2.1. De klinisch psychiatrische predicties.

Het onderzoek vond plaats in de kliniek van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam - Dijkzigt. In deze kliniek is bij de behandeling van elke patient een groep mensen betrokken. In deze groep staat de behandelend arts centraal. Voorts treft men er onder andere in aan: het afdelingshoofd, het hoofd van de unit waar de patient primair is opgenomen, de hoofdverpleegkundige(n), een psycholoog en een maatschappelijk werkster.

Aan dit *team* werd gevraagd, in de week voorafgaande aan het ontslag uit de kliniek over de patient vijf voorspellende uitspraken te doen, betreffende *het eerste half jaar na ontslag*. Op deze wijze werden er voorspellingen verkregen, in de vorm van *vijf predicties per patient*.

De in de vraagvorm gestelde predicties met de bijbehorende antwoordcategorieën luiden als volgt:

Predictie 1: „Algemene toestand”.

Hoe zal het met patient gaan in het komend half jaar (resp. tot aan het overlijden of psychiatrische heropname)?

schaal I (overwegend goed) A B C

A = beter is niet denkbaar, erg goed
 B = goed
 C = redelijk

schaal II (overwegend slecht)

A B C

A = matig, niet zo tevreden
 B = slecht
 C = heel slecht

Predictie 2: „Richting beloop”.

In de bedoelde periode zal patients algemene toestand:

- een stijgende lijn vertonen
- overwegend constant zijn
- sterk wisselend zijn, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen
- een dalende lijn vertonen

Predictie 3: „Heropname”.

Na patients ontslag van onze afdeling zal er in het eerste half jaar of tot aan zijn/haar overlijden van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:

- geen sprake zijn
- wel sprake zijn

Predictie 4: „Suïcidaliteit”.

In het komend half jaar, resp. tot aan psychiatrische heropname, zal patient:

- zich niet suïcidaal uiten en/of gedragen

- b) zich suïcidaal uiten en/of gedragen zonder tot een tentamen suïcidii te komen
- c) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn
- d) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn
- e) suïcide plegen

Predictie 5: „Toestand over een half jaar”.

Hoe zal patients toestand over een half jaar zijn?

schaal I (overwegend goed)	A	_____	B	_____	C
	----- -----				
	A = beter is niet denkbaar, erg goed				
	B = goed				
	C = redelijk				
schaal II (overwegend slecht)	A	_____	B	_____	C
	----- -----				
	A = matig, niet zo tevreden				
	B = slecht				
	C = heel slecht				

Een half jaar na de ontslagdatum werden door middel van een *vervolgonderzoek* dezelfde vijf vragen (maar dan gesteld in de verleden tijd) voorgelegd aan de (ex-)patient zelf en/of degene die de nazorg op zich had genomen. Indien er binnen het half jaar wederom een opname op de psychiatrische afdeling van het A.Z.R.-Dijkzigt plaatsvond, werden deze vragen door de dan behandelende arts beantwoord.

Om de uitwerking van werkelijk niet te voorziene gebeurtenissen op de uitkomst later in de beoordeling van de resultaten te kunnen betrekken, werd bij het vervolgonderzoek ook gevraagd naar „*externe factoren*”. Met een externe factor werd dan bedoeld een gebeurtenis of ontwikkeling die niet anders dan puur toevallig kon worden genoemd en bovendien van zo'n grote invloed, dat bij het geven van uitkomst 1 („algemene toestand”) de andere schaal moest worden gekozen.

2.2. De theorie-variabelen.

De factoren waarvan bij de opzet van het onderzoek werd vermoed dat zij zouden kunnen samenhangen met het al dan niet uitkomen der voorspellingen zijn tot uitdrukking gebracht in variabelen, die *theorie-variabelen* worden genoemd.

Zoals in het vorige hoofdstuk reeds uiteen werd gezet, hebben wij ons bij de keuze van deze theorie-variabelen enerzijds laten leiden door de „*traditie*” van *patient-*, *arts-* en *kliniek-variabelen*, anderzijds is gepoogd wisselwerkingen tussen deze drie uit te drukken in zogeheten *relatie-variabelen*.

Bijlage I bevat de lijst van alle bij het onderzoek gebruikte variabelen. Bij elke variabele vindt men daar vermeld: nummer, naam, toelichting, bron en categorieën met frequentieverdeling. De groep van *48 theorie-variabelen* wordt gevormd door de variabelen 2 t/m 49. Ener-

zijds vindt men er duidelijke patient-, (bijvoorbeeld V2 = „leeftijd”), kliniek- (bijvoorbeeld V17 = „aantal artsen”), arts- (bijvoorbeeld V18 = „ervaring arts”) en relatie- (bijvoorbeeld V 19 = „arts - patient relatie”) variabelen in terug, anderzijds hebben natuurlijk ook van deze indeling de grenzen iets arbitrairs en is het van sommige variabelen (bijvoorbeeld V32 = „diagnose-scherpte”) moeilijk te zeggen, tot welk soort van theorie-variabele zij zouden moeten worden gerekend. Het spreekt echter vanzelf dat dit voor de uiteindelijke interpretatie der bevindingen geenszins bezwaarlijk behoeft te zijn.

2.3. Onderzoeksprocedure.*

Er werd voorspeld over alle patienten die van de afdeling Psychiatrie van het A.Z.R.-Dijkzigt ontslagen zijn tussen 29 augustus 1975 en 15 januari 1977. Er werd niet voorspeld indien van één der volgende uitsluitingscriteria sprake was:

1. Overplaatsing voor verdere psychiatrische/psychotherapeutische behandeling	41
2. Overplaatsing voor verdere medisch-somatische behandeling	19
3. Baby (van moeder met kraambedpsychose)	12
4. Ontslag na klinische rapportage	10
5. Ontslag binnen 24 uur na opneming	10
6. Direct na ontslag voor langere tijd naar buitenland vertrokken	4
	—
	96

In totaal werden er in bovenvermelde periode 396 patienten ontslagen en er werden dus over $396 - 96 = 300$ hunner voorspellingen opgesteld. Eénmaal ging het ontslag naar huis niet door en werd patient alsnog overgeplaatst, twaalfmaal werd er in de eerste „proef” maand voorspeld. Zodoende resteerden er voor het onderzoek 287 voorspellingen. Hiervan waren er 14 betreffende patienten waarover al eens eerder in het kader van dit onderzoek was voorspeld (tabel 49).

De voorspellingen werden gedaan door **predictie-teams**. Per patient werd zo'n team geformeerd met als vaste kern de behandelend arts, het hoofd en de hoofdverpleegkundige van de betreffende gesloten unit** („5-Midden” voor de mannen, „5-Noord” voor de vrouwen) en het afdelingshoofd. Indien een patient vanuit de open unit („5-Zuid”, voor mannen en vrouwen) met ontslag ging, was bij het voorspellen tevens de hoofdverpleegkundige van deze unit aanwezig (het unit-hoofd van 5-Zuid was altijd al aanwezig in de persoon van het afdelingshoofd). Dit was bij 141 van de 287 voorspellingen (tabel 28) het geval. Hetzelfde gold voor de psycholoog die het psychologisch onderzoek had verricht (134 voorspellingen, tabel 21) en de maatschappelijk werkster die het milieu-onderzoek had verricht (134 voorspellingen, tabel 23), dan wel „bemoeienis van enige omvang” had gehad met de patient (het merendeel der overige voorspellingen). Tenslotte werd ieder predictie-team voorgezeten door diegene uit de groep der psychologen die het minst bij de behandeling van patient betrokken was geweest. In meer dan de helft der

* De tabellen waarnaar in deze paragraaf wordt verwezen zijn die van Bijlage I.

** Bijna elke patient wordt op onze afdeling primair opgenomen op een gesloten unit.

gevallen (57,5%, tabel 42) was het team compleet. Slechts bij 27 voorspellingen (9,4%, tabel 44) konden de leden van het predictie-team het niet met elkaar eens worden.

De predicties werden **eenmaal per week** opgesteld. De dag tevoren werd aan het ochtendrapport gevraagd, welke patienten er vermoedelijk in de komende week met ontslag zouden gaan, waarbij gedeelte A van het onderzoeksblad I* werd ingevuld. Vervolgens werden diezelfde ochtend nog de bladen II, IIA, III, IIIA en IV uitgereikt aan resp. behandelend arts, unit-hoofd 5-Midden/5-Noord en afdelingshoofd. Met behulp van de bladen II, III en IV werden de voor het onderzoek benodigde gegevens verzameld, met de bladen IIA en IIIA konden behandelend arts en unit-hoofd 5-Midden/5-Noord zich voorbereiden op de bijeenkomst van het predictie-team.

Opdat zich bij de bijeenkomst geen onduidelijkheden omtrent patients personalia zouden voordoen, werd 's middags gedeelte B van blad I door de secretaresse ingevuld.

In 114 gevallen (tabel 41) was het ontslag niet tijdig, dat wil zeggen op de voorafgaande vrijdag, voorzien en werd er zo spoedig mogelijk na het **ontslag voorspeld**.

Op de bijeenkomsten van het predictie-team werd blad V door de voorzitter ingevuld, waarbij hij de daarop vermelde vragen in eerste instantie voorlegde aan de behandelend arts. Gedeelte C van blad I werd tegelijkertijd ingevuld. De eerste vier bijeenkomsten (waarop over 12 patienten werd voorspeld) werden voor het „proef-draaien” gebruikt. De daarbij aan het licht gekomen onvolmaaktheden in procedure en vorm en inhoud van de vragen werden vervolgens bijgesteld en op vrijdag 3 oktober 1975 werden de eerste voor het eigenlijke onderzoek bestemde voorspellingen opgesteld. Inmiddels waren alle medewerkers al zover ingewerkt, dat de gemiddelde duur van een teambijeenkomst was teruggelopen van \pm drie kwartier naar \pm twintig minuten. Deze gemiddelde duur bleef tot aan de laatste bijeenkomst, ruim een jaar later, vrijwel ongewijzigd.

Na het ontslag van patient (meestal binnen een week na het prediceren, tabel 47) werd gedeelte D van blad I ingevuld en werden de bladen I, II en V aan de secretaresse overhandigd, die voor de verdere invulling van blad I alsmede de codering op blad VI zorg droeg.

Om de waarde van de aldus verkregen voorspellingen te kunnen beoordelen moest het onderzoek zich vervolgens richten op de uitkomst, dat wil zeggen hoe het in werkelijkheid gegaan was met de voorspelde patienten in het eerste half jaar, resp. tot aan psychiatrische heropname of overlijden. Daartoe werd een *vervolgonderzoek* opgezet, waarbij drie categorieën van informanten werden betrokken: de „patient” **, diegene die de nazorg verrichtte („nazorger”) en de behandelend arts van die patienten die binnen het half jaar weer op onze eigen afdeling werden opgenomen („arts-heropname”).

Patienten werden thuis bezocht („het huisbezoek”), nazorgers op hun werkadres („het vraaggesprek met de nazorger”). Tevoren ontvingen beiden een brief, waarin om hun medewerking werd verzocht (Bijlage III). Zoals uit de (ook in Bijlage I opgenomen) figuur 2.3. (p. 18) kan worden afgelezen, werd er bij het vervolgonderzoek gewerkt met **weekgroepen**, gebaseerd op de week waarin patienten met ontslag waren gegaan. In totaal waren er 72 weekgroepen (ontslagweek 30.8.1975 - 6.9.1975 tot en met ontslagweek 8.1.1977 - 15.1.1977). Het vervolgonderzoek van de

* Zie voor de tekst van de onderzoeksbladen Bijlage II.

** Voor de leesbaarheid is het woord „patient” gebruikt, ofschoon het ex-patienten betreft.

twaalf eerst voorspelde patiënten droeg evenals bij het voorspellen het karakter van „proef-draaien”. Uit genoemde figuur blijkt tevens dat de verzending van de brieven aan patiënten en nazorgers werd voorafgegaan door het opvragen van inlichtingen aan de **Burgerlijke Stand**, opdat de juiste adressen konden worden verkregen (38 patiënten waren verhuisd, tabel 57) en opdat aan overleden patiënten (13 personen, tabel 58) geen brief zou worden verzonden (de nazorger werd in deze gevallen wel aangeschreven). Ook tussentijdse informatie, die medewerkers van de kliniek bereikte, werd door de secretaresse verzameld (tabel 56). Mede op grond hiervan kon de tijdsduur worden bepaald waarop de uitkomst betrekking zou moeten hebben (de „bedoelde periode”, tabel 61). Het vervolgonderzoek vond plaats in de **onderzoekswEEK**, 25 weken na de ontslagweek, met een uitloop van maximaal vier weken. In de voorafgaande week werden de patiënten voor een afspraak opgebeld door de **huisbezoeker** (één onzer poliklinisch werkzame artsen, die patient soms (tabel 65) en de predictie nimmer kende), terwijl de nazorgers telefonisch werden benaderd door de **onderzoek-assistente** (twee studenten-assistentes, tevoren in het enquêteren getraind en vrijwel zonder kennis van voorspelling of patient. Voordat de afspraken werden gemaakt reikte de secretaresse een week tevoren de onderzoeksbladen VIII en IX uit aan de huisbezoeker en de bladen X en XI aan de onderzoek-assistentes. Laatstgenoemden verdeelden onderling de te bezoeken nazorgers (tabel 173), de huisbezoeker stond er alleen voor, zij het dat hij volgens afspraak op ongeveer halverwege het onderzoek om organisatorische redenen door een collega moest worden vervangen. Aan de derde categorie van informanten, de arts-heropname, werd blad XIII rechtstreeks ter hand gesteld, zodra een voorspelde patient langer dan een week op onze afdeling heropgenomen was. De tabellen 147 en 148 laten zien, dat in het merendeel van de 19 heropnamen op onze afdeling de arts-heropname van zowel patient als predictie op de hoogte was. Evenals bij het eerste „predictie-gedeelte” van het onderzoek het geval was, werden ook bij het tweede, „vervolg-gedeelte” de onderzoeksbladen (i.c. VIII, IX, X, XI en XIII) na invulling bij de secretaresse ingeleverd. Zij complementeerde vervolgens de invulling van blad VII en droeg zorg voor de codering op blad XII.

2.4. Bevindingen bij het vervolgonderzoek.

Zoals reeds in de vorige paragraaf werd vermeld, ontvingen patiënten en nazorgers alvorens zij werden bezocht een brief, waarin om hun medewerking werd verzocht (Bijlage III). Deze werd door 16 patiënten geweigerd (tabel 63), waarbij 14 hunner één of meer redenen hebben opgegeven. Terwijl de huisbezoeker eenmaal „is uitgesproken paranoïd” noteerde, verwoordden de overige 13 patiënten allen dezelfde wens: niet meer herinnerd behoeven te worden aan de afschuwelijke tijd van de opname in Dijkzigt, waarbij zevenmaal zeer heftige kritiek werd gegeven op de ondervonden behandeling. Door de nazorgers werd eveneens 14 maal met opgave van redenen de medewerking aan het vervolgonderzoek geweigerd (tabel 97). In 11 gevallen ging het om het feit dat de nazorger patient (bijna) nooit (meer) had gezien na het ontslag van onze afdeling, tweemaal was er sprake van verhindering en tweemaal bestonden er onmiskenbare negatieve gevoelens, resp. tegenover de patient en tegenover onze afdeling.

De tabellen 63, 64, 66, 67, 68, 69, 96 en 137 hebben alle betrekking op het verloop der huisbezoeken. In totaal werden er 159 patiënten bezocht (tabel 63), waarvan 100 (63%) in Rotterdam (tabel 64). De ontvangst was in het algemeen niet opvallend vriendelijk of onvriendelijk (tabel 96). Het gesprek duurde meestal tussen een half uur en een uur (tabel 137), in 68 van de 159 gevallen (43%) waren er anderen bij aanwezig, die overigens zelden met patient van mening verschilden (tabel 69). Niet altijd, i.c. bij 24 van de 159 patiënten (15%) leek de beantwoording betrouwbaar te zijn (tabel 66). Overeenkomstig de instructie (zie var. 66) stelde de huis-

bezoeker hier in een enkel geval de huisarts van zijn bevindingen op de hoogte. De huisbezoeker werd ook gevraagd, een diagnostische impressie te noteren.

De tabellen 97, 104, 106, 107, 108, 135, 138 en 174 hebben alle betrekking op het vraaggesprek met de nazorger. Dit vond in totaal 217 maal plaats, waarbij de nazorger 196 keer op zijn werkadres werd opgezocht en 21 vraaggesprekken om praktische redenen telefonisch moesten worden gehouden (tabel 97). Van de bezoeken waren er 168 van de 196 (86%) in Rotterdam (tabel 99); 187 maal werd hierbij het gesprek op de geluidsband vastgelegd, opdat eventueel niet genoteerd commentaar later alsnog bij de bewerking der onderzoeksresultaten zou kunnen worden gebruikt. Doorgaans waren er tevoren niet meer dan twee contacten nodig geweest om tot een afspraak te komen (tabel 100) en behoefde de onderzoek-assistente niet lang in de wachtkamer te verblijven (tabel 101). De vraaggesprekken duurden zelden langer dan een half uur (tabel 138), 40 nazorgers deden ongevraagd een uitspraak over hoe zij het onderzoek waardeerden (tabel 135). Huisartsen en artsen van onze eigen polikliniek vormden met hun aantal van 169 tezamen 78% van de 217 ondervraagde nazorgers (tabel 102). Van deze 217 bleken er 36 (17%) niet dezelfde nazorger (meer) te zijn als bij patiënts ontslag van onze afdeling was genoteerd (tabel 98). De predictie was aan 70 nazorgers min of meer bekend (tabel 104), hetgeen niet zo verwonderlijk is als men bedenkt dat van alle gesprekken met de nazorgers er 72 met artsen van onze polikliniek werden gevoerd. In iets meer dan de helft van de gevallen kende de nazorger patient al vóór diens opname op onze afdeling (tabel 103). Het aantal nazorgercontacten was in 45% der gevallen vijf of minder, in 32% 11 of meer (tabel 108). Het laatste contact was over het algemeen betrekkelijk recent, 118 maal (54%) zelfs minder dan een maand geleden (tabel 106); 85 nazorgers hadden na het laatste contact ook nog bericht van of over patient ontvangen (tabel 107). Volgens de onderzoek-assistentes leken de nazorgers vaker in mindere dan in meerdere mate dan gebruikelijk op de hoogte te zijn van patient en diens omstandigheden (tabel 174).

Over het algemeen bleken zowel patienten als nazorgers weinig moeite te hebben met de hun voorgelegde vragen. De patienten hadden bij de beantwoording van de eerste criterium-vraag („uitkomst 1”, var. 73) vrijwel geen bezwaar tegen het ontbreken van de tussenmogelijkheid (tabel 74), van de 92 nazorgers die het antwoord „redelijk” of „matig” hadden gegeven had 30% deze mogelijkheid wel degelijk gemist (tabel 113). Nazorgers vermeldden duidelijk meer „externe factoren” (63 van de 434 mogelijke (15%), tabel 114) dan de patienten zelf (32 van de 318 mogelijke (10%), tabel 75)*.

De tabellen 70, 71, 72, 109, 110 en 111 zeggen ons iets over wat er terecht komt van sommige ideeën van de afdeling ten aanzien van de voortzetting van de behandeling na het ontslag. Ten eerste blijkt het om geringe aantallen te gaan, voorts zou men, voor zover dat mogelijk is op basis van zulke kleine getallen, kunnen zeggen dat de continuering van een depôt-neurolepticum van de genoemde aspecten nog de meest omstredene lijkt te zijn.

Om enige indruk te krijgen over hoe het functioneren van de afdeling door patienten en nazorgers wordt beoordeeld, vroegen wij aan eerstgenoemden of zij tevreden waren over de behandeling op onze afdeling en aan de nazorgers hetzelfde ten aanzien van de overdracht der behandeling. Bijna één op de vier patienten (24%) was niet tevreden (tabel 95), bij de 181 nazorgers aan wie indertijd de behandeling was overgedragen bedroeg het percentage „niet-tevredenen” 23 (tabel 134). (Geschematiseerde overzichten van de bij de beantwoording van deze vragen gegeven commentaren zijn opgenomen in de Bijlagen IB en IC.)

In 136 gevallen werden zowel patient als nazorger bezocht. De vraag, of

* Overigens zullen wij in het volgende hoofdstuk zien, dat bij nadere bestudering maar enkele van de door patienten en nazorgers genoemde „externe factoren” inderdaad bleken te voldoen aan de in paragraaf 2.1. genoemde criteria (duidelijk toevallig en van doorslaggevende invloed op het algemene beloop).

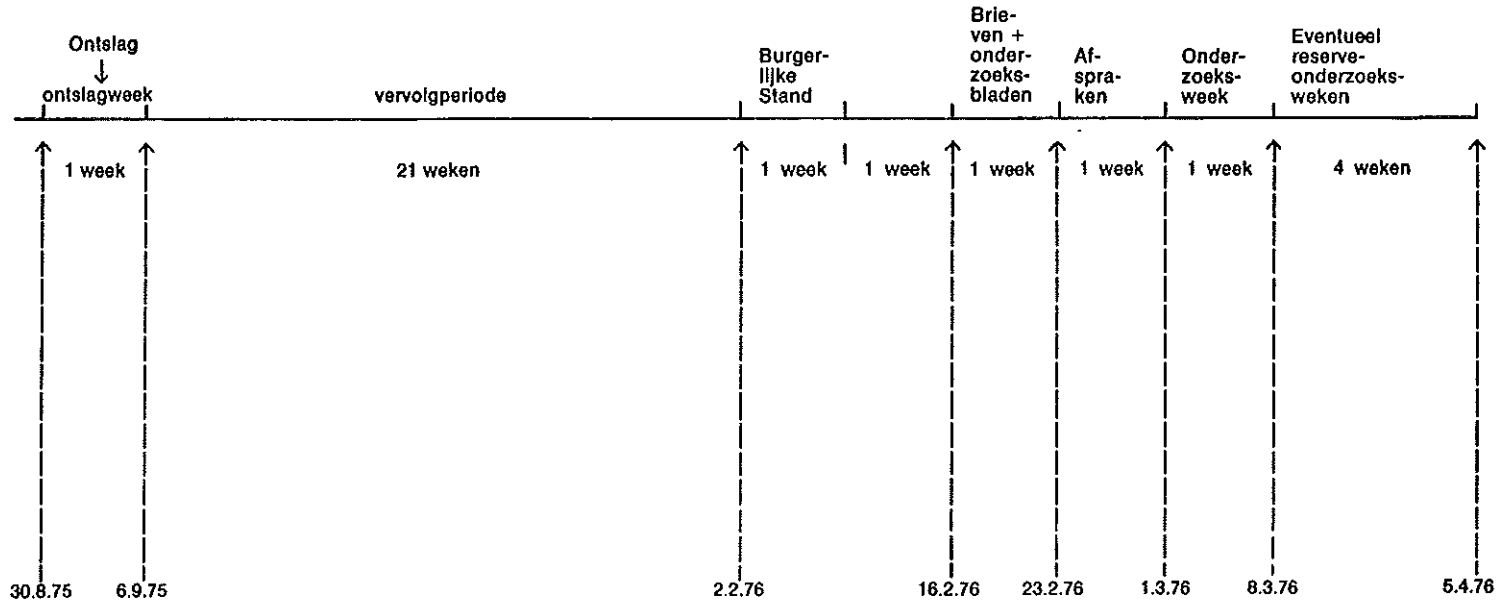
zij elkaar vaak tegenspraken, kan aan de hand van tabel 139 ontkennend worden beantwoord: dit gebeurde 99 keer, waarbij in 4 gevallen de nazorger alsnog een correctie van zijn antwoord verantwoord achtte. In totaal dus 95 discrepanties, terwijl het er (althans wat betreft de acht onderzochte beantwoordingen) $136 \times 8 = 1088$ hadden kunnen zijn. Kortom, 9% discrepanties tussen de antwoorden van patiënten en nazorgers. In het volgende hoofdstuk zal worden gezien, in hoeverre deze discrepanties de onderhavige antwoorden voor verdere bewerking onbruikbaar hebben gemaakt.

Delen wij nu het bij het vervolgonderzoek verkregen materiaal in volgens de eerder genoemde categorieën van informanten:

1. alleen patient	23
2. alleen nazorger	81
3. patient en nazorger	136
4. arts-heropname	19
	<hr/>
	259

Dit betekent, dat bij $287 - 259 = 28$ van de voorspelde patienten geen vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden: tweemaal werd van vervolgonderzoek afgezien omdat bekend was dat patient onverwachts naar het buitenland was vertrokken, in de rest van de gevallen ging het om combinaties van alle mogelijkheden die tot het niet doorgaan van een huisbezoek of vraaggesprek kunnen leiden en die men in de tabellen 63 en 97 terug kan vinden.

DE PERIODE VAN ONTSLAGWEEK TOT EN MET VERVOLGONDERZOEK - EERSTE WEEKGROEP



Ontslag: tussen 30.8.75 en 6.9.1975.

Opvragen van Inlichtingen Burgerlijke Stand: tussen 2.2.1976 en 9.2.1976.

Verzenden van brieven naar patient(en) en nazorger(s) en uitreiken van bladen vervolgonderzoek: tussen 16.2.1976 en 23.2.1976.

Maken van afspraken met patient(en) en nazorger(s): vanaf 23.2.1976.

Verrichten van vervolgonderzoek: tussen 1.3.1976 en 8.3.1976, uiterlijk 5.4.1976.

RESULTATEN

3.1. Selectie van het materiaal.

In hoofdstuk 2 werd beschreven hoe per patient de onderzoeksgegevens werden verzameld gedurende tweemaal een periode van ongeveer een week, resulterend in scores op twee groepen van variabelen: in de „ontslagweek” (de laatste week voor het ontslag) werd op predictie- en theorievariabelen gescored, in de „onderzoekswEEK” kwamen de overige variabelen aan bod. Eerstgenoemde groep van variabelen omvatte er 55 (deel I van de variabelenlijst, zie Bijlage I), de tweede groep bestond uit de overige 119 variabelen (deel II van de variabelenlijst).

Terwijl nu de responsies op de variabelen van de eerste groep direct voor verdere bewerking geschikt zijn, hebben wij bij een gedeelte van de tweede groep te maken met niet betrouwbare beantwoordingen, „externe factoren”, met elkaar in tegenspraak zijnde beantwoordingen van patienten en nazorgers etc.

Ook doet zich bij deze tweede groep de volgende moeilijkheid voor. In het vorig hoofdstuk zagen wij dat het vervolgonderzoek 259 patienten betrof en dat de over hun verkregen informatie wat de herkomst betreft in de volgende categorieën uiteenviel:

1. patient	23
2. nazorger	81
3. patient en nazorger	136
4. arts-heropname	19
	259

De hier bedoelde moeilijkheid is nu, dat bij de onder 3 genoemde categorie (patient en nazorger) gekozen zal moeten worden uit één van de twee beantwoordingen.

Om tot zo betrouwbaar mogelijke onderzoeksresultaten te kunnen geraken zal dus aan de bewerking van het verzameld materiaal een selectie dienen vooraf te gaan van de bij het vervolgonderzoek verkregen gegevens. Hiertoe zullen achtereenvolgens drie aspecten worden behandeld:

- A. de betrouwbaarheid der uitkomsten.
- B. de bruikbaarheid der uitkomsten.
- C. de keuze tussen uitkomst patient en uitkomst nazorger.

A. De betrouwbaarheid der uitkomsten.

Op basis van de variabelen 66 („beantwoording vragen huisbezoek”), 106 („laatste contact nazorger - patient”), 108 („aantal nazorgcontacten”), 139–156 („discrepanties patient - nazorger”) en 174 („kennis nazorger”) werden bij het vervolgonderzoek verkregen gegevens *niet betrouwbaar* genoemd indien er sprake was van:

A.1. Alleen patient + „beantwoording niet betrouwbaar”	0
A.2. Alleen patient + „beantwoording twijfelachtig”	5
A.3. Alleen nazorger + „aantal contacten nul”	4
A.4. Alleen nazorger + „kennis minder dan gebruikelijk” + „laatste contact > 5 maanden geleden”	2
A.5. Alleen nazorger + „kennis minder dan gebruikelijk” + „laatste contact 3 - 5 maanden geleden”	3
A.6. Patient en nazorger + „beantwoording onmogelijk of twijfelachtig” + „kennis minder dan gebruikelijk” met bovendien nog: „aantal contacten nul” of „laatste contact > 3 maanden geleden”	2
A.7. Patient en nazorger + „beantwoording onmogelijk of twijfelachtig” + „één of meer discrepanties” met bovendien nog: „kennis minder dan gebruikelijk” of „laatste contact > 3 maanden geleden”	2

In totaal derhalve 18 uitkomsten die als niet betrouwbaar zijn aange-merkt.

B. De bruikbaarheid der uitkomsten.

Op basis van de variabelen 73 („uitkomst 1 patient”), 91 („uitkomst 2 patient”), 94 („uitkomst 4 patient”), 112 („uitkomst 1 nazorger”), 130 („uitkomst 2 nazorger”) en 133 („uitkomst 5 nazorger”) werden van de resterende (259–18 =) 241 betrouwbare beantwoordingen allereerst gegevens *niet bruikbaar* genoemd indien er sprake was van:

B.1. Inconsistente beantwoording.

Criteria:

B.1.1. Alleen patient + inconsistente beantwoording (var. 73: „IA, IB, IIB, IIC” met bovendien nog var. 91 „stijgend” + op var. 73 of var. 91 „dalend” + op var. 94 een score gelijk of hoger dan die op var. 73)	0
B.1.2. Alleen nazorger + inconsistente beantwoording (var. 112: „IA, IB, IIB, IIC” met bovendien nog var. 130 „stijgend” + op var. 133 een score gelijk of lager dan die op var. 112 of var. 130 „dalend” + op var. 133 een score gelijk of hoger dan die op var. 112)	0

Kennelijk was dus op geen enkele van de 241 betrouwbare beantwoordingen één dezer criteria van toepassing.

In de tweede plaats werden die uitkomsten bij de verdere bewerking niet gebruikt, waarbij sprake was geweest van voor het algemeen beloop van doorslaggevende betekenis zijnde toevalsfactoren, of te wel:

B.2. Externe factoren.

Bij 85 van de hierboven uitgeselecteerde 241 betrouwbare responsies zijn er één of meer externe factoren opgegeven. Dit relatief groot

getal wijst erop, dat de validiteit van de vraag naar „externe factoren” op z'n minst dubieus is gebleken. Het ging immers om gebeurtenissen of ontwikkelingen die niet anders dan puur toevallig konden worden genoemd en bovendien van zo'n grote invloed, dat bij het geven van uitkomst 1 („de algemene toestand”) de andere schaal moest worden gekozen (hoofdstuk 2, „Methode van onderzoek”, p. 12). Uiteraard betekent dit „misbruik” van het begrip „externe factoren” niet dat er zich in 't geheel geen toevalsfactoren van doorslaggevende betekenis zouden hebben voorgedaan. De oplossing kon alleen maar worden gezocht in een min of meer subjectieve beoordeling van de mate waarin de opgegeven externe factoren inderdaad aan de gestelde criteria leken te voldoen.

Deze beoordeling werd uitgevoerd op grond van de bij elk van deze externe factoren genoteerde toelichting en van hetgeen bleek uit de op de band vastgelegde gesprekken met de nazorgers. Bij twijfel werd een externe factor niet als zodanig „erkend”. Op deze wijze werden 13 uitkomsten gevonden die vanwege de invloed van een doorslaggevende toevalsfactor voor de verdere bewerking als niet bruikbaar moesten worden aangemerkt.

Een beknopte bespreking van de „erkende” externe factoren is opgenomen in Bijlage IV.

Bij de vraag naar eventuele externe factoren konden patient en/of nazorger of arts-heropname kiezen uit verschillende levensgebieden waarop zich zo'n gebeurtenis of ontwikkeling zou kunnen voordoen, terwijl tevens ruimte werd gelaten voor andersoortige „wonderen” of „rampen”.

In totaal werden bij 13 patienten 14 externe factoren als zodanig aangemerkt. Deze betroffen de volgende levensgebieden:

partnersituatie	1
gezinssituatie	1
werksituatie	4
woonsituatie	2
anderszins	6

Van twee patienten bij wie van een externe factor sprake was volgt hieronder een korte beschrijving.

De heer F. is een 35-jarige ongehuwde man, kelner van beroep. Hij werd opgenomen nadat hij thuis een grote hoeveelheid slaaptabletten plus een liter jenever had ingenomen. Alvorens op zijn bed te gaan liggen had hij de politie telefonisch verwittigd van zijn daad. Dit leidde uiteindelijk, via tussenkomst van de Sociaal Psychiatrische Dienst, tot opname op onze afdeling.

Patient is enig kind. Toen hij vijf jaar oud was, overleed vader aan de gevolgen van een ongeluk, waarschijnlijk in dronkenschap begaan. Vader was een zware drinker, evenals een broer en een neef, die beiden „aan de lever” zouden zijn overleden. Moeder is altijd zeer bezorgd geweest voor patient; hem werd veel uit handen genomen en nooit iets geweigerd.

De vroege ontwikkeling zou normaal zijn verlopen, kinderneurotische verschijnselen deden zich niet voor. Wel is het waarschijnlijk dat hij veel aan zijn lot werd overgelaten, want moeder werkte hele dagen en vader was dronken en/of afwezig. De lagere school werd zonder doublures doorlopen, daarna volgde de bakkersopleiding van de Lagere Technische School.

Patient heeft vele banen gehad, steeds in de horeca en steeds van korte duur. Meestal vertrok hij na een botsing met zijn chef. Ook in de militaire dienst waren er nogal eens moeilijkheden, soms leidend tot streng of verzaamd arrest.

De heer F. heeft altijd bij moeder in huis gewoond. Ofschoon zij veel kibbelden en ruzie maakten zijn er toch nooit serieuze plannen geweest inzake een elders gaan wonen van patient. „Hij kan geen boterham smeren”, aldus moeders uitleg. Echte vrienden heeft hij nooit gekend; hij heeft verschillende vriendinnetjes gehad, maar nooit voor lang omdat hij al gauw geen enkel initiatief meer toonde.

In het laatste half jaar zag patient zich voor verscheidene moeilijkheden gesteld. Naast problemen rondom het vinden van een nieuwe baan werd er van hem in het huishouden enige inzet gevergd door ziekte van zijn moeder. Hij liet zich overhalen tot de aankoop van een te dure nieuwe auto, hetgeen hem in financiële moeilijkheden bracht.

Dit alles had een snelle stijging van het alcoholgebruik ten gevolge, tot enkele tientallen glazen bier per dag. De financiële moeilijkheden namen zodoende nog meer toe en er ontstond een vicieuze cirkel die ten slotte werd doorbroken door middel van de bovenbeschreven „cry for help”, in de vorm van inname van slaaptabletten en jenever, gevolgd door een telefoontje naar de politie.

Op de afdeling leerden wij patient kennen als een kinderlijk-afhankelijke, passieve man die snel in woede kon ontsteken, vooral wanneer hij niet onmiddellijk zijn zin kreeg. Alcohol-onthoudingsverschijnselen deden zich niet voor; bij het lichamenlijk onderzoek werden geen afwijkingen gevonden. Na enkele dagen drong hij aan op ontslag: hij zag het allemaal wel weer zitten. Voor bespreking van zijn problemen, op welke wijze dan ook, bleek hij niets te voelen. Een week na opname vertrok hij weer naar huis, in de vaste overtuiging, binnenkort werk te zullen vinden, zijn alcoholconsumptie op eigen kracht te kunnen matigen en zijn penibele financiële situatie tot een bevredigende oplossing te zullen brengen. De ontslagdiagnose luidde: „suïcidale geste bij alcoholmisbruik en ontwikkelingspsychopathie”.

Zo zonnig als de heer F. zelf zagen wij de toekomst zeker niet tegemoet. De eerste predictie bijvoorbeeld luidde dan ook: het zal in het komend half jaar slecht gaan met patient.

Bij het vervolgonderzoek kon alleen de uitkomst van patient zelf worden verkregen, omdat de huisarts hem na het ontslag van onze afdeling nooit meer had gezien. Uitkomst 1 luidde: „beter is niet denkbaar, erg goed”.

Als externe factor werd opgegeven: „verbetering woonsituatie”. Het bleek, dat ongeveer een maand na ontslag het huis was afgebrand doordat patient, dronken, in bed had liggen roken. Dit had twee gevolgen: allereerst was hij dermate geschrokken dat hij het drinken stopte en zich serieus voornam, niet meer te zullen drinken. In de tweede plaats kon hij niet meer bij moeder onderdak en kwam hij terecht in een anti-alcoholisch kostgezin, dat hem in zijn strijd tegen de alcohol krachtig steunde.

Het is waarschijnlijk, dat de loop der gebeurtenissen in het eerste half jaar na ontslag door het afbranden van het huis in zo grote, doorslaggevende mate is veranderd, dat in dit geval de opgegeven „externe factor” inderdaad als zodanig is aangemerkt.

Mevrouw D. is een 28-jarige vrouw, gehuwd met een ongeveer vijf jaar oudere afdelingschef van een middelgroot bedrijf. Zij werd bij ons opgenomen op verzoek van de huisarts omdat het thuis „niet meer ging”: in toenemende mate agressief, steeds meer aanvallen van bewusteloosheid met slaan van armen en benen en, de laatste weken, een dagelijks alcoholmisbruik.

Patiënte is de jongste van vier kinderen. Moeder was nooit in orde, steeds op weg naar of juist terugkerend van ziekenhuis of herstellingsoord. Ofschoon dat nooit zo werd gezegd, groeiden alle vier de kinderen toch op met het onontkoombare gevoel, mede schuldig te zijn aan moeder's lijden. Vader overleed toen patiente drie jaar oud was, moeder

meende zich voor haar kinderen op te offeren door „niet weer met een man in zee te gaan“.

Patiënte ontwikkelde zich tot een overscrupuleuze, zeer perfectionistische vrouw, zeer kritisch op zichzelf en zeer gevoelig voor kritiek van anderen. Op 25-jarige leeftijd huwde zij, na enkele jaren van verkering en verloving, met een vriend van een van haar broers. Hij wordt beschreven als nuchter, zakelijk en royaal. Hoewel er niet direct al een kinderwens zou hebben bestaan wordt er toch na ruim een jaar een jongetje geboren, Ronald. Als Ronald enkele maanden oud is (en patiënte nog maar net weer „de oude“ na een periode van neerslachtigheid, twijfelzucht en ruzies met haar eigen moeder), wordt hij zo ernstig ziek dat hij in het kinderziekenhuis moet worden opgenomen. De diagnose „kanker“ wordt gesteld, Ronald krijgt „zware medicijnen“ (cytostatica) en aan patiënte en haar man wordt medegedeeld dat de prognose onzeker is, zowel ten aanzien van overlijden als van eventuele blijvende invaliditeit. Deze laatste onzekerheid is voor patiënte niet te verdragen: zij weet niet waar zij zich op in moet stellen en wordt panisch bij de gedachte dat door haar toedoen het misschien wel eens mis zou kunnen gaan met Ronald, als hij weer thuis is. Haar echtgenoot, beter in staat met onzekerheid te leven en niet in staat zich in de gevoelens van zijn vrouw te verplaatsen, vindt dat zij het overdrijft en spreekt van „aanstellerij“. Er komen ruzies, steeds meer en steeds heftiger en patiënte (die nooit dronk) gaat steeds meer sherry drinken. Ook krijgt zij aanvallen van bewusteloosheid met slaan van armen en benen, zonder tongbeet of incontinentie van urine en waarvoor huisarts noch neuroloog een „organische basis“ kunnen vinden. De somatische toestand van Ronald blijft inmiddels dezelfde, ofschoon de spanningen in huis hun weerslag op hem niet lijken te missen: hij huilt veel meer dan tevoren en patiënte onmacht wordt nog versterkt door haar gevoel dat dit haar schuld is.

Eenmaal opgenomen op onze afdeling trachten wij allereerst in individuele gesprekken de aandacht te richten op de actuele onzekerheids-situatie, tegen de achtergrond van patiënte's eigen levensgeschiedenis en de persoonlijkheidsstructuur die daarin is ontstaan. In een later stadium vinden ook echtpaargesprekken plaats met als doel, de echtgenoot de subjectieve realiteit te tonen van de gevoelens van zijn vrouw, opdat hij haar op een meer adequate wijze kan leren steunen dan hij tot nu toe heeft geprobeerd. Na verloop van tijd blijken de gesprekken in redelijke mate succes te hebben gehad: enerzijds heeft patiënte zichzelf iets beter leren kennen en kan zij nu ook wat beter omgaan met haar onzekerheden, anderzijds lijkt haar man oog te hebben gekregen voor het feit, dat zijn vrouw sommige dingen totaal anders beleeft dan hijzelf en er andere en betere manieren zijn om haar op te vangen dan hij tot nu toe heeft gedaan.

Ongeveer drie maanden na opneming volgt het ontslag. De diagnose luidt dan: „hysteriforme reactie, alcoholabusus en echtpaarrelatieproblematiek na traumatische gebeurtenis bij psychasthene vrouw“. De nazorg zal op onze polikliniek plaatsvinden.

Vooraf op grond van onze positieve indruk over de bij de behandeling bereikte resultaten wordt er tamelijk optimistisch voorspeld: „het zal in het komend half jaar redelijk gaan met patiënte“. Een heropname wordt niet verwacht.

Twee maanden nadien wordt patiënte opnieuw op onze afdeling opgenomen, ditmaal vanwege angst en depressiviteit. Tot een week geleden is het heel goed gegaan met haar.

Zij had zich niet langer van haar stuk laten brengen door alle narigheid en onzekerheden rondom Ronald, besefte dat zij een heel moeilijke periode in haar leven meemaakte waar zij nu eenmaal doorheen moest en bemerkte dat haar man begrip had voor haar gevoelens van onmacht, schuld en twijfel. Een week geleden echter, toen zij even naar de deur moest omdat er gebeld was, heeft Ronald aan het tafelkleed getrokken waardoor de theepot op de tafel omviel en hij kokend hete thee over zich heen kreeg. Gelukkig bleken de brandwonden mee te vallen, maar de toediening van cytostatica zou tijdelijk moeten worden onderbroken. Met name deze laatste consequentie wakkerde de schuldgevoelens bij

patiënte weer aan, hoe duidelijk het dan ook mocht zijn dat niemand dit ongeluk had kunnen voorkomen. Zij wist niet wat te doen, kon zich op haar huishoudelijke bezigheden niet concentreren, werd schrikachtig en angstig, sliep slecht en raakte dermate gedeprimeerd, dat zelfs dagelijkse contacten met onze polikliniek niet meer mochten baten, zodat tenslotte tot een heropneming moest worden besloten.

Zonder het ongeluk met haar zoontje, dat geheel buiten haar toedoen plaatsvond, was patientes toestand in het eerste half jaar na het ontslag zeer waarschijnlijk goed gebleven. Het is om deze reden dat de opgegeven „externe factor” inderdaad als zodanig is aangemerkt.

In de derde plaats werden gegevens voor verdere bewerking niet bruikbaar geacht, indien er in de $(241-13 =) 228$ resterende beantwoordingen van patient en nazorger sprake was van één of meer:

B.3. Niet-oplosbare discrepantie(s).

In het totaal spraken patient en nazorger elkaar 99 maal tegen, waarna viermaal door de nazorger op zijn antwoord werd teruggekomen, zodat er 95 discrepanties overbleven (tabel 139, Bijlage I). Bij de hierboven uitgeselecteerde 228 betrouwbare, bruikbare en niet door toevalsfactoren beïnvloede uitkomsten was er 45 maal sprake van één of meer discrepantie(s). Hiervan kon volgens criterium A.2. de beantwoording van de patient zevenmaal niet betrouwbaar worden genoemd, terwijl dit volgens de criteria A.3., A.4. en A.5. tienmaal gold voor die van de nazorger. In deze 17 gevallen werd de nazorger, resp. de patient „geloofd” en de discrepantie(s) als „opgelost” beschouwd. Resteren 28 uitkomsten met discrepanties, waarbij zowel van patient als van nazorger de beantwoording betrouwbaar lijkt te zijn. Wie had er gelijk? Om voor de uiteindelijke bewerking niet al teveel gegevens verloren te laten gaan werden nog twee regels gehanteerd. De eerste: indien er alleen maar tegenspraak is over continuering van de lithium-medicatie en/of het depôt-neurolepticum, „geloofd” dan de nazorger. Dit leverde één responsie op. De tweede regel luidde: indien er tegenspraak is over (de indicatie tot) psychiatrische heropname, „geloofd” dan degene die daarop bevestigend heeft geantwoord, ook wat betreft eventuele andere discrepanties (argument: „indicatie tot heropname” wordt niet zomaar verzonnen. De kans dat „de andere partij” hier niet van weet of dit ontkent, is echter wel goed denkbaar). Op deze wijze bleven 14 uitkomsten voor de bewerking behouden, zodat er in de beantwoordingen van patient en nazorger bij elkaar $28 - (1 + 14) = 13$ maal sprake was van één of meer discrepantie(s) die niet konden worden opgelost. Voor de bewerking resteerden zodoende $(228 - 13 =) 215$ uitkomsten.

Van de 287 patienten waarover voorspeld was, zijn er dus 72 waarvan de uitkomst niet gebruikt is. Deze groep is als volgt samengesteld:

Geen vervolgonderzoek	28
Uitkomst niet betrouwbaar	18
Uitkomst niet bruikbaar: — externe factoren	13
— discrepanties	13
	—
	72

C. De keuze tussen uitkomst patient en uitkomst nazorger.

Bezien wij nogmaals de vier soorten responsies, nu echter met vermelding van de aantallen die na bovenbeschreven selectie zijn overgebleven:

1. patient	18
2. nazorger	69
3. patient en nazorger	110
4. arts-heropname	18

Terwijl de als eerste, tweede en vierde genoemde soort van beantwoording voor verdere bewerking zonder meer gereed was, moest nu bij het materiaal dat bij het vervolgonderzoek van zowel patient als nazorger is verkregen nog worden gekozen tussen de antwoorden van de patient en die van de nazorger. De volgende regel werd hierbij gehanteerd: gebruik de uitkomst van patient, tenzij er sprake is van:

C.1. „Beantwoording patient onmogelijk of niet betrouwbaar”	14
C.2. Beantwoording patient inconsistent, als beschreven in B.1.1.	2
C.3. Discrepanctie over lithium	1
C.4. Discrepanctie over depôt-neurolepticum	0
C.5. Discrepanctie over (indicatie tot) heropname, waarbij de nazorger bevestigend heeft geantwoord	5
	—
	22

Bij de 110 van zowel patient als nazorger afkomstige uitkomsten bleken er dus in 22 gevallen redenen te bestaan, meer geloof te hechten aan de beantwoording van de nazorger dan die van de patient. In de resterende ($110 - 22 =$) 88 gevallen werd van de antwoorden van de patient gebruik gemaakt.

Zo konden tenslotte op grond van de herkomst de 215 uitkomsten die voor verdere bewerking in aanmerking kwamen als volgt worden verdeeld:

Patient	(18 + 88)	106
Nazorger	(69 + 22)	91
Arts-heropname		18
		—
		215

3.2. Enige algemene opmerkingen over verzameling en bewerking van het materiaal.

Voorafgaand aan de verslaggeving van de bewerking van het mate-

riaal en de resultaten daarvan, dient aan een viertal punten aandacht te worden geschonken.

Allereerst kleven er aan de wijze waarop bij het vervolgonderzoek de gegevens zijn verzameld methodische bezwaren. Er zijn hierbij namelijk geen „objectieve” schalen gehanteerd, terwijl er ongelijksoortige bronnen zijn geraadpleegd. De gegevens zijn immers afkomstig van (ex)patienten, hun „nazorgers” of „artsen heropname”. Het is bijvoorbeeld niet ondenkbaar dat in een aantal gevallen waar de uitkomst alleen van de nazorger afkomstig was, deze uitkomst niet zou zijn gebruikt indien ook de patient zelf gegevens had verstrekt en wel van zodanige aard dat zij in duidelijke tegenspraak bleken te zijn met die van de nazorger. Concluderend kan men zeggen dat de wijze waarop bij het vervolgonderzoek het materiaal is verzameld heeft geleid tot *niet uniforme gegevens*.

De beide volgende opmerkingen hebben betrekking op twee statistische technieken die bij de analyse van het materiaal zijn gebruikt: (gewogen) kappa en het logistische model.

In dit onderzoek is bij het waarden van de uitkomsten der voorspellingen gebruik gemaakt van (gewogen) kappa (Cohen, 1968).

(Gewogen) kappa (K_w) is een maat om de overeenstemming tussen twee variabelen te meten. „Gewogen” betekent, dat men de aard van samenhang die men wenst zelf kan aangeven. De waarden die K_w kan aannemen, bevinden zich tussen $-\infty$ en 1, waarbij die tussen 0 en 1 de enige relevante zijn. Hoe dichter K_w zich bij 1 bevindt, hoe meer de gespecificeerde samenhang wordt benaderd; als de variabelen statistisch onafhankelijk zijn is K_w gelijk aan 0.

(Gewogen) kappa heeft dus als eigenschap dat men er verwachtingen die men heeft ten aanzien van het verband tussen twee variabelen mee kan preciseren. Deze eigenschap is de reden waarom (gewogen) kappa in dit onderzoek gebruikt is.

(Literatuur: Hildebrand, Laing en Rosenthal, 1977, hoofdstuk 3. N.B. Hildebrand c.s. spreken van „del” in plaats van kappa, omdat zij deze maat generaliseren naar andersoortige variabelen en situaties.)

Voor het karakteriseren van patientengroepen is in dit onderzoek gebruik gemaakt van het *logistische model* („the linear logistic model”; Cox, 1970).

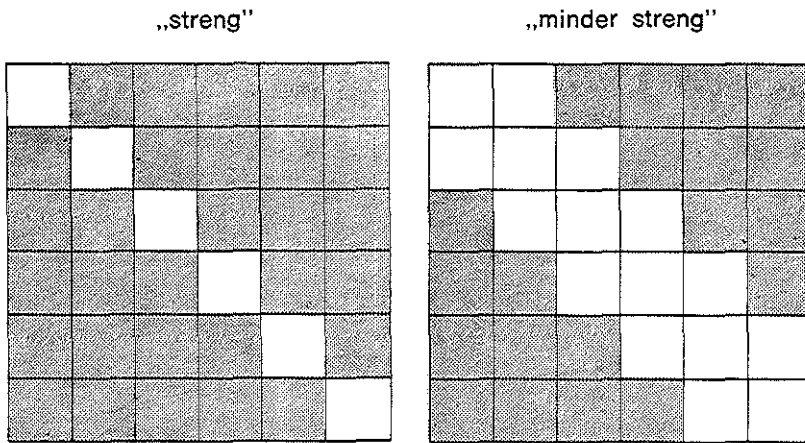
Dit statische model geeft de mogelijkheid om de invloed van een aantal verklarende variabelen op een dichotome responsie-variabele na te gaan. In dit onderzoek is de dichotome responsie-variabele het al of niet behoren tot een bepaalde groep. Met behulp van het logistische model kunnen dus uitspraken worden gedaan over welke kenmerken 't beste differentiëren tussen twee groepen.

Tenslotte nog een waarschuwend woord over de *generaliseerbaarheid der resultaten*. Doordat er geen sprake is van een aselechte steekproef is statistische generalisatie buiten deze groep patienten, deze groep

artsen en deze kliniek niet mogelijk. Men moet dus voorzichtig zijn met het toekennen van een meer algemene geldigheid aan de resultaten die hieronder zullen worden weergegeven.

3.3. Resultaten.

1. Op basis van de tabellen 3.3.1. t/m 3.3.5. kan worden vastgesteld, in hoeverre de vijf predicties zijn uitgekomen. Zoals in de voorgaande paragraaf uiteengezet, is hiervoor als statistische maat gewogen kappa (K_w) gebruikt, omdat deze de gelegenheid biedt, het te onderzoeken verband tussen predictie en uitkomst tevoren te preciseren. Zo kan men bijvoorbeeld stellen, dat alle responsies op de diagonaal van de kruistabel behoren te liggen. Hoe meer dan de bijbehorende K_w de waarde van 1 benadert, hoe meer dit gespecificeerde verband aannemelijk is gemaakt. Het is natuurlijk ook mogelijk minder „streng” te zijn door bv. te stellen, dat responsies ook nog mogen voorkomen in de cellen die direct grenzen aan de diagonaal. In beeld gebracht:



De gearceerde cellen zijn die, waarin dus volgens het gepreciseerde verband geen responsies zouden mogen voorkomen. Zij worden „error”-cellen genoemd.

Wat nu de tabellen 3.3.1. t/m 3.3.5. betreft: omdat wij bij de predicties 2, 3 en 4 te maken hebben met betrekkelijk scherp afgegrensde antwoordcategorieën, worden bij de bepaling van K_w in de tabellen 3.3.2., 3.3.3. en 3.3.4. alle cellen naast de diagonaal als error-cellen aangemerkt (het criterium „streng”). Bij de predicties 1 en 5 zijn de categorieën veel minder scherp gescheiden, daarom zullen hier de cellen die direct grenzen aan de diagonaal niet als error-cellen worden beschouwd (het criterium „minder streng”).

TABEL 3.3.1.

Uitkomst eerste predictie („Algemene toestand”)

Uitkomst 1 Predictie 1	Erg goed	Goed	Redelijk	Matig	Slecht	Heel slecht	Totaal
Erg goed	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.5%
Goed	4 1.9%	16 7.6%	5 2.4%	1 0.5%	3 1.4%	0 0.0%	29 13.7%
Redelijk	4 1.9%	27 12.8%	13 6.2%	8 3.8%	10 4.7%	0 0.0%	62 29.4%
Matig	3 1.4%	11 5.2%	11 5.2%	8 3.8%	14 6.6%	2 0.9%	49 23.2%
Slecht	2 0.9%	15 7.1%	14 6.6%	9 4.3%	14 6.6%	3 1.4%	57 27.0%
Heel slecht	0 0.0%	2 0.9%	1 0.5%	2 0.9%	7 3.3%	1 0.5%	13 6.2%
Totaal	13 6.2%	71 33.6%	45 21.3%	28 13.3%	48 22.7%	6 2.8%	211 100.0%

Missende waarden: 4

TABEL 3.3.2.

Uitkomst tweede predictie („Richting beloop”)

Uitkomst 2 Predictie 2	Stijgend	Constant	Wisselend	Dalend	Totaal
Stijgend	1 0.5%	2 0.9%	2 0.9%	3 1.4%	8 3.8%
Constant	25 11.8%	46 21.7%	12 5.7%	7 3.3%	90 42.5%
Wisselend	10 4.7%	16 7.5%	17 8.0%	7 3.3%	50 23.6%
Dalend	11 5.2%	29 13.7%	9 4.2%	15 7.1%	64 30.2%
Totaal	47 22.2%	93 43.9%	40 18.9%	32 15.1%	100.0%

Missende waarden: 3

TABEL 3.3.3.

Uitkomst derde predictie („Heropname”)

Uitkomst 3 Predictie 3	Geen (in- dicatie tot) her- opname	Wel (in- dicatie tot) her- opname	Totaal
Geen (in- dicatie tot) her- opname	101 47.4%	19 8.9%	120 56.3%
Wel (in- dicatie tot) her- opname	62 29.1%	31 14.6%	93 43.7%
Totaal	163 76.5%	50 23.5%	213 100.0%

Missende waarden: 2

TABEL 3.3.4.

Uitkomst vierde predictie („Suïcidaliteit’)

Uitkomst 4 Predictie 4	Geen suïcida- liteit	Suïcida- liteit zonder tentamen suïcidii	Tentamen suïcidii zonder opname	Tentamen suïcidii met opname	Suïcide	Totaal
Geen suïcida- liteit	132 62.3%	11 5.2%	0 0.0%	2 0.9%	0 0.0%	145 68.4%
Suïcida- liteit zonder tentamen suïcidii	24 11.3%	8 3.8%	1 0.5%	2 0.9%	1 0.5%	36 17.0%
Tentamen suïcidii zonder opname	4 1.9%	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	6 2.8%
Tentamen suïcidii met opname	12 5.7%	9 4.2%	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	23 10.8%
Suïcide	2 0.9%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 0.9%
Totaal	174 82.1%	30 14.2%	3 1.4%	4 1.9%	1 0.5%	212 100.0%

Missende waarden: 3

TABEL 3.3.5.

Uitkomst vijfde predictie („Toestand na een half jaar”)

Uitkomst 5 Predictie 5	Erg goed	Goed	Redelijk	Matig	Slecht	Heel slecht	Totaal
Goed	7 4.3%	11 6.8%	2 1.2%	3 1.9%	2 1.2%	1 0.6%	26 16.0%
Redelijk	4 2.5%	28 17.3%	10 6.2%	7 4.3%	4 2.5%	1 0.6%	54 33.3%
Matig	3 1.9%	12 7.4%	11 6.8%	4 2.5%	9 5.6%	1 0.6%	40 24.7%
Slecht	2 1.2%	13 8.0%	8 4.9%	6 3.7%	7 4.3%	0 0.0%	36 22.2%
Heel slecht	0 0.0%	1 0.6%	0 0.0%	2 1.2%	3 1.9%	0 0.0%	6 3.7%
Totaal	16 9.9%	65 40.1%	31 19.1%	22 13.6%	25 15.4%	3 1.9%	162 100.0%

Missende waarden: 53

Gebruik makend van de gepreciseerde verbanden, zoals die op p. 27 zijn beschreven, verkrijgt men voor de predicties 1 t/m 5 de volgende K_w -waarden:*

PREDICTIE 1	$K_w = 0,27 (0,14 - 0,40)$
PREDICTIE 2	$K_w = 0,12 (0,03 - 0,21)$
PREDICTIE 3	$K_w = 0,19 (0,07 - 0,31)$
PREDICTIE 4	$K_w = 0,18 (0,02 - 0,34)$
PREDICTIE 5	$K_w = 0,22 (0,07 - 0,37)$

Gezien deze resultaten kan men zeggen dat het gespecificeerde verband tussen predictie en uitkomst in geen der vijf tabellen aan-nemelijk is gemaakt. Anders gezegd: *De vijf predicties zijn niet of nauwelijks uitgekomen.*

In tabel 3.3.5. komen slechts 162 responsies voor, er zijn met andere woorden 53 missende observaties. Bovendien is er een grote over-lapping met tabel 3.3.1., dat wil zeggen dat in beide tabellen in overeenkomstige cellen meestal dezelfde respondenten voorkomen. Het is om deze twee redenen, dat bij de verdere analyse van het materiaal tabel 3.3.5. buiten beschouwing zal worden gelaten. (Tevens kan dus de conclusie worden getrokken dat het in dit on-derzoek nauwelijks zin heeft gehad, naast predictie 1 ook predictie 5 te gebruiken, omdat zowel bij het voorspellen als bij het vervolg-onderzoek op beide vragen meestal op dezelfde wijze is geant-woord.)

* Achter elke K_w -waarde worden tussen haakjes de 95%-betrouwbaarheidsintervallen vermeld.

2. Er zijn twee soorten van onjuiste predicties: te pessimistisch en te optimistisch. In de tabellen 3.3.1. t/m 3.3.4. bevinden zich de te pessimistische predicties links onder de diagonaal, de te optimistische predicties rechts boven de diagonaal. Globaal voorgesteld:

		uitkomst			
		goed			slecht
predictie	goed				
	slecht			OPTIMISME	
		PESSIMISME			

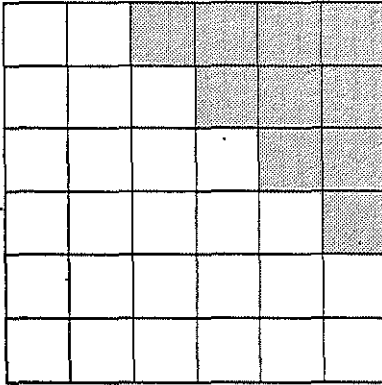
Gewogen kappa maakt het mogelijk na te gaan, in welke mate te pessimistische en in welke mate te optimistische predicties hebben bijgedragen aan het slechte voorspellingsresultaat zoals dat in de lage K_w -waarde van elk der tabellen tot uiting komt. Daartoe preciseert men allereerst het te onderzoeken verband tussen predictie en uitkomst zodanig, dat alleen de cellen rechtsboven resp. linksonder als error-cellen worden aangemerkt. Toegepast op tabel 3.3.1.:

precisering 1

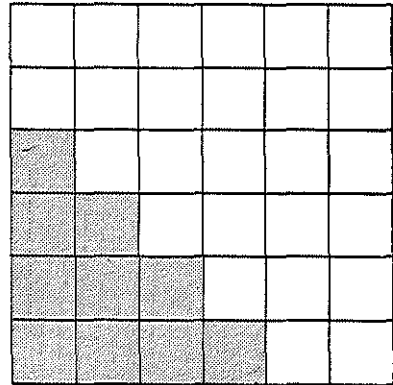
precisering 2

Bij precisering 1 worden de te pessimistische predicties niet als onjuist gerekend, bij precisering 2 geldt dat voor de te optimistische predicties. Noemt men precisering 1 „pessimisme toegestaan” en precisering 2 „optimisme toegestaan”:

„pessimisme toegestaan”



„optimisme toegestaan”



Indien nu een slecht voorspellingsresultaat voornamelijk te wijten is aan pessimisme, dan zal de waarde van K_w stijgen bij de precisering „pessimisme toegestaan” en dalen bij „optimisme toegestaan”. Dragen daarentegen pessimisme en optimisme in ongeveer gelijke mate bij aan het slechte voorspellingsresultaat, dan zal zowel bij „pessimisme toegestaan” als bij „optimisme toegestaan” de waarde van K_w ongeveer dezelfde blijven.

Op basis van de tabellen 3.3.1. t/m 3.3.4. verkrijgt men voor de predicties 1 t/m 4 de volgende waarden.

	K_w	K_w pessimisme toegestaan	K_w optimisme toegestaan
PREDICTIE 1	0,27	0,42	0,21
PREDICTIE 2	0,12	0,26	0,07
PREDICTIE 3	0,19	0,33	0,13
PREDICTIE 4	0,18	0,38	0,08

Uit deze resultaten kan worden geconcludeerd: *Bij elk der predicties is het pessimisme veel groter geweest dan het optimisme.*

3. Om tot een uitspraak te kunnen komen over de factoren die van invloed zijn geweest op de uitkomst der voorspellingen dient te worden onderzocht welke kenmerken het beste differentiëren tussen de groep juist voorspelde en de groep onjuist voorspelde patienten. Doordat er per patient over vijf verschillende aspecten is voorspeld, kunnen de begrippen juist voorspeld en onjuist voorspeld echter op velerlei wijzen worden gedefiniëerd. Het is dus noodzakelijk, dat voor bepaalde definities van deze begrippen gekozen wordt. Dit is op de volgende wijze geschied: over een patient is juist voorspeld indien er van heropname noch suïcidaliteit sprake is geweest en dit ook zo was voorspeld of indien er van één van beide of beide sprake is geweest en één van beide of beide was voorspeld*. In alle andere gevallen is er onjuist voorspeld. Op basis van deze definities kunnen de volgende operationele definities worden opgesteld.

I. Van een *juiste voorspelling* is sprake, indien:

1. predictie 3 = a (geen (sprake van) heropname)
en
predictie 4 = a (geen suïcidaliteit).
terwijl
uitkomst 3 = a (geen (sprake van) heropname)
en
uitkomst 4 = a (geen suïcidaliteit).
2. predictie 3 = b ((sprake van) heropname)
en/of
predictie 4 = b, c, d, e (suïcidaliteit, (tentamen) suïcidii)
terwijl
uitkomst 3 = b ((sprake van) heropname)
en/of
uitkomst 4 = b, c, d, e (suïcidaliteit, (tentamen) suïcidii)

II. Van een *onjuiste voorspelling* is sprake, indien:

1. predictie 3 = a (geen (sprake van) heropname)
en
predictie 4 = a (geen suïcidaliteit)
terwijl
uitkomst 3 = b ((sprake van) heropname)
en/of
uitkomst 4 = b, c, d, e (suïcidaliteit, (tentamen) suïcidii)

* Volgens deze definitie zijn bijvoorbeeld ook die voorspellingen juist, waarbij er sprake was van een heropname die niet was voorspeld, maar waarbij wel suïcidaliteit was voorspeld. Het begrip „juist voorspeld” is dus zeer ruim genomen.

2. predictie 3 = b ((sprake van) heropname)
 en/of
 predictie 4 = b, c, d, e (suïcidaliteit, (tentamen) suïcidii)
 terwijl
 uitkomst 3 = a (geen (sprake van) heropname)
 en
 uitkomst 4 = a (geen suïcidaliteit)

De criteria voor „juist voorspeld” en „onjuist voorspeld” zijn ontleend aan de uitkomst van de predicties 3 en 4. De aldus verkregen verdeling in juist voorspelde patiënten en onjuist voorspelde patiënten is tevens in redelijke mate representatief voor de predicties 1 en 2 en daarmee voor de voorspellingen in hun geheel. De respectievelijke K_w -waarden voor de predicties 1 en 2 zijn namelijk*:

	K_w juist voorspeld (N = 131)	K_w onjuist voorspeld (N = 81)	K_w gehele groep (N = 215)
PREDICTIE 1	0,48	-0,06	0,27
PREDICTIE 2	0,19	0,03	0,12

Met behulp van de hierboven gegeven operationele definities kunnen vier soorten voorspellingen worden onderscheiden:

- juist — optimistisch (definitie I.1.)
- juist — pessimistisch (definitie I.2.)
- onjuist — optimistisch (definitie II.1)
- onjuist — pessimistisch (definitie II.2.)

De verdeling van deze vier soorten voorspellingen over de 215 onderzochte voorspellingen is als volgt:

	absoluut	%
juist — optimistisch	81	37,7
juist — pessimistisch	50	23,3
onjuist — optimistisch	18	8,4
onjuist — pessimistisch	63	29,3
onbekend	3	1,4
	215	100,0

Terugkerend tot de vraag, welke kenmerken het beste differentiëren tussen de groep juist voorspelde en de groep onjuist voorspelde patiënten, kan nu het volgende worden gesteld:

Vergelijking van de (81 + 50 =) 131 juist voorspelde patiënten met de (18 + 63 =) 81 onjuist voorspelde patiënten geeft op een aantal theorievariabelen statistisch significante verschillen te zien. Steeds echter betreft het een verschil dat voor de groep van 63 onjuist-pessimistisch voorspelde patiënten op zich reeds meer uitgesproken is dan voor de gehele groep van 81 onjuist voorspelde patiënten. Hieruit kan worden geconcludeerd:

* De bijbehorende tabellen betreffende de groepen „juist voorspelde” en „onjuist voorspelde” patiënten zijn opgenomen in Bijlage V (tabel 1-4).

De onjuist voorspelde patienten zijn in te delen in twee groepen, die elk op eigen wijze verschillen van de groep juist voorspelde patienten: de te optimistisch voorspelde patienten en de te pessimistisch voorspelde patiënten.

Het spreekt vanzelf dat bij ieder van deze groepen afzonderlijk dient te worden onderzocht met behulp van welke kenmerken zij het beste kunnen worden gedifferentieerd van de groep juist voorspelde patienten.

4. Zoals hierboven onder punt 3 vermeld, is er volgens de bij dit onderzoek gehanteerde definitie bij 18 patienten „onjuist-optimistisch” oftewel te optimistisch voorspeld. Deze groep is te klein om met behulp van het logistische model (zie p. 26) gekarakteriseerd te kunnen worden. Daarom is de exploratie van deze groep patienten op de volgende wijze geschied:

a) Vergelijking van de te optimistisch beoordeelde patienten met de de juist voorspelde patienten geeft op alle theorie-variabelen geen statistisch significante verschillen te zien.

b) Bij 4 van de 18 patienten is bij predictie 1 („algemeen beloop”) „overwegend slecht” gekozen. Hoewel dus bij hen geen heropname of suïcidaliteit werd verwacht, zagen de voorspellers de toekomst toch niet zonder meer rooskleurig in.

c) Resteren 14 patienten over wie zonder twijfel te optimistisch voorspeld is. In deze groep bestaat een betrekkelijk grote homogeniteit. Bij 11 van deze 14 is namelijk op de volgende theorie-variabelen als volgt gescored:

Leeftijd (V2)	25—54 jaar
Vrijwilligheid opneming (V16)	ja
Arts-patient relatie (V19)	beter dan gebruikelijk gebruikelijk
Psychiatrische anamnese (V20)	voldoende gegevens
Sociale anamnese (V22)	voldoende gegevens
Opnameduur (V30)	1 week tot 12 maanden
Ontslagdiagnose (V31)	affectieve psychosen neurotische stoornissen persoonlijkheidsstoornissen
Mate kennen (V35)	in meer dan gebruikelijke mate in gebruikelijke mate
Toestand ontslag (V36)	goed redelijk

Op basis van een verdeling van deze 9 variabelen in patient-, arts-, kliniek- en relatie-variabelen kan nu de volgende opsomming worden gegeven van *de omstandigheden waaronder het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand is gekomen.*

Patient	<ul style="list-style-type: none"> – 25–54 jaar – vrijwillig opgenomen – voldoende psychiatrische en sociale gegevens – geen extreem korte of lange opname duur – affectieve psychose, neurotische stoornis of persoonlijkheidsstoornis – in goede of redelijke toestand met ontslag gegaan
Relatie	<ul style="list-style-type: none"> – arts-patient relatie beter dan gebruikelijk of gebruikelijk – gevoel bij arts, patient in meer dan gebruikelijke of in gebruikelijke mate te kennen

d) In de groep van 131 „juist” voorspelde patienten bevinden zich er 19 bij wie op dezelfde wijze gescored is op de hierboven vermelde 9 theorie-variabelen, hetgeen significant minder is dan de 11 patienten in de groep van 18 te optimistisch voorspelde patienten. Vergelijking van deze 19 met de 11 patienten uit de te optimistisch voorspelde groep geeft op geen enkele variabele een statistisch significant verschil te zien.

5. Zoals hierboven onder punt 3 vermeld, is er volgens de bij dit onderzoek gehanteerde definitie bij 63 patienten „onjuist-pessimistisch” of te wel te pessimistisch voorspeld. Deze groep is gekarakteriseerd met behulp van het logistische model (zie p. 26). Dit statistische model geeft de mogelijkheid, uitspraken te doen over welke kenmerken het beste differentiëren tussen twee groepen, i.c. de groep te pessimistisch voorspelde patienten en de groep „juist” voorspelde patienten. Omdat er voor toepassing van dit model te veel variabelen zijn in verhouding tot het aantal te pessimistisch voorspelde patienten, diende er eerst een selectie van theorie-variabelen plaats te vinden. Gekozen werden zowel variabelen waarop genoemde groepen significant verschillen als variabelen waarop zij niet statistisch significant maar wel opmerkelijk verschillen en die tevens theoretisch relevant lijken te zijn. Deze selectie resulteerde in de volgende 13 variabelen*:

* De bijbehorende tabellen zijn opgenomen in Bijlage V (tabel 5 - 17).

	te pessimis- tisch voorspeld (N = 63)	voorspeld signifi- cantie (N = 131) „juist” (X ²)	
Leeftijd (V2): 45 jaar en ouder	41,2 ^o %	27,6 ^o %	N.S.
Geslacht (V3): man	63,5 ^o %	42,0 ^o %	p<0.01
Eerdere psychiatrische opnamen (V14): neen	68,8 ^o %	58,0 ^o %	N.S.
Ervaring arts (V18): minder dan 6 mnd.	65,0 ^o %	48,9 ^o %	N.S.
Arts-patient relatie (V19): minder goed dan gebruikelijk	27,0 ^o %	9,9 ^o %	p<0.01
Herstel (V26): niet hersteld	76,2 ^o %	48,9 ^o %	p<0.001
Ontslag vanuit open afdeling (V28): neen	60,3 ^o %	39,7 ^o %	p<0.05
Opnameduur (V30): tot 1 week	20,6 ^o %	9,2 ^o %	N.S.
Ontslagdiagnose (V31):*			
schizofrenie	15,9 ^o %	6,9 ^o %	
neurotische stoornissen	20,6 ^o %	15,3 ^o %	
persoonlijkheidsstoornissen	30,4 ^o %	21,4 ^o %	
verslavingsziekten	11,1 ^o %	3,1 ^o %	p<0.01
Diagnose-scherpte (V32): beeld niet typisch of discutabel	31,7 ^o %	19,2 ^o %	N.S.
Mate kennen (V35):			
in meer dan gebruikelijke mate of in minder dan gebruikelijke mate	57,2 ^o %	35,0 ^o %	p<0.05
Fundering predictie (V45): diagnose	23,8 ^o %	16,8 ^o %	N.S.
Geslacht arts: man	84,1 ^o %	61,8 ^o %	p<0.01

Toepassing van het logistische model op deze 13 variabelen resulteerde in 6 variabelen waarvan kan worden gesteld dat zij het beste differentiëren tussen de groep van 63 te pessimistisch voorspelde patienten en de groep van 131 „juist” voorspelde patienten:

leeftijd (V2)
 geslacht (V3)
 arts-patient relatie (V19)
 herstel (V26)
 diagnose-scherpte (V32)
 geslacht arts

Op basis van een verdeling van deze 6 variabelen in patient-, arts-, kliniek- en relatie-variabelen kan nu de volgende opsomming worden gegeven van *de kenmerken waardoor de groep van te pessimistisch*

* Alleen categorieën met 10 of meer responsies zijn vermeld.

voorspelde patienten zich het duidelijkst onderscheidt van de „juist” voorspelde patienten.

Patient	– 45 jaar en ouder – man – niet hersteld – ziektebeeld niet typisch of discutabel
Arts	– man
Relatie	– arts-patient relatie minder goed dan gebruikelijk

6. Hierboven werd onder punt 3 als conclusie vermeld: „Bij de onjuist voorspelde patienten gaat het om twee groepen die elk op eigen wijze verschillen van de groep juist voorspelde patienten: de te optimistisch voorspelde patienten en de te pessimistisch voorspelde patienten”.

Op basis van de onder punt 4 en 5 vermelde conclusies kunnen nu de volgende tegenstellingen tussen de groepen te optimistisch en te pessimistisch voorspelde patienten worden vastgesteld.

	te optimistisch voorspeld	te pessimistisch voorspeld
Leeftijd (V2)	25–54 jaar	45 jaar en ouder
Arts-patient relatie (V19)	beter dan gebruikelijk of gebruikelijk	minder goed dan gebruikelijk
{ Herstel (V26)	goed of redelijk	niet hersteld
{ Toestand ontslag (V36)		

3.4. Samenvatting resultaten.

1. De vijf predicties zijn niet of nauwelijks uitgekomen.
2. Bij elk der predicties is het pessimisme veel groter geweest dan het optimisme.
3. De onjuist voorspelde patienten zijn in te delen in twee groepen, die elk op eigen wijze verschillen van de groep juist voorspelde patienten: de te optimistisch voorspelde patienten en de te pessimistisch voorspelde patienten.
4. De omstandigheden waaronder het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand is gekomen zijn:

Patient	– 25–54 jaar – vrijwillig opgenomen – geen extreem korte of lange opname – voldoende psychiatrische en sociale gegevens
---------	--

- affectieve psychose, neurotische stoornis of persoonlijkheidsstoornis
 - in goede of in redelijke toestand met ontslag gegaan
 - arts-patient relatie beter dan gebruikelijk of gebruikelijk
 - gevoel bij arts, patient in meer dan gebruikelijke mate of in gebruikelijke mate te kennen
- Relatie

5. De kenmerken waardoor de groep van te pessimistisch voorspelde patienten zich het duidelijkst onderscheidt van de juist voorspelde patienten zijn:

- Patient
- 45 jaar en ouder
 - man
 - niet hersteld
 - ziektebeeld niet typisch of discutabel
- Arts
- man
- Relatie
- arts-patient relatie minder goed dan gebruikelijk

6. De tegenstellingen tussen de groepen te optimistisch en te pessimistisch voorspelde patienten zijn:

	te optimistisch voorspeld	te pessimistisch voorspeld
Leeftijd	25—54 jaar	45 jaar en ouder
Arts-patient relatie	beter dan gebruikelijk of gebruikelijk	minder goed dan gebruikelijk
{ Herstel	goed of redelijk	niet hersteld
} Toestand ontslag		

BESPREKING DER RESULTATEN EN CONCLUSIE

4.1. Bespreking der resultaten.

Voorafgaand aan de bespreking der resultaten dient eerst nogmaals te worden gewezen op de verschillende factoren die de waarde beperken van de bij dit onderzoek verkregen resultaten en dus ook van de conclusies die daaruit kunnen worden getrokken. Op p. 26 noemden wij reeds de methodische bezwaren die kunnen worden gemaakt tegen de wijze waarop bij het vervolgonderzoek de gegevens zijn verzameld en die heeft geleid tot het verkrijgen van niet uniforme gegevens. Behalve deze betrekkelijke willekeur bij het verzamelen van het materiaal was er ook sprake van een bepaalde willekeur bij de selectie van het uiteindelijk te bewerken materiaal, resulterend in een niet aselechte steekproef van 215 voorspellingen. Een statistische generalisatie buiten de betreffende groep patiënten, groep artsen en kliniek is dus niet mogelijk en bij het toekennen van een meer algemene geldigheid aan de resultaten van dit exploratieve onderzoek moet dan ook wel de nodige terughoudendheid worden betracht.

Met inachtneming van alle voorbehoud zullen wij nu een antwoord proberen te geven op de in het eerste hoofdstuk (p. 10) geformuleerde vraagstelling. Aan de hand van deze beantwoording zal vervolgens een beschouwing worden gewijd aan de onderzoeksresultaten zoals die in het vorige hoofdstuk zijn weergegeven.

De vraagstelling van dit onderzoek luidde: „Welke is de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel zoals dit blijkt uit de uitkomst van klinisch psychiatrische voorspellingen over het eerste half jaar na het ontslag en welke factoren zijn op deze waarde van invloed?” Deze vraagstelling kan nu als volgt worden beantwoord:

De waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel zoals dit blijkt uit de uitkomst van klinisch psychiatrische voorspellingen over het eerste half jaar na het ontslag is gering en overwegend pessimistisch van aard.

Op deze waarde lijken twee groepen van factoren elk op eigen wijze in ongunstige zin van invloed te zijn.

Bij de eerste groep gaat het om de gezamenlijke kenmerken van de situatie, waarin te optimistische voorspellingen meestal tot stand komen: een vrijwillig opgenomen, 25- tot 54-jarige patient die onder de diagnose affectieve psychose, neurotische stoornis of persoonlijkheidsstoornis in goede of redelijke toestand met ontslag is gegaan. Er waren voldoende psychiatrische en sociale

gegevens voorhanden, de arts-patient relatie was goed en de arts meende de patient goed te kennen.

De factoren van de tweede groep zijn elk op zich kenmerkend voor de groep van patienten waarover te pessimistisch is voorspeld: oudere leeftijd (45 jaar en ouder), mannelijk geslacht, een minder goede arts-patient relatie, niet hersteld met ontslag gegaan, een niet typische of zelfs discutabele diagnose, behandelend arts van het mannelijk geslacht.

Bovenstaande beantwoording van de vraagstelling van het onderzoek bevat twee elementen aan de hand waarvan hieronder de onderzoeksresultaten zullen worden besproken.

- I. De geringe waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel en het overwegend pessimisme daarin.
- II. Factoren die de waarde van psychiatrisch prognostisch oordeel ten ongunste beïnvloeden.
 - I. *De geringe waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel en het overwegend pessimisme daarin.*

Indien men wil nagaan, in hoeverre een voorspelling wel of niet is uitgekomen, moet men rekening houden met de uitgangstoestand van waaruit die voorspelling is gedaan. Het spreekt immers vanzelf dat wanneer de uitgangstoestand uiterst goed of uiterst slecht is, het voorspellingsresultaat hierdoor zal worden beïnvloed. Over patienten, met wie het bij hun ontslag uiterst goed of uiterst slecht gaat, is het nu eenmaal minder moeilijk voorspellen, doordat de kans dat het met hen nog beter resp. slechter zal gaan verwaarloosbaar klein is. In de door ons onderzochte groep van 215 patienten deed zich de problematiek hieromtrent niet voor, omdat bij het ontslag van de afdeling psychiatrie de toestand natuurlijk meestal nog wel voor verbetering vatbaar was, respectievelijk zelden uiterst slecht was. (Feitelijk is de toestand bij het ontslag bij 8 patienten extreem goed en bij 2 patienten extreem slecht bevonden.)

Vervolgens kunnen er twee kanttekeningen worden gemaakt bij de op de bevindingen van ons onderzoek gebaseerde conclusie, dat het psychiatrisch prognostisch oordeel van geringe waarde is en overwegend pessimistisch van aard.

Allereerst dient dan te worden opgemerkt dat de vijf in deze studie onderzochte klinisch psychiatrische predicties elk slechts één van de vele facetten tot uitdrukking brachten, die kunnen worden onderscheiden aan het totale bestaan van een ex-patient in het eerste half jaar na ontslag. Dat betekent dat, indien er wat betreft het te voorspellen facet andersoortige predicties waren onderzocht, de resultaten ook

anders geweest hadden kunnen zijn. Met andere woorden: de uitkomst van een voorspelling is afhankelijk van het daarbij gehanteerde criterium.

Op basis van de uitkomst van predictie 4 (tabel 3.3.4. in hoofdstuk 3) bijvoorbeeld, kan men een vergelijking maken tussen voorspellingen betreffende suïcidaliteit in het algemeen en betreffende het metterdaad ten uitvoer brengen van een zelfmoord(poging). De bijbehorende tabellen zijn dan de volgende.

Uitkomst predictie „suïcidaliteit in het algemeen”

Uitkomst 4 Predictie 4	geen suïcida- liteit	suïcida- liteit	totaal
geen suïcida- liteit	132	13	145
suïcida- liteit	42	25	67
totaal	174	38	212

Uitkomst predictie "(tentamen) suïcidii"

Uitkomst 4 Predictie 4	geen suïcida- liteit	suïcida- liteit	totaal
geen suïcida- liteit	175	6	181
suïcida- liteit	29	2	31
totaal	204	8	212

Aan deze tabellen kan men direct al zien hoe verschillend de verdeling is. Ook statistisch kan dit aanzienlijk verschil worden waargemaakt: de voorspelling over „suïcidaliteit” heeft een K_w -waarde van

0,32, die over „(tentamen) suïcidii” een K_v -waarde van 0,05.

Uit het feit, dat de keuze van hetgeen waarover zal worden voorspeld in grote mate bepalend is voor het uiteindelijke voorspellingsresultaat kan worden geconcludeerd dat op grond van het resultaat van slechts enkele verschillende predicties (die slechts een even gering aantal facetten van het totale bestaan representeren) niet al te licht uitspraken mogen worden gedaan over de waarde van „het” psychiatrisch prognostisch oordeel.

Daar komt nog bij, dat het in het algemeen gesproken bezwaarlijk is, dergelijke uitspraken te baseren op de uitkomst van voorspellingen die uitsluitend in het kader van een onderzoek dienden te worden opgesteld. Het is met name denkbaar, dat behandelaars in de kunstmatige, voor hun ongewone rol van voorspeller tot predictieve uitspraken kunnen komen die niet onaanzienlijk afwijken van de prognostische verwachtingen die zij in werkelijkheid hebben en waar zij in hun dagelijks werk gebruik van maken. Vooral zou het gedwongen worden tot het „vertalen” van deze verwachtingen in expliciete voorspellende uitspraken de betrokken behandelaars weleens hebben kunnen gebracht tot een nog grotere voorzichtigheid dan er waarschijnlijk toch al bestaat. Dat er bij de klinisch psychiatrische behandelaars waarschijnlijk toch al van een grote voorzichtigheid, een „playing safe” sprake is, wordt aannemelijk gemaakt als men bedenkt dat psychiaters artsen zijn en dat deze in het algemeen worden opgeleid met een vooroordeel dat kan worden aangeduid met: „When in doubt, diagnose illness” (Scheff, 1973). Alhoewel het hier dus gaat om een vooroordeel dat het diagnostisch oordeel betreft (en dat ook aan psychiaters niet vreemd lijkt te zijn als men van de proefnemingen van Temerlin en Rosenhan (zie hoofdstuk 1, p. 9) kennis neemt), lijkt het toch niet al te ver gezocht om ook bij de vorming van het prognostisch oordeel zeker bij artsen een „better safe than sorry” principe te veronderstellen. In hoeverre dit principe heeft bijgedragen tot het overwegend pessimisme dat uit de resultaten van ons onderzoek naar voren is gekomen, kan uiteraard niet worden vastgesteld. Bij de bespreking der factoren die samenhang bleken te vertonen met de te pessimistische voorspellingen zal overigens op deze vraag nog verder worden ingegaan.

Tot nu toe hebben wij twee kanttekeningen gemaakt bij de op de bevindingen van ons onderzoek gebaseerde conclusie, dat het psychiatrisch prognostisch oordeel van geringe waarde is en overwegend pessimistisch van aard. Deze kanttekeningen behelsden de waarschuwing dat het niet zonder meer geoorloofd is, uitspraken te doen over „het” psychiatrisch prognostisch oordeel op grond van de uitkomsten van slechts enkele klinisch psychiatrische predicties, predicties die bovendien ten behoeve van een onderzoek zijn opgesteld.

Naast deze meer algemene bezwaren kunnen er echter ook meer

specifieke worden aangevoerd en wel die bezwaren, die voortvloeien uit de bij dit onderzoek gevolgde methode.

In de eerste plaats dient te worden opgemerkt dat onze studie betrekking had op een ziekenhuisafdeling waar behandeld wordt (en dus ook voorspeld is) in groepen. Er is dus onderzoek verricht naar de waarde van een psychiatrisch prognostisch groepsoordeel en niet naar de waarde van het prognostisch oordeel van individuele psychiaters. Dit is van belang daar er bij het tot stand komen van de voorspellingen in het kader van ons onderzoek sprake kan zijn geweest van allerlei groepsmechanismen die het uiteindelijk voorspellingsresultaat ten ongunste hebben beïnvloed. In hun boek „Decision Making” hebben Janis en Mann (1977, p. 129–133) deze mechanismen samengevat onder de term „Groupthink”. Zij wijzen erop dat uit verschillende onderzoeken van de wijze waarop onjuiste groepsbeslissingen tot stand zijn gekomen een patroon naar voren komt dat zij „a collective pattern of defensive avoidance” noemen, met als voornaamste kenmerk een „concurrence-seeking tendency”. Er zijn echter een aantal redenen om te veronderstellen dat er bij het tot stand komen der voorspellingen in ons onderzoek weinig sprake van „Groupthink” moet zijn geweest: het ging om groepen die steeds wisselden van samenstelling, er was geen sprake van enkele van de door Janis en Mann genoemde voorwaarden (bv. „high stress”) en

Verloop uitkomst voorspellingen

	Voorspelling nr. 13 - 100	Voorspelling nr. 101 - 200	Voorspelling nr. 201 - 300
juist	42 (66%)	46 (60%)	43 (61%)
te optimistisch	6 (9%)	4 (5%)	8 (11%)
te pessimistisch	16 (25%)	27 (35%)	20 (28%)
totaal	64 (100%)	77 (100%)	71 (100%)

ook kan uit nevenstaande tabel („Verloop uitkomst voorspellingen”) worden afgelezen dat de groepen in de loop van het onderzoek niet steeds slechter zijn gaan voorspellen, hetgeen men bij een aanmerkelijke aanwezigheid van „Groupthink” had mogen verwachten.

Concluderend kan worden gesteld dat het feit dat er in groepsverband is voorspeld hoogstwaarschijnlijk niet ten ongunste heeft gewerkt op de waarde van het verkregen voorspellingsresultaat.

Een tweede bezwaar dat tegen de bij dit onderzoek gevolgde methode kan worden aangevoerd heeft betrekking op de periode waarover is voorspeld. Dit bezwaar kan als volgt worden geformuleerd: Er is voorspeld over een periode van slechts een half jaar en er is te somber voorspeld. Indien nu de voorspellende behandelaars gewend zijn, rekening te houden met een periode van een heel jaar na het ontslag en indien nu in dat eerste jaar na ontslag de meeste heropnamen en/of zelfmoordpogingen plaatsvinden in het tweede half jaar, wordt dan met de keuze van alleen maar het eerste half jaar na ontslag een al te groot pessimisme niet als vanzelf in de hand gewerkt?

Afgezien van het feit dat het natuurlijk nog maar de vraag is of de betrokken voorspellers gewend waren aan de termijn van een heel jaar na het ontslag, kan tegen dit bezwaar ook nog een andere tegenwerping worden gemaakt: voor zover er eensluidende conclusies kunnen worden getrokken uit de bevindingen van vervolgonderzoek bij ex-psychiatrische patienten mag worden gesteld dat er van een verschil tussen het eerste en het tweede half jaar na ontslag wat betreft heropnamen en/of suïciden, niet of nauwelijks sprake lijkt te zijn (de Jonghe, 1974, p. 46—48).

Bij de op de bevindingen van ons onderzoek gebaseerde conclusie, dat het psychiatrisch prognostisch oordeel van geringe waarde is en overwegend pessimistisch van aard hebben wij nu enkele kanttekeningen geplaatst in de vorm van een aantal bezwaren die voortkomen deels uit het voor dit doel gebruik maken van klinisch psychiatrische predicties in het algemeen, deels uit de specifieke wijze waarop in ons onderzoek van dergelijke predicties gebruik is gemaakt.

Een laatste kanttekening bij bovengenoemde conclusie wordt nu gewijd aan de vraag, of wij deze conclusie in de bestaande literatuur al dan niet bevestigd kunnen zien.

In hoofdstuk 1 (p. 9) merkten wij reeds op dat het psychiatrisch prognostisch oordeel van onderzoekerszijde opvallend weinig aandacht heeft gekregen. Weliswaar zijn er in de psychiatrie veel na-, gevolg-, katamnestiche en „follow-up”-studies verricht, maar steeds ging het daarbij in de eerste plaats om retrospectief onderzoek dat gericht was op het verkrijgen van ofwel meer inzicht in de prognose van bepaalde categorieën van patienten, ofwel van voor de prognose van belang zijnde factoren, ook wel „predictoren” genoemd. Uitputtende bestudering van de literatuur leidt tot de conclusie dat prospec-

tief onderzoek (waarbij tevoren opgestelde voorspellingen later op hun uitkomst worden getoetst) in de psychiatrie vrijwel niet is verricht en dan altijd nog min of meer „nebenbei”, in de vorm van bijkomend onderzoek. Evenals dat bij retrospectieve studies het geval is, kan men prospectieve onderzoeken gebruiken om op verschillende soorten van vragen een antwoord te krijgen. Zo is het mogelijk, de waarde van één of meer voorspellende factoren te toetsen (World Health Organization, 1979, p. 290-291), te bepalen in hoeverre voorspellingen uitkomen (Van Bork, 1964), verschillende voorspelmethoden onderling te vergelijken (Beenen, 1974) etc. Studies, waarvan de resultaten direct vergelijkbaar zouden kunnen zijn met onze eigen bevindingen, hebben wij in de internationale literatuur niet kunnen vinden. Voor wat betreft het bij ons onderzoek gevonden slechte voorspellingsresultaat en het overwegend pessimisme daarbij verdient het daarom de voorkeur, althans enig vergelijkingsmateriaal te ontleen aan Nederlandstalige studies en wel die van Van Bork, De Jonghe en Beenen*.

Van Bork („Prognose en Baat; over het wel en wee na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis”; proefschrift, Amsterdam, 1964) voorspelde over 93 mannelijke patienten in termen, die de mate van sociale en tussenmenselijke aanpassing aangaven van de patient na het ontslag: „goed”, „matig”, of „slecht”. Hij deed dit telkens vóór ieder van de nabezoeken die hij in de loop van twee jaar aflegde bij patienten die in drie voorafgaande jaren op zijn paviljoen opgenomen waren geweest. Uiteindelijk bleek het in 75 gevallen mogelijk, de uitkomst van zijn voorspelling vast te stellen. Bij 27 patienten (36%) was er onjuist voorspeld, bij 21 hunner „te somber”, bij 6 hunner „te gunstig”. Als verklaring voor de 27 „onjuiste prognoses” noemt Van Bork het onvoldoende rekening houden met een viertal factoren, die voor de prognose van belang zouden zijn: „een gave premorbide persoonlijkheid, een acuut ziektebegin, een thuis opmerkelijk goed geaccepteerd worden en een tijdens het verblijf op de afdeling vaak beloond worden in het kader van de arbeidstherapie”.

De Jonghe („Terug van weggeweest; een onderzoek naar de (on)mogelijkheid om zich na een psychiatrische opname in de maatschappij te handhaven”, proefschrift, Amsterdam, 1974) liet op de ontslagdatum het behandelende klinische team de volgende vraag beantwoorden: „Hoe groot acht U de kans dat deze patient binnen het eerstkomende jaar opnieuw psychiatrisch opgenomen wordt?” Op grond van verschillende beweringen komt hij tot de conclusie, dat de gegeven voorspellingen (in de vorm van een keuze uit vier geboden antwoordmogelijkheden: „vrijwel zeker”, „waarschijnlijk”, „mogelijk”, „onwaarschijnlijk”) „blijkbaar geen slag in de lucht” (p. 72) zijn geweest. Veel waarde moet er volgens De Jonghe echter niet aan worden gehecht (p. 155) en volgens hem is dan ook „de prognose van een individuele patient op de ontslagdatum niet voorspelbaar” (p. 150). Tenslotte zij vermeld, dat van de patienten met de voorspelling „heropname is vrijwel zeker” 47% zich wel kon handhaven, terwijl 25% van de patienten met de voorspelling „heropname is onwaarschijnlijk” daar niet toe in staat bleek te zijn.

Beenen („Hoe langer hoe gekker...?; voorspellen en begrijpen van de opnameduur van psychiatrische patienten”, proefschrift, Groningen, 1974) heeft nagegaan of en in hoeverre het mogelijk is de opnameduur

* Van deze studies wordt slechts datgene weergegeven, dat als vergelijkingsmateriaal relevant lijkt te zijn.

van patienten te voorspellen. Daartoe vergeleek hij klinische voorspellingen (van artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers) met een statistische voorspelling. Voor bijna veertig procent van de patienten was „zowel de klinische als de statistische methode niet in staat tot een voorspelling van de opnameduur, die ook maar enigszins in de buurt van de werkelijke opnameduur komt” (p. 153). Voor dertig procent van de patienten bleek de opnameduur klinisch goed te zijn voorspeld. Beenen schrijft dit geringe voorspellingsresultaat toe aan een „niet of nauwelijks voorspelbare opnameduur” die verklaard zou kunnen worden uit het ontbreken van een systematische, expliciete besluitvorming rondom de opname en het ontslag van psychiatrische patienten en/of het niet vertegenwoordigd zijn van op de opnameduur van invloed zijnde variabelen in de verzameling van variabelen die door hem zijn onderzocht.

Het moge duidelijk zijn, dat ook op grond van de studies van Van Bork, De Jonghe en Beenen geen eensluidende uitspraak kan worden gedaan over het al dan niet in de literatuur bevestigd vinden van het door ons gevonden slechte voorspellingsresultaat en het pessimisme daarbij. Bij Van Bork komen 27 van de 75 voorspellingen niet uit en van de 27 onjuiste voorspellingen waren er 21 te somber gesteld. Deze uitkomsten zijn echter voor een vergelijking niet goed bruikbaar omdat in zijn onderzoek de voorspeller tegelijkertijd de toetsing heeft uitgevoerd.

Beenen constateerde een slecht voorspellingsresultaat, maar zijn criterium (opnameduur) is zo ver verwijderd van de bij ons onderzoek gehanteerde prognose-criteria, dat vergelijken nauwelijks is geoorloofd. Zelfs is het aanvechtbaar, bij het voorspellen van de opnameduur nog van een psychiatrisch prognostisch oordeel te spreken.

In het onderzoek van De Jonghe vinden wij nog de meeste aansluiting bij het door ons verrichte. Het blijkt dat ook hij niet erg te spreken is over het door hem gevonden voorspellingsresultaat. Tevens zijn er aanwijzingen voor, dat ook bij de door hem onderzochte voorspellingen het pessimisme de overhand heeft gehad.

De vraag of wij in de bestaande literatuur al dan niet bevestiging vinden voor de op onze onderzoeksresultaten gebaseerde conclusie dat het psychiatrisch prognostisch oordeel van geringe waarde is en overwegend pessimistisch van aard, kan nu tenslotte als volgt worden beantwoord: in de psychiatrische literatuur worden nauwelijks of geen vergelijkbare studies aangetroffen. Voor zover op basis van de resultaten van verwant onderzoek uitspraken kunnen worden gedaan, lijken zowel het geringe voorspellingsresultaat als het pessimisme daarbij in elk geval niet te worden weersproken.

II. Factoren die de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel ten ongunste beïnvloeden.

Het psychiatrisch prognostisch oordeel kan in twee richtingen ten ongunste worden beïnvloed: in een te optimistische of in een te pessimistische richting. In deze twee gevallen hebben wij te maken met twee verschillende groepen van factoren die elk op eigen wijze een

rol spelen bij de tot stand koming van het onjuiste prognostisch oordeel, zoals dat in onjuiste voorspellingen tot uiting komt. Beide groepen van factoren zullen hieronder achtereenvolgens worden besproken.

De gezamenlijke kenmerken van de situatie waarin bij dit onderzoek te optimistische voorspellingen tot stand zijn gekomen werden eerder in deze paragraaf, bij de beantwoording van de vraagstelling, nog eens opgesomd. Trachten wij nu tot een samenvattende karakteristiek te komen dan blijkt het te gaan om gevallen waarin zich duidelijk niet teveel moeilijkheden hebben voorgedaan: de patient niet al te oud of te jong, vrijwillige opname, geen extreem korte of lange opnameduur, goede arts-patient relatie, voldoende gegevens, het gevoel bij de arts patient goed te kennen en een ontslag in goede of redelijke toestand met een diagnose waarbij dat ook goed denkbaar is: affectieve psychose, neurotische of persoonlijkheidsstoornis.

Het beeld dringt zich op van de behandeling waarbij alles heel plezierig verloopt, er zich geen uitzonderlijke ontwikkelingen voordoen, kortom het beeld van een „ideale casus”. Een situatie waarin sommige prognostisch minder gunstige gegevens gemakkelijk over het hoofd kunnen worden gezien en waarin wij bij wijze van spreken de liefde die blind maakt aan het werk kunnen zien.

Johnny M. is een 35-jarige, ongehuwde loodgieter die voor de zesde keer op onze afdeling opgenomen is geweest; evenals de vorige keren was de reden tot opname gelegen in een manisch toestandsbeeld. Hij werd ook nu weer door zijn ouders gebracht, gehoorzaamend aan hun wens tot opneming, ofschoon hij zelf uiteraard op dat moment de noodzaak van welke behandeling dan ook absoluut niet in kon zien.

Johnny M. is een grote, sterke kerel die in zijn manieën nog weleens agressief kan zijn, maar overigens zich gemoedelijk, meegaand en kinderlijk-afhankelijk gedraagt. Hij staat erop dat men hem met Johnny aanspreekt en men is hem hierin maar al te graag terwille, al was het alleen maar om de bemiddelende rol die hij pleegt te spelen bij de oplossing van conflicten tussen patienten onderling. Met iedereen kan hij het altijd goed vinden, ook met zijn behandelende artsen. Zij ook met hem, niet alleen vanwege het feit dat hij tot nu toe telkenmale binnen enkele weken reeds „uit de manie komt” en (tot op heden) nimmer depressieve fasen heeft doorgemaakt.

Naast de algemene positieve gevoelens tegenover hem is er ook het algemene gevoel dat hij voor alle medewerkers van de afdeling een open boek is: hij lijkt het hart op de tong te dragen en is bovendien al zovele malen psychologisch onderzocht, bij het onderwijs betrokken geweest etc. dat wij hem menen te kennen als geen ander.

Wanneer patient met ontslag gaat is hij, evenals bij de vorige ontslagen, geheel hersteld van zijn manie en ziet hij zelf zijn toekomst, als altijd, weer zonnig tegemoet. Ook het behandelend team doet dat, hetgeen blijkt uit de predicties over het komend half jaar. Deze luiden: „algemene toestand”: goed; „richting beloop”: overwegend constant; „geen sprake van (indicatie tot) heropname”; geen „suïcidaliteit”. Hierbij komt ook nog de overweging naar voren, dat er tussen het vorige ontslag en deze opname meer dan zes maanden waren verstreken.

Vier maanden later wordt Johnny M. opnieuw op onze afdeling opgenomen, wederom in een manische toestand. Het niet uitgekomen zijn van onze voorspelling brengt ons ertoe, nog eens de hele historia morbi van

patient te overzien. Dan blijkt dat weliswaar tussen vijfde ontslag en zesde opneming meer dan een half jaar was verlopen, maar ook dat sinds de eerste opname, ruim tien jaar geleden, de manische fasen elkaar steeds sneller hebben opgevolgd. De conclusie lijkt gerechtvaardigd, dat in dit geval de „ideale casus“-aspecten van de gehele behandelingsituatie de voorspellers te optimistisch hebben gestemd, waarbij zij met name het steeds sneller recidiveren van de manie over het hoofd hebben gezien.

De hierboven geschetste „ideale casus“-karakteristiek is gebaseerd op kenmerken die bij in het totaal slechts elf patienten behoorden. De kans dat deze karakteristiek maar een zeer beperkte geldigheid bezit is dan ook niet gering. Niettemin willen wij toch de aandacht vragen voor enige fenomenen die hierbij een rol zouden kunnen spelen. Een voorbeeld hiervan kan worden gevonden in één der onderdelen van wat bekend staat als de cognitieve dissonantie-theorie (Festinger, 1957). Het gaat ons hier dan om de gevolgen van „commitment“, de persoonlijke emotionele betrokkenheid die ertoe zou leiden dat iemand gegevens die in strijd zijn met zijn emotionele betrokkenheid eerder over het hoofd zou zien, vermijden, vergeten enz. dan gegevens die in strijd zijn met opvattingen waarbij hij zich niet emotioneel betrokken voelt. Het is natuurlijk niet onmogelijk dat in de „ideale casus“ gevallen waarin het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand is gekomen, de „commitment“ der betrokken behandelaars inderdaad zo groot is geweest dat gegevens die strijdig waren met een zonnige toekomstverwachting niet een voldoende gewicht hebben gekregen. Behalve deze „commitment“ zijn er nog vele andere fenomenen beschreven (Janis e.a., 1969, p. 590—600), waarvan sprake kan zijn wanneer mensen in het beoordelen van andere mensen „fouten“ maken (bv. het „halo“-effect, het „leniency“-effect etc.).

Waar het bij de hierboven beschreven omstandigheden waaronder het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand is gekomen handelde om het gezamenlijk zich voordoen hiervan (in de vorm van de „ideale casus“-karakteristiek), hebben wij bij de zes kenmerken van de groep te pessimistisch voorspelde patienten te maken met zes afzonderlijke factoren die elk in hoge mate differentiërend zijn ten opzichte van de groep juist voorspelde patienten. Zoals reeds eerder vermeld is gaat het om de volgende kenmerken: oudere leeftijd (45 jaar en ouder), mannelijk geslacht, een minder goede arts-patient relatie, niet hersteld met ontslag gegaan, een niet-typische of zelfs discutabele diagnose en een behandelend arts van het mannelijk geslacht.

Voorafgaand aan de verdere bespreking van de te pessimistische voorspellingen volgen hier ter illustratie nu eerst twee korte patient-beschrijvingen:

De heer K. heeft maar enkele dagen op onze afdeling verbleven. Hij is elders al vele malen psychiatrisch opgenomen geweest, telkenmale met als diagnose: „schizofrenie“. Hij is nu 52 jaar oud, is ongehuwd en

leidt een eenzaam bestaan. Door de politie, die hem op één der Maasbruggen aantrof en daarbij sterk de indruk kreeg dat hij aanstalten maakte in het water te springen, is hij naar het ziekenhuis gebracht. Omdat hij gewaagde van stemmen die hem het bevel gaven, in „De Maasrivier“ te springen werd besloten, hem op onze afdeling op te nemen. Daar aangekomen wil hij echter al na twee dagen direct weer weg. Hij geeft hiervoor geen redenen op maar is dermate gespannen en vastberaden, dat het hoogstwaarschijnlijk is dat aan zijn eis dat wij hem weer laten gaan, psychotische belevingsinhouden ten grondslag liggen. De te hulp geroepen collega van de Sociaal Psychiatrische Dienst acht hem echter op dit moment niet duidelijk suïcidaal en de heer K. staat enkele uren later weer op straat. Onze predicties over hem zijn zeer somber, wij vrezen voor een ongeluk en op z'n minst verwachten wij een heropname op korte termijn.

Bij het vervolgonderzoek weet de huisarts te vertellen, dat hij de heer K. nog onlangs enigszins opgewonden en om onduidelijke redenen op zijn spreekuur heeft gehad, maar dat het met hem gegaan is zoals altijd: een teruggetrokken leven, met nogal eens een wat wonderlijk maar geenszins verontrustend gedrag. Ook de burens hebben in het afgelopen half jaar deze indruk van patient gehad.

De heer S. is 63 jaar oud. Hij werd opgenomen op de afdeling psychiatrie op verzoek van de huisarts vanwege sinds enkele maanden toeneemende neerslachtigheid, inactiviteit en slapeloosheid, resulterend in een onhoudbare situatie thuis. Patient is nooit tevoren onder psychiatrische behandeling geweest. In feite heeft hij nooit ernstige psychische moeilijkheden gehad tot ongeveer een jaar geleden, toen het scheepvaartkantoor waar hij als procuratiehouder werkzaam is, fuseerde met een ander bedrijf. Hij voelde zich op een dood spoor gezet en zag met lede ogen aan, hoe jongere, hem vreemde collegae „een nieuwe wind lieten waaien“, waarmee hij zich gevoelsmatig niet verenigen kon. Met name de informele aspecten van deze nieuwe aanpak (o.a. tot uiting komend in een algemeen tutoyeren) en de veel minder grote precisie die deze met zich meebracht, stuitten hem geweldig tegen de borst. Hij bleef echter aan het werk, zij het met meer maagklachten dan hij altijd al had. Wat hij aan ergernis en verontwaardiging niet op het werk kwijt kon leek hij te verschuiven naar zijn vrouw, met wie hij eerder in hun 30-jarig huwelijk nooit ernstig overhoop had gelegen. Ook de beide dochters, gehuwd en elders woonachtig, moesten het in de contacten met hun vader ontgelden, met name in de vorm van globale kritiek op „de maatschappij van tegenwoordig“. Naast prikkelbaar en gauw ontstemd werd hij nu ook zeer snel vermoeibaar, terwijl hij tevens last kreeg met het inslapen en 's nachts urenlang wakker lag. Tenslotte raakte hij duidelijk in de put, ging niet meer naar zijn werk en zat thuis in een stoel stil voor zich uit te staren.

Bij opname bleek er sprake te zijn van een duidelijk vitaal-depressief syndroom. Tevens waren er opvallende inprentingsstoornissen, die ook nadat de vitale depressie in eigenlijke zin verdwenen was bleven bestaan, zij het in aanzienlijk mindere mate. Het psychologisch onderzoek vermeldde als conclusie o.a.: „mogelijk beginnende dementering, gaarne over enige tijd herhaling“. Van dit laatste is het nooit gekomen, want al gauw wilde patient persé met voorgoed ontslag naar huis. Als voornaamste reden voor zijn besluit noemde hij het feit dat hij zich tussen „al die jongeren“ niet thuis gevoelde, daaraan toevoegend dat zijn behandelend arts zijn zoon had kunnen zijn.

Ofschoon wij hem niet hersteld achtten, konden wij niet anders dan ons bij zijn besluit neer te leggen. De voorspelling over het eerstkomend half jaar viel somber uit, vooral ook omdat over de diagnose geen zekerheid bestond: was er nu sprake van een beginnende dementie of niet? Bij het vervolgonderzoek werden zowel van patient als van zijn huisarts gegevens verkregen. Deze wijzen erop, dat de heer S. aanvankelijk zichzelf nog niet geheel in orde voelde en bleef klagen over het niet kunnen voelen voor vrouw en kinderen, over het als onwezenlijk ervaren van de omgeving en andere belevingsstoornissen in de zin van depersonalisa-

tle en derealisatie. Na enkele weken echter „trok de grauwsluiert weg” en een maand na het ontslag van onze afdeling begon hij weer voor halve dagen te werken. Ten tijde van het vervolgonderzoek zag hij terug op de afgelopen jaren als „een boze droom, waarin ik mijzelf niet was”. Hij en zijn huisarts waren beiden van mening, dat het met hem in het afgelopen half jaar „goed” was gegaan.

Ten aanzien van het te pessimistisch voorspellen in het algemeen lijkt het aannemelijk, te veronderstellen dat hieraan twee hoofdoorzaken ten grondslag liggen. De eerste is een verkeerde opvatting van de werkelijkheid in de vorm van pessimistisch getinte vooroordelen, die waarschijnlijk mede kunnen worden verklaard uit de omstandigheid dat psychiaters nu eenmaal wel zien wat er slecht gaat (bv. bij het opnieuw opnemen van patienten), maar geen weet hebben van wat er allemaal goed gaat. De tweede hoofdoorzaak van het te pessimistisch voorspellen is te vinden in een mechanisme, dat hierboven reeds ter sprake is gebracht en dat wij daar hebben aangeduid met termen als „voorzichtigheid”, „playing safe”, „better safe than sorry” etc. Wat betreft de genoemde, voor de groep van te pessimistisch voorspelde patienten kenmerkende factoren, kan nu worden gezien, in hoeverre elk van deze factoren met één van deze twee hoofdoorzaken in verband kan worden gebracht. Van een vooroordeel in pessimistische richting lijkt het meest duidelijk sprake te zijn bij de factor leeftijd, waar wij zien dat bij patienten van 45 jaar en ouder in zo'n grote mate te pessimistisch is voorspeld. Over de achtergronden van dit vooroordeel kan natuurlijk op allerlei wijzen worden gespeculeerd; hier willen wij ons echter beperken tot de opmerking, dat van de bij ons onderzoek betrokken voorspellers veruit de meesten de 35 nog niet waren gepasseerd en dat het ons niet onmogelijk toeschijnt dat jongere mensen wellicht op het latere leven een iets somberder kijk hebben dan met de werkelijkheid overeenstemt.

Het in werking treden van een playing-safe mechanisme kan anderszijds worden verwacht in die situaties, waarin voorspellers zich onzeker gevoelen. Het spreekt immers vanzelf dat mensen in onzekere beoordelingssituaties bij voorkeur aan de veilige kant willen blijven wanneer hen om een uitspraak wordt gevraagd. Tegen dit licht bezien behoeft het dan ook geen verwondering te wekken dat er zo vaak te pessimistisch is voorspeld in die gevallen waarin de arts de relatie met zijn patient als minder goed dan gebruikelijk ervoer en/of de voorspellers zich niet zeker gevoelden over de door hun gegeven diagnose.

Minder duidelijk liggen de zaken bij de factor „niet hersteld met ontslag gegaan”. Waarschijnlijk zijn hier zowel vooroordeel als „playing safe” in het geding. Het vooroordeel kan worden geadstrueerd aan de hand van de rand-totalen van de in het vorige hoofdstuk (p. 29) opgenomen tabel 3.3.2., „uitkomst tweede predictie („richting be-loop”)”. Hieruit zou namelijk kunnen worden geconcludeerd dat de voorspellers vrijwel nooit, dat wil zeggen bij slechts 3,8% van de

patiënten, een verder herstel hebben verwacht, terwijl dit zich in werkelijkheid bij 22,2% heeft voorgedaan. Anderzijds is het uiteraard niet ondenkbaar dat ook bij niet-herstelde patiënten de voorspellers zich aan de veilige kant hebben willen houden en het playing safe mechanisme ook hier een belangrijke rol heeft gespeeld.

Resteren twee factoren, waarvan het in eerste instantie niet erg duidelijk is, in hoeverre vooroordeel dan wel voorzichtigheid er een rol bij spelen: het mannelijk geslacht van patiënten en het eveneens mannelijk geslacht van de behandelende artsen. Dat het hier inderdaad om belangrijke verschillen tussen mannen en vrouwen gaat kan met behulp van onderstaande cijfers worden geïllustreerd.

	K_w	K_w pessimisme toegestaan
predictie 1		
mannelijke patiënten (N=102)	0,25	0,78
vrouwelijke patiënten (N=113)	0,29	0,25
predictie 2		
mannelijke patiënten (N=102)	0,05	0,20
vrouwelijke patiënten (N=113)	0,20	0,30
predictie 3		
mannelijke patiënten (N=102)	0,14	0,39
vrouwelijke patiënten (N=113)	0,24	0,30
predictie 4		
mannelijke patiënten (N=102)	0,15	0,43
vrouwelijke patiënten (N=113)	0,19	0,34
predictie 1		
mannelijke artsen (N=150)*	0,24	0,52
vrouwelijke artsen (N=65)	0,43	0,34
predictie 2		
mannelijke artsen (N=150)	0,07	0,25
vrouwelijke artsen (N=65)	0,21	0,25
predictie 3		
mannelijke artsen (N=150)	0,15	0,32
vrouwelijke artsen (N=65)	0,32	0,36
predictie 4		
mannelijke artsen (N=150)	0,13	0,40
vrouwelijke artsen (N=65)	0,28	0,36

Op grond van bovenstaande cijfers zou kunnen worden verwacht dat het grootste pessimisme zich voorgedaan heeft bij de combinaties van

* Het vermelde totaal betreft het aantal voorspellingen, door mannelijke artsen opgesteld. Aan het onderzoek hebben 19 behandelende artsen hun medewerking verleend: 13 mannelijke en 6 vrouwelijke artsen.

mannelijke patiënten met mannelijke artsen, terwijl het pessimisme het geringst zou moeten zijn bij de combinaties van vrouwelijke patiënten met vrouwelijke artsen.

Uit onderstaande tabel moge blijken dat deze verwachting gerechtvaardigd is*.

geslacht patient	geslacht arts	predictie 1	predictie 2	predictie 3	predictie 4
man	man	zeer pessimistisch	pessimistisch	zeer pessimistisch	zeer pessimistisch
man	vrouw	enigszins pessimistisch	pessimistisch	enigszins pessimistisch	zeer pessimistisch
vrouw	man	pessimistisch	pessimistisch	enigszins pessimistisch	zeer pessimistisch
vrouw	vrouw	optimistisch	adaequaat	adaequaat	adaequaat

Bij alle hierboven vermelde gegevens kunnen nog de volgende opmerkingen gemaakt worden.

1. Het gevonden pessimisme ten aanzien van de naaste toekomst van mannelijke patiënten blijkt niet te zijn veroorzaakt door het feit dat het met mannelijke patiënten beter is gegaan dan met vrouwelijke patiënten, want uit het bij het vervolgonderzoek verkregen materiaal komt naar voren dat het met beide groepen ongeveer even goed is gegaan. Het zijn daarentegen de voorspellingen, waarbij zich aanmerkelijke verschillen tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten hebben voorgedaan. Ditzelfde geldt voor het gevonden pessimisme ten aanzien van de patiënten waarover een behandelend arts van het mannelijk geslacht heeft voorspeld: ook hier zien wij ongeveer gelijke uitkomsten bij (ex-)patiënten van mannelijke en vrouwelijke artsen, terwijl over de eerstgenoemden veel somberder is voorspeld dan over de patiënten van vrouwelijke artsen.
2. Uit de hierboven vermelde cijfers blijkt dat er over mannelijke patiënten en over patiënten met een mannelijke arts over de hele linie slechter is voorspeld. De K_w -waarde „pessimisme toegestaan” is bij deze beide groepen echter meestal hoger dan bij vrouwelijke patiënten, respectievelijk patiënten met een vrouwelijke arts, zodat dit slechter voorspellen voornamelijk moet worden toegeschreven aan het grotere pessimisme ten aanzien van mannelijke patiënten en patiënten met een mannelijke arts.

* De in de tabel weergegeven resultaten zijn gebaseerd op de cijfers die in tabel 18 van Bijlage V zijn vermeld.
Met „adaequaat” wordt bedoeld, dat noch optimisme noch pessimisme duidelijk overwogen heeft.

3. Alleen predictie 1 betreffende vrouwelijke patienten met een vrouwelijke arts is te optimistisch uitgevallen. De andere predicties betreffende deze groep zijn bijna „adaequaat”, dat wil zeggen noch te optimistisch noch te pessimistisch. Alle overige predicties variëren naar hun aard van „zeer pessimistisch” tot „enigszins pessimistisch”, zodat kan worden geconcludeerd dat alleen bij de voorspellingen van vrouwen over vrouwen er van overwegend pessimisme geen sprake is geweest.
4. De factoren „geslacht patient” en „geslacht arts” behoren, tezamen met vier andere factoren, tot de kenmerken die volgens een bepaalde statistische techniek, het logistische model (zie p. 26), het beste differentiëren tussen de groep van te pessimistisch voorspelde patienten en de groep van juist voorspelde patienten. Dit betekent dat deze factoren, evenals de factoren „leeftijd”, „arts-patient relatie”, „herstel” en „diagnose-scherpte”, elk op zich mogen worden aangemerkt als een verklarende variabele van belang bij het onderscheid tussen de genoemde groepen van patienten. Het is dus niet aannemelijk dat wij bij de factoren „geslacht patient” en „geslacht arts” met artefacten te maken hebben. Met name moet het niet aannemelijk worden geacht dat het belang van deze factoren zou kunnen worden verklaard uit de samenhang met andere variabelen.

Keren wij nu terug tot de vraag, in hoeverre vooroordeel dan wel voorzichtigheid een rol spelen bij het te pessimistisch voorspellen over mannen en door mannen *. In de literatuur die betrekking heeft op (voor)oordelen die mannen en vrouwen er over eigen en andere sexe op na blijken te houden hebben wij geen overtuigende aanknopingspunten kunnen vinden. Met name bleken pessimisme en optimisme als persoonlijkheidskenmerken in de verschillende onderzoeken niet aan bod te zijn gekomen.

Ook van een sombere kijk op het mannelijk geslacht wordt in de geraadpleegde literatuur met geen woord gerept. Op de vraag, welke rol door vooroordeel dan wel voorzichtigheid bij het pessimisme over en door mannen wordt gespeeld, kan derhalve niet anders dan speculerenderwijs worden geantwoord.

Wat het sombere voorspellen over mannen betreft: het zou misschien zo kunnen zijn, dat bij de prognose van een patient in het algemeen door de voorspellers vooral gedacht werd aan het zich handhaven in de maatschappij en dat zij er daarbij impliciet vanuit zijn gegaan dat dit voor mannen moeilijker zou zijn (min of meer analoog aan de redenering dat een mannelijke alcoholist die buitenshuis werkt eerder in moeilijkheden komt dan een alcoholische huisvrouw). In deze visie

* Strikt genomen gaat het niet om voorspellen door mannen maar om voorspellen over patienten met een behandelend arts van het mannelijk geslacht, maar vanwege de centrale rol van de behandelend arts bij het voorspellen (zie p. 14) lijkt deze vereenvoudiging toch wel acceptabel te zijn.

zou het dus gaan om een vooroordeel dat zou inhouden dat het voor mannen moeilijker is dan voor vrouwen om zich in onze samenleving staande te houden en dat derhalve hun prognose somberder zou moeten zijn.

Bij het te pessimistisch voorspellen door mannen zou gedacht kunnen worden aan de mogelijkheid, dat mannen eerder tot voorzichtigheid geneigd zijn dan vrouwen. In het midden latend wat de achtergronden van dit verschil zouden kunnen zijn zou het hier dus moeten gaan om het „playing safe” (respectievelijk het eerder geneigd zijn daartoe) als kenmerk van de mannelijke sexe.

4.2. Conclusie

Het onderzoek waarvan in dit proefschrift verslag is gedaan had betrekking op het psychiatrisch prognostisch oordeel. Het betrof hier een exploratieve studie, waarbij werd onderzocht hoe de uitkomst was van voorspellingen die werden gedaan door de medewerkers van een psychiatrische ziekenhuisafdeling. Tevens werd gepoogd, enig inzicht te verkrijgen in mogelijke factoren die met name ten ongunste van invloed zouden kunnen zijn op de kwaliteit der voorspellingen.

Het verbinden van meer algemene conclusies aan de resultaten die uit dit onderzoek zijn voortgekomen dient onder veel voorbehoud te geschieden: aan de wijze waarop het materiaal verzameld en bewerkt is, kan een element van willekeur niet worden ontzegd, het gekozen voorspelcriterium bepaalt in grote mate het voorspellingsresultaat en tenslotte is het niet zeker, welke de invloed hierop is geweest van het voorspellen in groepen en het voorspellen over een termijn van slechts een half jaar.

Wil men niettemin tot enkele samenvattende uitspraken komen over het psychiatrisch prognostisch oordeel, dan kan worden gesteld dat de waarde van dit oordeel gering lijkt te zijn en overwegend pessimistisch van aard. In de enkele gevallen dat er sprake is van een te optimistische toekomstverwachting worden prognostisch ongunstige factoren misschien niet op hun juiste waarde geschat doordat vele en belangrijke aspecten van de behandelingssituatie in deze gevallen zonder meer gunstig zijn. Aan het overwegend pessimisme liggen waarschijnlijk zowel bepaalde vooroordelen als een sterke neiging tot voorzichtigheid („playing safe”) ten grondslag. Van een vooroordeel is wellicht sprake bij het al te grote pessimisme ten aanzien van oudere patienten, aan de neiging tot voorzichtigheid wordt misschien wel extra toegegeven indien de arts-patient relatie slecht is of indien er diagnostisch veel onzekerheid bestaat. Ook bij niet herstelde patienten wordt de naaste toekomst te somber ingezien; vooroordeel en voorzichtigheid zijn hier mogelijk beide in het geding. Tenslotte kan niet anders dan gespeculeerd worden over de achtergronden van de bevinding, dat het prognostisch psychiatrisch oordeel over mannen en door mannen duidelijk te pessimistisch blijkt te zijn geweest.

Het psychiatrisch prognostisch oordeel is theoretisch en praktisch van groot belang. Maar ook is het zo weinig onderzocht, dat het zelfs aan hypothetische uitspraken over waarde, aard en achtergrond van dit oordeel tot nu toe steeds heeft ontbroken. De in dit proefschrift beschreven studie kan worden gezien als een poging tot althans enige van dergelijke uitspraken te komen. De studie was echter tevens van dien aard, dat de waarde van deze uitspraken nu nog niet kan worden aangegeven. Wel echter zullen zij kunnen leiden tot nader onderzoek van het psychiatrisch prognostisch oordeel, dat op deze hypothesen toegespitst zal zijn.

SAMENVATTING

Deze studie is gewijd aan een bepaald aspect van het handelen van de psychiater en wel aan diens prognostisch oordeel.

In *hoofdstuk 1* wordt erop gewezen, dat meer nog dan andere medisch specialisten in de laatste decenniën psychiaters geconfronteerd worden met vele en veelal contradictoire theorieën; de vraag, van welke theorieën zij op welke wijze gebruik maken, is dan ook van een steeds grotere relevantie geworden. Vervolgens wordt uiteengezet hoe deze omstandigheid er onder meer toe heeft geleid dat het psychiatrisch handelen zelve meer tot het eigenlijke object van onderzoek is geworden en dat dit soort onderzoek vooral betrekking heeft gehad op het psychiatrisch beoordelingsvermogen. Van de soorten psychiatrisch oordeel die kunnen worden onderscheiden is het voornamelijk het diagnostisch oordeel geweest, dat is onderzocht. In vergelijking hiermee heeft het prognostisch oordeel van onderzoekerszijde opvallend weinig aandacht ondervonden, terwijl dit toch om zowel praktische als theoretische redenen het bestuderen alleszins waard lijkt te zijn. Het doel van de in dit proefschrift beschreven studie is dan ook geweest, door middel van systematisch onderzoek van klinisch psychiatrische predicties enig inzicht te verwerven in de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel en in de factoren die daarop van invloed zouden kunnen zijn. De bijbehorende vraagstelling luidde: welke is de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel zoals dit blijkt uit de uitkomst van klinisch psychiatrische voorspellingen over het eerste half jaar na het ontslag en welke factoren zijn op deze waarde van invloed? De methode van onderzoek wordt in *hoofdstuk 2* besproken. De studie werd verricht in de kliniek van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam - Dijkzigt. Per patient werden er vijf predicties opgesteld door een team dat bestond uit de medewerkers die bij zijn of haar behandeling het meest betrokken waren geweest. De vijf predicties strekten zich uit over het eerste half jaar na ontslag en hadden betrekking op de algemene toestand, de richting van het beloop, een eventuele indicatie tot heropname, suïcidaliteit en de toestand over een half jaar. Door middel van een vervolgonderzoek na een half jaar werden de op deze vijf predicties betrokken gegevens verzameld, opdat zou kunnen worden nagegaan in hoeverre de voorspellingen waren uitgekomen. Met het oog op de vraag naar factoren welke hierbij mogelijk een rol zouden kunnen spelen werd er gebruik gemaakt van „theorie-variabelen”, in totaal 48 per patient.

Er werden voorspellingen opgesteld over 287 patienten, zijnde alle behandelde, niet overgeplaatste patienten die tussen augustus 1975 en januari 1977 met ontslag zijn gegaan. Bij het vervolgonderzoek werden drie categorieën van informanten betrokken: de ex-patient, de „nazorger” en indien er binnen het half jaar een heropneming op de eigen afdeling plaatsvond de dan behandelend arts. Zodoende werden er over 259 ex-patienten gegevens verkregen.

Van de resultaten van het onderzoek wordt in *hoofdstuk 3* verslag gedaan. Van het materiaal dat bij het vervolgonderzoek werd verzameld bleek een gedeelte niet betrouwbaar of bruikbaar te zijn, zodat voor de uiteindelijke bewerking gegevens betreffende 215 (ex)-patienten resteerden. In de gevallen waarin beantwoordingen zowel van „patient” als van „nazorger” waren verkregen werd in principe voor de beantwoording van de ex-patient zelf gekozen.

Ter beantwoording van de vraag in hoeverre de predicties zijn uitgekomen werd gebruik gemaakt van een bepaalde statistische maat, gewogen kappa (K_w). Op grond van de gevonden K_w -waarden kan worden gesteld dat de vijf predicties niet of nauwelijks zijn uitgekomen. Met behulp van gewogen kappa kon eveneens worden aangetoond dat bij elk der predicties het pessimisme veel groter is geweest dan het optimisme. Nadere bestudering van de groep van onjuist voorspelde patienten resulteerde in de bevinding, dat de onjuist voorspelde patienten kunnen worden ingedeeld in twee groepen, die elk op eigen wijze verschillen van de groep juist voorspelde patienten: de te optimistisch voorspelde patienten en de te pessimistisch voorspelde patienten.

De gezamenlijke kenmerken van de situatie, waarin het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand was gekomen, zijn: een vrijwillig opgenomen, 25- tot 54-jarige patient die onder de diagnose affectieve psychose, neurotische stoornis of persoonlijkheidsstoornis in goede of redelijke toestand met ontslag is gegaan. Er waren voldoende psychiatrische en sociale gegevens voorhanden, de arts-patient relatie was goed en de arts meende de patient goed te kennen.

De kenmerken, die elk op zich het meest onderscheidend zijn voor de groep der te pessimistisch voorspelde patienten ten opzichte van de groep juist voorspelde patienten, zijn: oudere leeftijd (45 jaar en ouder), mannelijk geslacht, een minder goede arts-patient relatie, niet hersteld met ontslag gegaan, een niet typische of zelfs discutabele diagnose en een behandelend arts van het mannelijk geslacht.

Op grond van de gevonden kenmerken van de groepen te optimistisch voorspelde en te pessimistisch voorspelde patienten kan worden geconcludeerd dat deze beide groepen in drie opzichten aan elkaar zijn tegengesteld: leeftijd, arts-patient relatie en de al dan niet door herstel gekenmerkte toestand bij ontslag.

In *hoofdstuk 4* worden de resultaten van het onderzoek besproken en een algemene slotconclusie geformuleerd.

Bij de bespreking der resultaten wordt allereerst gewezen op de verschillende methodische bezwaren die tegen de onderhavige studie kunnen worden gemaakt. Deze hebben met name tot gevolg, dat een statistische generalisatie buiten de onderzochte groep patiënten, groep artsen en kliniek niet mogelijk is, hetgeen betekent dat bij het toekennen van een meer algemene geldigheid aan de resultaten van dit exploratieve onderzoek de nodige terughoudendheid moet worden betracht.

Naar aanleiding van de bevinding, dat de waarde van het psychiatrisch oordeel van geringe waarde is en overwegend pessimistisch van aard, wordt een drietal opmerkingen gemaakt. De eerste opmerking bestaat uit de waarschuwing dat het niet zonder meer geoorloofd is, uitspraken te doen over „het” psychiatrisch prognostisch oordeel op grond van de uitkomsten van slechts enkele soorten van klinisch psychiatrische predicties en zeker niet indien die predicties speciaal ten behoeve van een onderzoek zijn opgesteld. De tweede opmerking betreft een tweetal meer specifieke bezwaren, gericht tegen de juist bij deze studie gevolgde methode: er is voorspeld in team-verband en er is voorspeld over de heel bepaalde, korte periode van een half jaar. Bij nadere beschouwing blijken er echter wel argumenten te kunnen worden aangevoerd om deze beide bezwaren niet al te zwaar te laten wegen. De derde opmerking is gewijd aan de vraag of de hierboven beschreven bevinding in de bestaande literatuur al dan niet bevestigd kan worden gevonden. Uitputtend literatuuronderzoek leidde niet tot direct bruikbare aanknopingspunten, zodat werd gekozen voor vergelijkingsmateriaal, ontleend aan de verwante Nederlandstalige studies van Van Bork, De Jonghe en Beenen. Voor zover van enig vergelijken sprake kan zijn lijken ook hun bevindingen te wijzen op een gering voorspellingsresultaat en op een overwegen van het pessimisme daarin.

De factoren die de waarde van het psychiatrisch prognostisch oordeel ten ongunste beïnvloeden worden in twee gedeelten besproken.

In de eerste plaats komen ter sprake de gezamenlijke kenmerken van de situatie waarin het merendeel der te optimistische voorspellingen tot stand is gekomen. Uit de totaliteit dezer kenmerken komt het beeld naar voren van een behandelingssituatie die kan worden gekarakteriseerd met de aanduiding: „ideale casus”. Het is niet ondenkbaar dat in zulke situaties bepaalde en in de psychologie zeer bekende fenomenen in het geding zijn geweest die er in het algemeen toe leiden dat mensen in het beoordelen van andere mensen „fouten” maken (bv. „commitment”, „halo”-effect etc.).

In de tweede plaats worden de zes afzonderlijke kenmerken besproken waardoor de groep van te pessimistisch voorspelde patiënten

zich onderscheidt van de groep juist voorspelde patienten. Deze bespreking vindt plaats aan de hand van de veronderstelde twee hoofdoorzaken van te pessimistisch voorspellen in het algemeen: pessimistische vooroordelen en het (door Scheff met name bij artsen beschreven) „playing-safe” mechanisme. Van een vooroordeel zou sprake kunnen zijn bij het te pessimistisch voorspellen over oudere patienten, het „playing-safe” mechanisme treedt waarschijnlijk in werking bij de onzekerheid die bestaat bij een minder goede arts-patient relatie of in het geval dat de gegeven diagnose bepaald aanvechtbaar is. Bij het te pessimistisch voorspellen over patienten die niet hersteld met ontslag zijn gegaan spelen mogelijk zowel vooroordeel als voorzichtigheid een rol. Met betrekking tot de achtergronden van de bevinding, dat er over mannen en door mannen te pessimistisch wordt voorspeld, kan niet anders dan met min of meer willekeurige speculaties worden volstaan.

Tenslotte wordt in de algemene slotconclusie nogmaals samenvattend gesteld, dat het in dit proefschrift beschreven exploratieve onderzoek kan worden gezien als een poging, te komen tot althans enige hypothetische uitspraken over waarde, aard en achtergrond van het psychiatrisch prognostisch oordeel. Welke de waarde is van deze uitspraken zal echter slechts door middel van nader onderzoek kunnen worden nagegaan.

SUMMARY

This study concerns a certain aspect of the psychiatrist's actions, viz. his prognostic judgment.

In *Chapter 1* it is stated that psychiatrists have been confronted with many, often contradictory theories these last decades; even more so than other medical specialists. The question, which of these theories they will be employing and in what way, has therefore gained more and more relevance. These circumstances led, among other things, to the fact that the psychiatric actions as such became the actual object of study. This research has been mainly concerned with psychiatric judgment. Of the various forms of psychiatric judgment it was mainly the diagnostic judgment that has been evaluated. Prognostic judgment as such has received comparatively little attention of investigators, although this subject seems to be well worthwhile being studied, on practical as well as on theoretical grounds. The aim of the investigation, described in this thesis, was to systematically evaluate clinical psychiatric predictions in order to obtain some understanding of the value of the psychiatric prognostic judgment as well as of those factors, which may possibly influence it. Consequently the question was formulated as: what is the value of the psychiatric prognostic judgment as it appears from the result of clinical psychiatric predictions about the first six months after discharge and which are the factors that influence this value?

The methods for this study are discussed in *Chapter 2*. The study was done in the Department of Clinical Psychiatry of the Rotterdam University Hospital (Dijkzigt). Five predictions per patient were made by a team of those members of the staff who had been most closely involved in the treatment of the patient.

These five predictions concerned the first six months after discharge and covered the general condition, the clinical course, possible indications for re-admission, suicidal tendencies and the condition after six months. These five predictions were compared with the correlating data obtained in a follow-up after six months so that the predictive acuity could be evaluated. As to the question, which factors might influence this system "theory-variables" were applied: a total of 48 per patient.

Predictions were made for 287 patients, these being the total number of patients who were not transferred and who were discharged between August 1975 and January 1977. Three categories of inform-

ants — the ex-patient, “the person charged with the after-care” and the physician, if a re-admission in our own department had taken place within six months after discharge — were involved in the follow-up. In this way, data about 259 ex-patients were obtained.

The results of the investigation are reported in *Chapter 3*. In a number of cases the material collected in the follow-up proved to be unreliable or unfit. For the final processing the data concerning 215 (ex)patients could be employed. In those cases in which information had been obtained both from the patient as well as from the person charged with the aftercare, preference was given to the patient’s own answers. In order to assess how accurate the predictions had turned out to be, a special statistical measure, weighed kappa (K_w) was employed. Based on the found values for K_w it may be said that the five predictions had little or no correctness. With the aid of weighed kappa it could also be shown that pessimism greatly outweighed optimism in each of the predictions. Further study of the group of incorrectly predicted patients resulted in the conclusion that these incorrectly predicted patients can be divided into two categories, each one differing from the group of correctly predicted patients in its own manner: those patients who had been predicted too optimistically and those who were judged too pessimistically.

The common characteristics of the situation in which the majority of the too optimistic predictions were made are: a patient aged 25 to 54 years, who had been admitted voluntarily and who was discharged in a reasonable to good condition under the diagnosis affective psychosis, neurosis or personality disorder. There had been sufficient psychiatric and social information, the patient-doctor relation had been good and the doctor thought he knew the patient well.

The characteristics each most distinguishing for the group of patients who had been predicted too pessimistically are: elder (45 years and up), male, a less satisfactory patient-doctor-relation, discharged without being fully cured, a non-typical or even questionable diagnosis and a male attending physician.

When these characteristic findings for both groups of patients are compared, they turn out to be opposite in three properties: age, patient-doctor-relation and the condition — cured or not cured — at the time of discharge.

The results of the study are discussed in *Chapter 4* and a final conclusion is drawn. The discussion starts with pointing out the various methodological objections that can be raised against this study. A consequence of these objections is that it is impossible to make statistical generalizations outside the studied group of patients, the group of physicians and the clinic. This means that a more general

validity may not be attached to the results of this exploratory investigation than with the necessary reservations.

Three observations are made with respect to the finding that the value of psychiatric judgment is of little value and is of a mainly pessimistic nature. The first one is a warning against making statements about "the" psychiatric prognostic judgment based on the results of only some forms of clinical psychiatric prediction, especially, when these predictions were made for the purpose of research.

The second observation concerns two more specific objections against the methodology of this study: predictions were made in teams and the predictions covered a very specific, rather short period of 6 months. On closer examination there seem to be some arguments, however, not to let these objections weigh too heavily. The third observation is concerned with the question, whether the findings discussed so far, can or cannot be confirmed from literature. Extensive literature research did not result in directly suitable resemblances, so that comparisons were chosen with related Dutch investigations by Van Bork, De Jonghe and Beenen. In so far as any comparisons could be made, also their studies seem to arrive at little acuity, as well as a predominance of pessimism.

The factors which have a negative influence on the value of psychiatric prognostic judgment are discussed in two parts. First the common characteristics define the picture of a treatment situation which may timistic predictions are made are discussed. The totality of these characteristics define the picture of a treatment situation which may be characterized as "the ideal case". It is not at all unthinkable that certain phenomena known from psychology play a part in such situations; these phenomena generally cause people who have to judge others to make "mistakes" (such as commitment, halo-effect etc.).

Secondly the six separate characteristics are discussed, in which the group of too pessimistically predicted patients is distinctly different from the group of correctly predicted patients. The supposedly two main causes of too pessimistic predictions in general: pessimistic prejudices and the "playing-safe-mechanism" as Scheff described in particular for physicians, are the basis for this discussion. Prejudices could play a role when too pessimistic predictions are made for elder patients whereas the "playing-safe-mechanism" probably enters the picture when lack of confidence is caused by a less satisfactory patient-doctor-relation or when a given diagnosis is questionable. When making too pessimistic predictions for patients who are discharged without being fully cured, both prejudice as well as precaution probably play a role. As to the background of the finding that predictions made by men and about men are too pessimistic, no more than arbitrary speculations can be made.

Finally the general conclusion summarizes that the exploratory

investigation described in this dissertation can be seen as an attempt to arrive at some form of hypothetical stand as to the value, form and backgrounds of the psychiatric prognostic judgment. The validity of this stand can only be determined by means of more extensive investigations.

LITERATUUR

- BEENEN, F. Hoe langer hoe gekker . . .? Voorspellen en begrijpen van de opnameduur van psychiatrische patienten. (Dissertatie, Groningen, 1974).
- BORK, J. J. van. Prognose en baat; over het wel en wee na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. (Dissertatie, Amsterdam, 1964).
- COHEN, J. Weighted kappa: nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. In: *Psychological Bulletin*, **70** (1968), 213–220.
- COX, D. R. The analysis of binary data. (London, Chapman & Hall, 1977).
- FEINSTEIN, A. R. Clinical judgment. (Baltimore, Williams & Wilkins, 1967).
- FESTINGER, L. A theory of cognitive dissonance. (Evanston, Ill., Row Peterson, 1957).
- HILDEBRAND, D. K., J. D. Laing and H. Rosenthal. Prediction analysis of cross classifications. (New York, Wiley, 1977).
- INTERNATIONAL, The, pilot study of schizophrenia, vol 1 – Results of the initial evaluation phase. (Geneva, World Health Organization, 1973).
- JANIS, I. L., G. F. Mahl, J. Kagan, e.a. Personality: dynamics, development and assessment. (New York, Harcourt, Brace & World, Inc., 1969).
- JANIS, I. L. and L. Mann. Decision making; a psychological analysis of conflict, choice and commitment. (New York, Free Press, 1977).
- JASPERS, K. *Allgemeine Psychopathologie*. 9e Aufl. (Berlin, Springer, 1973).
- JONGHE, F. de. Terug van weggeweest; een onderzoek naar de (on)mogelijkheid om zich na een psychiatrische opname in de maatschappij te handhaven. (Dissertatie, Amsterdam, 1974).
- KENDELL, R. E. The role of diagnosis in psychiatry. (Oxford, Blackwell Sci. Publ., 1975).
- KUIPER, P. C. Controversen. I – Psychiatrische aporieën en dialectisch denken. (Arnhem, v. Loghum Slaterus, 1965).

- ROSENBAUM, C. P., and J. E. Beebe. *Psychiatric treatment: crisis, clinic, consultation*. (New York, McGraw Hill, 1975).
- ROSENHAN, D. L. On being sane in insane places. In: *Science*, **179**, (1973), 250–258.
- SCHEFF, Th. J. Decision rules, types of error and their consequences in medical diagnosis. In: *Making, The, of a mental patient*. Ed.: R. H. Price, e.a. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1973.
- SCHIZOPHRENIA; an international follow-up study of the World Health Organization. Geneva, Chichester, Wiley, 1979.
- SIEGLER, M. and H. Osmond. *Models of madness, models of medicine*. (New York, Harper Colophon Books, 1976).
- TEMERLIN, M. K. Suggestion effects in psychiatric diagnosis. In: *Journal of nervous and mental disease*, **147**, (1968), 349–353.
- TRIMBOS, K. *Antipsychiatrie, een overzicht*. (Deventer, van Loghum Slaterus, 1976).

NASCHRIFT

Mijn dank gaat uit naar allen die hebben meegewerkt aan het tot stand komen van dit proefschrift. Dit zijn er zoveel, dat op deze plaats met de vermelding van slechts enkele namen moet worden volstaan.

Prof. Dr. G. A. Ladee heeft als afdelingshoofd en promotor mij steeds gesteund bij mijn plannen en bij de uitvoering daarvan. Wanneer ik mijn zelfvertrouwen verloor bleef hij vertrouwen hebben in de goede afloop. Tevens stelde hij mij in de gelegenheid, geruime tijd van de dagelijkse klinische werkzaamheden vrijgesteld te zijn voor de bewerking van het onderzoeksmateriaal en het schrijven van dit proefschrift.

Prof. Dr. J. H. Thiel en *Prof. Dr. F. Verhage* hebben vanaf de conceptie tot en met de geboorte deze dissertatie begeleid. Met nuchterheid, ervaring en grote persoonlijke inzet stonden zij mij met raad en daad terzijde. Hun medewerker, *Drs. H. J. Duivenvoorden*, voorzag mij eveneens van vele methodologische adviezen.

B. A. van Duivenbooden-von Barga, *E. J. Kappers* en *L. Pepplinkhuizen* zijn de collegae Stafleden die met een hartverwarmende vanzelsprekendheid mijn aandeel in de dagelijkse klinische werkzaamheden gedurende geruime tijd van mij hebben overgenomen.

Tiny Zaanen was niet alleen de secretaresse die foutloos en met grote snelheid vanaf de eerste concept-opzet tot en met het manuscript alle type-werk verrichtte, maar ook degene die de uitvoering van het gehele vervolgonderzoek heeft geleid, die voor de 54.054 coderingen zorg droeg en die tenslotte bij dat alles ook nog actief meedacht en ongevraagd correcties aanbracht waar dat nodig was.

Blanca Smits voorzag mij vanuit de afdelingsbibliotheek jaar in jaar uit van alle literatuur met betrekking tot de steekwoorden „follow-up”, „judgment”, „hospitalization” en „prediction”. Haar inzet en enthousiasme zal ik niet licht vergeten.

De psychologen *Dr. M. C. Janssen*, *Drs. H. R. van Tuyl* en *Drs. A. M. Uleman* hebben gedurende ruim een jaar wekelijks een ochtend besteed aan het voorzitten van de bijeenkomsten der predictie-teams.

Ook namen zij deel aan het voorspellen zelf, evenals de toenmalige *artsen, maatschappelijk werkers* en leden van de *verpleegkundige staf*. De plezierige medewerking die zij allen zonder uitzondering aan het onderzoek hebben verleend doet mij soms met enig heimwee terugdenken aan de periode der predictie-bijeenkomsten.

J. A. W. M. Weijzen, E. J. Kappers, Truus Plandsoen en Edith Sijmons bezochten bij het vervolgonderzoek resp. de ex-patienten en hun „nazorgers”. *Drs. A. E. van Beek-Aernoudse*, destijds verbonden aan het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Schiedam, verzorgde geheel belangeloos de training en coaching van de beide onderzoek-assistentes. Het zijn deze vijf mensen, die tezamen met Tiny Zaanen voor de stipte uitvoering van het vervolgonderzoek zorg hebben gedragen.

Dat dit onderzoek zoveel en zoveel zeggende gegevens heeft opgeleverd is echter evenzeer te danken aan alle *ex-patienten* en *nazorg-instanties* die op zo'n genereuze wijze hun medewerking hebben verleend.

Bij de statistische bewerking der gegevens werd ik op betrouwbare en significante wijze terzijde gestaan door *Drs. A. Volovicz*, destijds verbonden aan de afdeling „Biostatistica” van de Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

CURRICULUM VITAE

De schrijver van dit proefschrift werd op 7 juli 1942 geboren te Soerabaja in het voormalig Nederlands-Indië.

Vanaf begin 1946 woont hij in Nederland. In 1960 slaagde hij aan het Stedelijk Gymnasium in Haarlem voor het eindexamen Gymnasium- β . Hij studeerde vervolgens Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit van Groningen. Na het behalen van het doctoraal-examen in 1965, werd deze studie voortgezet in het kader van de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs te Rotterdam, alwaar hij in 1968 tot arts werd bevorderd.

In datzelfde jaar begon in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam - „Dijkzigt” zijn opleiding tot psychiater (Prof. Dr. G. A. Ladee, voor de stage neurologie Prof. Dr. A. Staal en wijlen Prof. Dr. J. W. G. ter Braak en voor de stage kinderpsychiatrie Prof. Dr. D. J. de Levita). Deze opleiding werd in 1972 voltooid.

Vanaf juli 1972 is hij werkzaam als chef de clinique van de afdeling Psychiatrie van het Dijkzigt-ziekenhuis.

Op deze afdeling werd ook het proefschrift-onderzoek verricht en bewerkt, waarbij aan de tot standkoming mede hebben bijgedragen de afdelingen „Biostatistica” en „Medische Psychologie en Psychotherapie” van de Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

BIJLAGEN

I	Variabelenlijst met frequentieverdeling.	73
IA	Codelijst „Sociale Status: Beroepsklassen”.	133
IB	Commentaar patiënten.	136
IC	Commentaar nazorgers.	139
II	Tekst onderzoeksbladen.	141
III	Brieven aan patiënt en nazorger.	167
IV	Bespreking externe factoren.	172
V	Tabellen onderzoeksresultaten.	175

BIJLAGE I

VARIABELENLIJST MET FREQUENTIEVERDELINGEN

Deze bijlage bevat de bij het onderzoek gebruikte variabelenlijst tezamen met de verkregen frequentieverdelingen.

Bij elke variabele worden genoemd:

- nummer
- naam
- toelichting
- bron
- categorieën met frequentieverdeling.

Achter „bron” staat aangegeven, door welke medewerk(st)er(s) het betreffende gegeven moest worden verstrekt. Alle gegevens werden genoteerd op onderzoeksbladen; deze zijn in bijlage II ondergebracht.

Hieronder wordt telkens achter de medewerk(st)er tussen haakjes het nummer van het betreffende onderzoeksblad vermeld.

De onderzoeksbladen I t/m VI hadden betrekking op deel I, VIII t/m XIII op deel II van de variabelenlijst.

De frequentieverdelingen zijn in tabelvorm weergegeven. Deze tabellen zijn genummerd overeenkomstig de bijbehorende variabelen.

Opdat elke tabel op zichzelf kan worden gelezen, is de naamgeving veelal uitvoeriger dan die der bijbehorende variabele.

Door afronding kan de som der opgegeven percentages ongelijk zijn aan het als „100,0” vermelde totaal.

DEEL I

Variabelen betreffende de periode tot en met het ontslag.

1. Onderzoeksnummer

Toelichting: volgorde wordt bepaald door volgorde predicties. Genummerd werd vanaf 1e predictie van 29.8.1975. Er werd de eerste maand „proefgedraaid”, dus de eerste (12) nummers zijn voor het eigenlijke onderzoek niet gebruikt.

Bron: onderzoeker (blad I).

2. Leeftijd

Toelichting: leeftijd op predictiedatum.

Bron: geboortedatum door secretaresse (blad I), predictiedatum door onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 2	LEEFTIJD	
	absoluut	%
0 - 14 jaar	1	0,3
15 - 19 jaar	21	7,3
20 - 24 jaar	39	13,6
25 - 34 jaar	88	30,7
35 - 44 jaar	51	17,8
45 - 54 jaar	39	13,6
55 - 59 jaar	15	5,2
60 - 64 jaar	12	4,2
65 - 69 jaar	11	3,8
70 - 74 jaar	7	2,4
75 jaar en ouder	3	1,0
Totaal	287	100,0

3. Geslacht

Toelichting: bij transsexisten geslacht als vermeld in geboorteregister.

Bron: secretaresse (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 3	GESLACHT	
	absoluut	%
Man	144	50,2
Vrouw	143	49,8
Totaal	287	100,0

4. Partner-situatie

Toelichting gebaseerd op toestand predictiedatum.

Ongehuwd betekent ook: weduwschap, gescheiden van echt, gescheiden van tafel en bed.

Vaste partner: delen van tafel en bed, tenminste daterend van een half jaar voor opname en nog bestaand op de predictiedatum.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 4

PARTNER-SITUATIE

	absoluut	%
Gehuwd	144	50,2
Ongehuwd met vaste partner	25	8,7
Ongehuwd zonder vaste partner	118	41,1
Totaal	287	100,0

5. Minnaar/Minnares

Toelichting: vraag aan arts: Heeft patiënt een minnares (minnaar)?

Dat wil zeggen patiënt kan gehuwd zijn en zichzelf moeten verdelen over echtgenote (echtgenoot) en minnares (minnaar) of patiënt is ongehuwd (zoals bij variabele 4 omschreven) en moet de partner delen met dier (diens) echtgenoot (echtgenote).

Ook hier moet de relatie dateren van tenminste een half jaar voor opname en nog bestaan op de predictiedatum.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 5

MINNAAR/MINNARES

	absoluut	%
Minnaar/minnares	15	5,2
Geen minnaar/minnares	272	94,8
Totaal	287	100,0

6. Beroep

Toelichting: het gaat om het laatst uitgeoefende beroep voor de opname.

Scholieren: beroep vader.

Gehuwde (of gehuwd geweest zijnde) vrouwen: beroep (ex-)echtgenoot.

Bron: arts (blad II) noteert beroep, secretaresse (blad VI) codeert met behulp van de (enigszins gewijzigde) codelijst „Sociale Status: Beroepsklassen” van de Geneeskundige Inspectie van de Geestelijke Volksgezondheid (bijlage IA).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 6

BEROEP

	absoluut	%
Wetenschappelijke, middelbare of lagere vakspecialisten (1) ¹	46	16,0
Beleidvoerende en hogere leidinggevende functies (2) ¹	2	0,7
Administratieve functies (7) ¹	52	18,1
Commerciële functies (8) ¹	38	13,2
Dienstverlenende functies (9) ¹	32	11,1
Agrarische beroepen (10) ¹	4	1,4
Ambacht-, industrie- of transportberoepen (11) ¹	93	32,4
Onbekend ²	20	7,0
Totaal	287	100,0

¹ De nummers verwijzen naar de groepen, zoals vermeld in de Codelijst „Sociale Status: Beroepsklassen” (bijlage IA).

² Inclusief de groepen 3 tot en met 6, zoals vermeld in de Codelijst „Sociale Status: Beroepsklassen”.

7. Opleiding

Toelichting: het laatst genoten **voltooide** onderwijs dient te worden opgegeven.

Bron: arts (blad II) noteert, secretaresse (blad VI) codeert met behulp van de richtlijnen zoals vermeld in de handleiding „Patiënten-Registratie Psychiatrische Instellingen” van de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 7	OPLEIDING	
	absoluut	%
Geen opleiding	5	1,7
BLO	1	0,3
GLO	119	41,5
LBO	54	18,8
MVO	45	15,7
MBO	23	8,0
HVO	17	5,9
VWO	6	2,1
HBO	5	1,7
WO	9	3,1
Onbekend	3	1,0
Totaal	287	100,0

TABEL 7.1	OPLEIDINGSNIVEAU	
	absoluut	%
Basis- en lager niveau ¹	125	43,6
Uitgebreid lager niveau ²	99	34,5
Middelbaar niveau ³	46	16,0
Semi-hoger en hoger niveau ⁴	14	4,9
Onbekend	3	1,0
Totaal	287	100,0

¹ Geen opleiding, BLO en GLO.

² LBO en MVO.

³ MBO, HVO en VWO.

⁴ HBO en WO.

8. Werksituatie

Toelichting: betreft werksituatie gedurende de laatste maand voor opname.

Huisvrouw: wel functionerend = werkend; niet of nauwelijks functionerend = niet werkend.

Onder „niet werkend” wordt o.a. verstaan: WW, Ziektewet, WAO, „Bijstand”.

Studerend: dagopleiding, dus ook scholier.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 8	WERKSITUATIE	
	absoluut	%
Werkend	142	49,5
Niet werkend	121	42,2
Pensioen	15	5,2
Studerend	9	3,1
Totaal	287	100,0

9. Opleiding vader

Toelichting: zie variabele 7. Dus ook hier het laatst **voltooide** onderwijs.

Bron: arts (blad II) noteert, secretaresse (blad IV) codeert met behulp van de bij variabele 7 genoemde richtlijnen.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 9	OPLEIDING VADER	
	absoluut	%
Geen	7	2,4
BLO	0	0,0
GLO	148	51,6
LBO	32	11,1
MVO	9	3,1
MBO	9	3,1
HVO	7	2,4
VWO	0	0,0
HBO	9	3,1
WO	4	1,4
Onbekend	62	21,6
Totaal	287	100,0

TABEL 9.1	OPLEIDINGSNIVEAU VADER	
	absoluut	%
Basis- en lager niveau ¹	155	54,0
Uitgebreid lager niveau ²	41	14,3
Middelbaar niveau ³	16	5,6
Semi-hoger en hoger niveau ⁴	13	4,5
Onbekend	62	21,6
Totaal	287	100,0

¹ Geen opleiding, BLO en GLO.

² LBO en MVO.

³ MBO, HVO en VWO.

⁴ HBO en WO.

10. Verticale sociale mobiliteit

Toelichting: sociale mobiliteit = opleiding patiënt (resp. van vader van scholier, van (ex)echtgenoot) — opleiding vader (d.w.z. variabele 7 - variabele 9).

Bij scholieren wordt opleiding vader gebruikt in plaats van variabele 7. Bij hen is dus nooit sprake van sociale mobiliteit. Bij gehuwd (geweest) zijnde vrouwen wordt de opleiding van de echtgenoot gebruikt in plaats van variabele 7.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 10	VERTICALE SOCIALE MOBILITEIT	
	absoluut	%
Geen mobiliteit ¹	189	65,9
Stijging	27	9,4
Daling	8	2,8
Onbekend	63	22,0
Totaal	287	100,0

¹ Mobiliteit = verschil tussen opleiding patiënt en opleiding vader van twee of meer van de onderstaande niveaus.

niveau 1 = geen, BLO, LO

niveau 2 = MVO, LBO

niveau 3 = MBO

niveau 4 = HVO, VWO

niveau 5 = HBO

niveau 6 = WO

11. Buitenlands cultuurpatroon

Toelichting: het gaat hier om de vraag, in welk cultuurpatroon patiënt is opgevoed, Nederlands of Buitenlands.

Buitenlands: buiten de Nederlandse grenzen (bijv. in Suriname, de Antillen, België, Spanje) in niet-Nederlands gezin (ambassadeursgezin is bijv. wel een Nederlands gezin).

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 11	CULTUURPATROON VAN HET OUDERLIJK MILIEU	
	absoluut	%
Nederlands cultuurpatroon	253	88,2
Buitenlands cultuurpatroon	34	11,8
Totaal	287	100,0

12. Psychiatrie 1e en 2e graads verwanten

Toelichting: ooit psychiatrische opname van ouder(s), kind(eren), broer(s), zuster(s)?

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 12	PSYCHIATRISCHE OPNAMEN VAN 1E EN 2E GRAADS VERWANTEN	
	absoluut	%
Psychiatrische opnamen van 1e en/of 2e graads verwanten	52	18,1
Geen psychiatrische opnamen van 1e en/of 2e graads verwanten	229	79,8
Onbekend	6	2,1
Totaal	287	100,0

13. Psychiatrie familie

Toelichting: ooit psychiatrische opname van familielid(leden), niet 1e of 2e graads?

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 13 PSYCHIATRISCHE OPNAME(N) VAN 3E EN MEERDERE GRAADS VERWANTEN

	absoluut	%
Psychiatrische opname(n) 3e en meerdere graads verwanten	39	13,6
Geen psychiatrische opname(n) 3e en meerdere graads verwanten	238	82,9
Onbekend	10	3,5
Totaal	287	100,0

14. Psychiatrie patiënt

Toelichting: is patiënt ooit, waar dan ook, psychiatrisch opgenomen geweest?

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 14 EERDERE PSYCHIATRISCHE OPNAME(N) PATIËNT

	absoluut	%
Eerdere psychiatrische opname(n)	107	37,3
Geen eerdere psychiatrische opname(n)	179	62,4
Onbekend	1	0,3
Totaal	287	100,0

15. Tijdsduur symptomatologie

Toelichting: het gaat om vermoedelijke tijdsduur tussen opneming en debuut der symptomen, die tot deze opneming aanleiding gaven. Dus niet: hoe lang is patiënt al lijdende aan deze ziekte, maar hoe lang was die symptomatologie aanwezig, die uiteindelijk tot opneming heeft geleid?

Bron: voorzitter predictieteam (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 15 TIJDSDUUR VAN DE TOT DE OPNAME LEIDENDE SYMPTOMATOLOGIE

	absoluut	%
<1 week	71	24,7
1 - <6 weken	65	22,6
6 weken en langer	151	52,6
Totaal	287	100,0

16. Vrijwilligheid opneming

Toelichting: „onvrijwillig” = IBS, of indien patiënt het uitdrukkelijk niet met de opneming eens was. In alle andere gevallen wordt „vrijwillig” ingevuld.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 16 VRIJWILLIGHEID TEN AANZIEN VAN DE OPNEMING

	absoluut	%
Vrijwillig	266	92,7
Onvrijwillig	21	7,3
Totaal	287	100,0

17. Aantal artsen

Toelichting: het gaat om het aantal artsen-assistent, waardoor patiënt gedurende de onderhavige opname achtereenvolgens behandeld is. Vervangingen van een week of korter tellen daarbij niet mee.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 17 AANTAL ACHTEREENVOLGENS BEHANDELENDE ARTSEN TIJDENS DE OPNAME

	absoluut	%
Eén	228	79,4
Twee	49	17,1
Meer dan twee	10	3,5
Totaal	287	100,0

18. Ervaring arts

Toelichting: deze ervaring wordt uitgedrukt in de tijd, die de nu behandelend arts op onze afdeling werkzaam is op de predictiedatum.

Bron: onderzoeker (blad I) geeft de predictiedatum, secretaresse heeft lijstje, waarop datum van in dienst treden van betreffende arts, en codeert (blad VI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 18 TIJDSDUUR VAN DE KLINISCH-PSYCHIATRISCHE ERVARING VAN DE BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
<1 maand	15	5,2
1 - <3 maanden	68	23,7
3 - <6 maanden	74	25,8
6 maanden en langer	130	45,3
Totaal	287	100,0

19. Arts-patiënt relatie

Toelichting: vraag aan arts: Hoe kon U het, als behandelend arts, met patiënt vinden? Beter dan gebruikelijk / zoals gebruikelijk / minder goed dan gebruikelijk.

Met „zoals gebruikelijk” wordt bedoeld: „zoals ik het in den regel met een patiënt vinden kan”.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 19

DE KWALITEIT VAN DE ARTS-PATIËNT RELATIE.
OORDEEL VAN DE BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
Beter dan gebruikelijk	17	5,9
Zoals gebruikelijk	226	78,7
Minder goed dan gebruikelijk	44	15,3
Totaal	287	100,0

20. Psychiatrische anamnese

Toelichting: het gaat om het voor de beoordeling van patiënt verkregen aantal betrouwbare, (hetero-)anamnestische gegevens, incl. mondeling en schriftelijk verkregen medische gegevens. Met name is de vraag, of dit aantal voldoende of onvoldoende moet worden geacht voor een normale beoordeling.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 20 OMVANG VAN DE KLINISCH-PSYCHIATRISCHE ANAMNESE.
OORDEEL VAN DE BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
Voldoende	238	82,9
Onvoldoende	49	17,1
Totaal	287	100,0

21. Psychologisch onderzoek

Toelichting: is er een psychologisch onderzoek verricht?

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 21 PSYCHOLOGISCH ONDERZOEK

	absoluut	%
Psychologisch onderzoek verricht	134	46,7
Psychologisch onderzoek niet verricht	153	53,3
Totaal	287	100,0

22. Sociale anamnese

Toelichting: het gaat om het voor de beoordeling van patiënts sociale situatie verkregen aantal betrouwbare, (hetero-)anamnestische gegevens; met name, of dit aantal voldoende of onvoldoende moet worden geacht voor een normale beoordeling.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 22 DE OMVANG VAN DE SOCIAAL-PSYCHIATRISCHE
ANAMNESE. OORDEEL VAN DE BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
Voldoende	245	85,4
Onvoldoende	42	14,6
Totaal	287	100,0

23. Milieu-onderzoek

Toelichting: is er door één der maatschappelijk werkers een milieu-onderzoek verricht?

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 23	MILIEU-ONDERZOEK	
	absoluut	%
Milieu-onderzoek verricht	134	46,7
Milieu-onderzoek niet verricht	153	53,3
Totaal	287	100,0

24. Rapport

Toelichting: elke vermelding in een „rapportschrift” van de verpleging telt voor één punt. Wordt er op het ochtendrapport (al of niet naar aanleiding van bovengenoemde vermelding) over een patiënt overlegd, dan telt dit ook voor één punt. Het totaal aantal punten vanaf opname tot en met predictiedatum wordt door de onderzoeker genoteerd.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 24	AANTAL MALEN DAT OP HET OCHTENDRAPPORT OVER PATIËNT GESPROKEN IS	
	absoluut	%
0, 1	32	11,1
2 - 7	78	27,2
8 - 30	116	40,4
Meer dan 30	57	19,9
Onbekend	4	1,4
Totaal	287	100,0

25. Onderwijs

Toelichting: is patiënt ooit bij het onderwijs ingeschakeld geweest (bijv. college, demonstratie „senior-co-assistenten”, onderwijs „junior-co-assistenten”, video-opname)?

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 25	HET INGESCHAKELD ZIJN GEWEEST BIJ HET ONDERWIJS AAN DE MEDISCHE STUDENTEN	
	absoluut	%
Ingeschakeld geweest bij het medisch onderwijs	122	42,5
Niet ingeschakeld geweest bij het medisch onderwijs	164	57,1
Onbekend	1	0,3
Totaal	287	100,0

26. Herstel

Toelichting: het gaat om aanzienlijke verbetering, resp. herstel ten aanzien van de hele toestand, dus niet alleen maar ten aanzien van de reden tot opname (bijv. een intoxicatie).

Na het ontslag wordt dit op het rapport genoteerd in het „opname- en ontslagschrift”.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 26 AANZIENLIJKE VERBETERING OF HERSTEL BIJ ONTSLAG. OORDEEL VAN HET BEHANDELEND TEAM

	absoluut	%
Aanzienlijk verbeterd of hersteld	118	41,4
Niet aanzienlijk verbeterd of hersteld	169	58,9
Totaal	287	100,0

27. Laatste weken

Toelichting: het gaat om de laatste weken vóór de predictiedatum. Is er tijdens de laatste twee weken nog een duidelijke verandering in patiënt's toestand opgetreden? Met „verandering” wordt hier zowel verbeteren als verslechteren bedoeld.

Indien patiënt korter dan twee weken opgenomen is, wordt de betreffende tijd voor de opname in de beoordeling betrokken.

Bron: arts (blad II).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 27 AANZIENLIJKE TOESTANDSVERANDERING IN DE LAATSTE TWEE WEKEN VOOR DE PREDICTIEDATUM. OORDEEL VAN DE BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
Duidelijke verandering	94	32,8
Geen duidelijke verandering	189	65,9
Onbekend	4	1,4
Totaal	287	100,0

28. Ontslag 5-Zuid

Toelichting: zal patiënt, voor zover bekend is op de predictiedatum, vanuit 5-Zuid worden ontslagen?

Indien patiënt reeds met ontslag is: vond dit plaats vanuit 5-Zuid?

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 28 ONTSLAGEN VANUIT DE OPEN UNIT

	absoluut	%
Ontslag vanuit open unit	141	49,1
Ontslag niet vanuit open unit	146	50,9
Totaal	287	100,0

29. Instemming ontslag

Toelichting: vindt of vond het ontslag plaats in overleg, met beider instemming? Is het moment van ontslag door arts en patiënt bedoeld? Antwoord neen bij bijv.: tegen advies, weggelopen, patiënt had willen blijven maar arts zag daar zin niet van in, enz.

Bron: voorzitter predictieteam (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 29 OVEREENSTEMMING OVER HET ONTSLAG TUSSEN PATIËNT EN BEHANDELEND ARTS

	absoluut	%
Overeenstemming over het ontslag	215	74,9
Geen overeenstemming over het ontslag	72	25,1
Totaal	287	100,0

30. Opnameduur

Toelichting: deze wordt tot hele dagen (naar boven) afgerond.

Bron: onderzoeker (blad I) geeft ontslagdatum, secretaresse (blad I) vermeldt opnameduur.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 30 OPNAMEDUUR

	absoluut	%
<1 dag	4	1,4
1 dag - <1 week	41	14,3
1 week - <3 maanden	158	55,1
3 - <12 maanden	79	27,5
12 maanden en langer	5	1,7
Totaal	287	100,0

31. Ontslagdiagnose

Toelichting: vraag aan predictieteam: Indien er een diagnose wordt gegeven, waarvan de elementen (ICD-nummers) over verschillende van de 10 diagnosegroepen zijn verspreid, welke diagnosegroep is dan voor de predictie van het meeste belang? De onderzoeker ziet er op toe, dat de latere ontslagdiagnose overeenkomt met de diagnose van het predictieteam.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 31 ONTSLAGDIAGNOSE¹

	absoluut	%
Dementieën op latere leeftijd (290, 293.0, 293.1)	7	2,4
Andere organische toestanden (292, 293, 294, 309)	33	11,5
Schizofrenie (295)	28	9,8
Affectieve psychosen (296)	43	15,0
Andere psychotische toestanden (297, 298, 299)	22	7,7

Neurotische stoornissen (300, 305, 306, 307, 308)	54	18,8
Persoonlijkheidsstoornissen (301, 302)	73	25,4
Verslavingsziekten (291, 294,3, 303, 304)	18	6,3
Oligofrenie (310 t/m 315)	3	1,0
Observatie (793)	6	2,1
Totaal	287	100,0

¹ De tussen haakjes vermelde nummers zijn ontleend aan de I(internationaal) C lassification of) D(iseases)-8, section V.

32. Diagnose-scherpte

Toelichting: vraag aan predictie-team: Voor de diagnose waren beeld en/of problematiek typisch / niet typisch / aanvechtbaar, discutabel. Het gaat om de vraag, in hoeverre hier sprake is van „een klassiek geval“, „een geheide...“ of in hoeverre van juist het tegenovergestelde („daar lijkt het nog het meest op“, „we hadden met even veel recht... kunnen zeggen“) sprake is. Indien van geen van beide uiterste sprake is, dan wordt „niet typisch“ ingevuld.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 32 DIAGNOSE-SPECIFICITEIT, OORDEEL VAN HET PREDICTIE-TEAM

	absoluut	%
Voor de diagnose typisch beeld en/of problematiek	221	77,4
Voor de diagnose niet-typisch beeld en/of problematiek	48	16,7
Voor de diagnose aanvechtbaar, discutabel beeld en/of problematiek	17	5,9
Onbekend	1	0,3
Totaal	287	100,0

33. Diagnose-omslag

Toelichting: vraag aan predictie-team: Wijkt de ontslagdiagnose in aanzienlijke mate af van de diagnostische impressie na \pm de eerste week, resp. de allereerste fase van de opname?

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 33 AANZIENLIJKE WIJZIGING VAN DE AANVANKELIJKE DIAGNOSE

	absoluut	%
Aanzienlijke wijziging van de aanvankelijke diagnose	40	13,9
Geen aanzienlijke wijziging van de aanvankelijke diagnose	244	85,0
Onbekend	3	1,0
Totaal	287	100,0

34. Stereotype beloop

Toelichting: vraag aan predictie-team: Is uit patiënt's voorgeschiedenis een stereotyp episodisch beloop van zijn/haar psychiatrische aandoening bekend, telkens terugkerende toestanden of een bepaald herhalingspatroon?

Let wel: zo'n stereotyp patroon kan zelfs bekend zijn terwijl men eigenlijk niet begrijpt wat er aan de hand is en dus ook niet tot een goede diagnose kan komen.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 34 STEREOTYP HERHALINGSPATROON DER PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK

	absoluut	%
Herhalingspatroon bekend	64	22,3
Herhalingspatroon niet bekend	223	77,7
Totaal	287	100,0

35. Mate kennen

Toelichting: vraag aan arts: Nu, vlak voor het ontslag van patiënt, heeft U het gevoel, hem of haar (inclusief zijn of haar levenssituatie) te kennen. In welke mate is dat het geval?

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 35 HET KENNEN VAN DE PATIËNT. MATE WAARIN DE BEHANDELEND ARTS ZICH HIERIN ZEKER VOELT

	absoluut	%
In meer dan gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	42	14,6
In gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	154	53,7
In minder dan gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	91	31,7
Totaal	287	100,0

36. Toestand ontslag

Toelichting: het gaat om de vermoedelijke toestand bij ontslag, immers de vraag wordt beantwoord op de teambijeenkomst en deze vindt plaats enkele (maximaal 6) dagen vóór ontslag. De voorzitter krijgt ter beantwoording dezelfde twee driepuntsschalen als bij de predicties 1 (variabele 50) en 5 (variabele 55), dat wil zeggen:

schaal I
(overwegend goed)

A _____ B _____ C _____
/ _____ / _____ /

A = beter is niet denkbaar, erg goed
B = goed
C = redelijk

schaal II
(overwegend slecht)

A _____ B _____ C _____
/ _____ / _____ /

A = matig, niet zo tevreden
B = slecht
C = heel slecht

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 36 (VERMOEDELIJKE) TOESTAND BIJ ONTSLAG

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	8	2,8
Goed	73	25,4
Redelijk	111	38,7
Matig, niet zo tevreden	49	17,1
Slecht	44	15,3
Heel slecht	2	0,7
Totaal	287	100,0

TABEL 36.1 (VERMOEDELIJKE) TOESTAND BIJ ONTSLAG. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	192	66,9
Overwegend slecht	95	33,1
Totaal	287	100,0

37. Lichamelijk lijden

Toelichting: vraag aan predictie-team: Is er, voor zover U bekend, sprake van een lichamelijk lijden, waarvan de prognose (mede) Uw predictie bepaalt?

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 37 VOOR DE PREDICTIE RELEVANT LICHAAMELIJK LIJDEN

	absoluut	%
Relevant lichamelijk lijden bekend	83	28,9
Relevant lichamelijk lijden niet bekend	204	71,1
Totaal	287	100,0

38. Onderhoudsmedicatie

Toelichting: vraag aan predictie-team: Is het de bedoeling, dat patiënt na het ontslag een onderhoudsdosering psychofarmaca blijft gebruiken?

Let wel: „het is de bedoeling” betekent, dat het ook werkelijk geïndiceerd geacht wordt.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 38 INDICATIE TOT VOORTZETTING ONDERHOUDSDOSERING PSYCHOFARMACA NA HET ONTSLAG

	absoluut	%
Indicatie psychofarmaca aanwezig	93	32,4
Indicatie psychofarmaca niet aanwezig	194	67,6
Totaal	287	100,0

39. Nazorg

Toelichting: wel of niet nazorg, zoals genoteerd in „opname- en ontslag-schrift”.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 39	NOTERING NAZORG	
	absoluut	%
Wel nazorg genoteerd	273	95,1
Niet nazorg genoteerd	14	4,9
Totaal	287	100,0

40. Supervisie-oordeel

Toelichting: vraag aan unit-hoofd en aan afdelingshoofd: Welke indruk had U bij het superviseren over de mate waarin de behandelend arts deze patiënt begreep, doorschouwde?

Bij discrepantie unit-hoofd/afdelingshoofd wordt deze vraag nogmaals door de onderzoeker aan beiden tezamen voorgelegd.

Bron: onderzoeker (blad I), met behulp van de bladen III en IV.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 40.	MATE VAN INZICHT VAN BEHANDELEND ARTS. OORDEEL VAN UNIT-HOOFD EN AFDELINGSHOOFD	
	absoluut	%
Meer dan voldoende inzicht	43	15,0
Voldoende inzicht	213	74,2
Onvoldoende inzicht	30	10,5
Onbekend	1	0,3
Totaal	287	100,0

41. Predictie achteraf

Toelichting: is het predictie-team na het ontslag van patiënt bijeen gekomen?

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 41	TIJDSTIP BIJENKOMST PREDICTIE-TEAM	
	absoluut	%
Na het ontslag	114	39,7
Voor het ontslag	173	60,3
Totaal	287	100,0

42. Team compleet

Toelichting: kern van het team: voorzitter, afdelingshoofd, behandelend arts, unit-hoofd, hoofdverpleegkundige 5N/5M.

Indien ontslag vanuit 5Z: hoofdverpleegkundige 5Z.

Indien psychologisch onderzoek: betreffende psycholoog.

Indien milieu-onderzoek en/of maatschappelijk werk bemoeienis van enige omvang: betreffende maatschappelijk werkster.
Elk der leden mag door een „discipline-genoot” worden vervangen.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 42

BIJEENKOMST PREDICTIE-TEAM.
AANWEZIGHEID TEAMLEDEN

	absoluut	%
Teamleden allen aanwezig	165	57,5
Teamleden niet allen aanwezig	122	42,5
Totaal	287	100,0

43. Stelligheid predictie

Toelichting: vraag aan predictie-team: Hoeveel vertrouwen heeft het team in de gegeven predictie(s)?

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 43 PREDICTIE-TEAM. MATE VAN VERTROUWEN
IN DE GEGEVEN VOORSPELLINGEN

	absoluut	%
In meer dan gebruikelijke mate	41	14,3
In gebruikelijke mate	145	50,5
In minder dan gebruikelijke mate	101	35,2
Totaal	287	100,0

44. Eenstemmigheid predictie-team

Toelichting: de voorzitter en het predictie-team moeten een oordeel geven over de mate van eenstemmigheid, die bij het geven van de predictie bestond: geen duidelijke discrepanties/duidelijke discrepanties.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 44 PREDICTIE-TEAM. MATE VAN EENSTEMMIGHEID BIJ
HET VOORSPELLEN

	absoluut	%
Geen duidelijke discrepanties	260	90,6
Duidelijke discrepanties	27	9,4
Totaal	287	100,0

45. Fundering predictie

Toelichting: vraag aan predictie-team: Is er voor de predictie duidelijk een voornaamste pijler? Zo ja, wat is die voornaamste pijler? ontslagdiagnose / anamnese, voorgeschiedenis / observatie gedurende deze opname / moeilijk te zeggen, resp. geen sprake van.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 45 PREDICTIE-TEAM. FUNDERING VAN DE
GEGEVEN VOORSPELLINGEN

	absoluut	%
Ontslagdiagnose	56	19,5
Voorgeschiedenis	40	13,9
Observatie	37	12,9
Geen voornaamste pijler	154	53,7
Totaal	287	100,0

46. Grootte predictie

Toelichting: het gaat om de vraag, in hoeverre de voorspelde toestand over een half jaar (predictie 5 = variabele 55) afwijkt van de toestand bij ontslag (variabele 36).

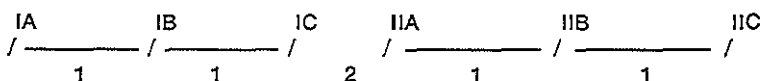
Bron: secretaresse (blad VI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 46 GROOTTE VAN HET VOORSPELD VERSCHIL TUSSEN TOESTAND BIJ ONTSLAG EN TOESTAND OVER EEN HALF JAAR

		absoluut	%
Schaalafstand ¹	0	116	40,4
Schaalafstand	1	81	28,2
Schaalafstand	2	53	18,5
Schaalafstand	3	28	9,8
Schaalafstand	4	7	2,4
Schaalafstand	5	2	0,7
Schaalafstand	6	0	0,0
Totaal		287	100,0

¹ Voor betekenis schalen zij verwezen naar var. 36. Afstanden worden voor deze tabel als volgt gewaardeerd:



TABEL 46.1 GROOTTE VAN HET VOORSPELD VERSCHIL TUSSEN TOESTAND BIJ ONTSLAG EN TOESTAND OVER EEN HALF JAAR. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Schaalafstand 0 - <3	250	87,1
Schaalafstand 3 of meer	37	12,9
Totaal	287	100,0

47. Ontslag na een week

Toelichting: het gaat om de tijdsduur tussen predictiedatum en ontslagdatum. Wanneer die meer dan een week bedraagt moet deze vraag bevestigend worden beantwoord.

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 47 TIJDSDUUR TUSSEN PREDICTIEDATUM EN ONTSLAGDATUM

	absoluut	%
Meer dan één week	26	9,1
Minder dan één week	261	90,9
Totaal	287	100,0

48. Vorig ontslag binnen vijf jaar

Toelichting: het gaat om de tijdsduur tussen het eventuele (laatste) ontslag van onze afdeling en de datum van deze opname, en met name: minder dan vijf jaar?

Vraag aan behandelend arts: Indien patiënt ooit eerder op onze afdeling was opgenomen, wat is dan de datum van het laatste ontslag?

Bron: behandelend arts (blad II) en categorisering door secretaresse (blad I).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 48 EERDER(E) ONTSLAG(EN) VAN ONZE AFDELING
IN DE AFGELOPEN VIJF JAAR

	absoluut	%
Eerder(e) ontslag(en)	43	15,0
Geen eerder(e) ontslag(en)	244	85,0
Totaal	287	100,0

49. Eerder voorspeld

Toelichting: is in het kader van dit onderzoek al eerder over patiënt voorspeld?

Bron: onderzoeker (blad I).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 49 EERDERE PREDICTIES IN HET KADER
VAN DIT ONDERZOEK

	absoluut	%
Eerder voorspeld	14	4,9
Niet eerder voorspeld	273	95,1
Totaal	287	100,0

50. Predictie 1

Toelichting: de variabelen 50 en 52 t/m 55 behelzen de vijf predicties. Deze predicties moeten worden beschouwd als de onderdelen = elementen van de predictie. Deze predictie dient te gaan over de periode ontslag — half jaar na ontslag. Indien patiënt binnen deze periode zal komen te overlijden, zal de predictie worden beschouwd als geldende voor de periode ontslag — datum overlijden. Als U denkt, dat patiënt inderdaad binnen het komend half jaar zal overlijden (al dan niet door middel van suïcide) dan dient U zich dus af te vragen, hoe het met patiënt zal gaan tot aan het door U verwachte overlijden. Hetzelfde geldt ten aanzien van psychiatrische heropname. Hieronder wordt niet een zgn. crisisinterventie verstaan, dat wil zeggen een psychiatrische opname gedurende één week of korter. Vermoedt U, dat patiënt binnen het half jaar wederom psychiatrisch opgenomen zal moeten worden en dat die opname tevens langer dan een week zal duren, dan dient U zich dus af te vragen, hoe het met patiënt zal gaan tot aan de dag van heropname.

Vraag aan predictie-team: Hoe zal het met patiënt gaan in het

komend half jaar (resp. tot aan overlijden of psychiatrische heropname)?

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 50 PREDICTIE 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN HET KOMEND HALF JAAR

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	1	0,3
Goed	36	12,5
Redelijk	79	27,5
Matig, niet zo tevreden	70	24,4
Slecht	80	27,9
Heel slecht	21	7,3
Totaal	287	100,0

TABEL 50.1 PREDICTIE 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN HET KOMEND HALF JAAR. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	116	40,4
Overwegend slecht	171	59,6
Totaal	287	100,0

51. Tussenmogelijkheid voorspeller

Toelichting: vraag aan predictie-team: Heeft U bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist?

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 51 BEZWAAR VAN HET PREDICTIE-TEAM TEGEN ONTBREKEN VAN EEN TUSSENMOGELIJKHEID BIJ BEANTWOORDING PREDICTIE 1

	absoluut	%
Bezwaar	22	7,7
Geen bezwaar	127	44,2
Niet van toepassing	138	48,1
Totaal	287	100,0

52. Predictie 2

Toelichting: betreft richting beloop na opname. Vraag aan voorzitter predictie-team: In de bedoelde periode zal patiënt(e)s algemene toestand:

- een stijgende lijn vertonen.
- overwegend constant zijn.
- sterk wisselend zijn, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen.
- een dalende lijn vertonen.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 52 PREDICTIE 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN HET KOMEND HALF JAAR

	absoluut	%
Stijgende lijn	10	3,5
Overwegend constant	117	40,8
Sterk wisselend, zonder duidelijk stijgende of dalende lijn	68	23,7
Dalende lijn	92	32,1
Totaal	287	100,0

TABEL 52.1 PREDICTIE 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN HET KOMEND HALF JAAR. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Stijgende of dalende lijn	102	35,5
Geen stijgende of dalende lijn	185	64,5
Totaal	287	100,0

53. Predictie 3

Toelichting: betreft (indicatie tot) heropname. Vraag aan voorzitter predictie-team: Na patiënts ontslag van onze afdeling zal er in het eerste half jaar of tot aan zijn/haar overlijden binnen dit half jaar van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:

- geen sprake zijn
- wel sprake zijn.

Er is van een duidelijke indicatie tot heropname sprake, wanneer de hulpverlenende instantie (bijvoorbeeld huisarts, SPD-psychiater, begeleidend maatschappelijk werkster) een psychiatrische opname noodzakelijk acht. Deze mogelijkheid moet worden vermeld, omdat het kan voorkomen, dat bovenbeschreven noodzaak wel bestaat of heeft bestaan, maar dat de opname (nog) niet is geëffectueerd.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 53 PREDICTIE 3: (INDICATIE TOT) PSYCHIATRISCHE HEROPNAME¹ IN HET KOMEND HALF JAAR

	absoluut	%
Geen (indicatie tot) heropname	159	55,4
(Indicatie tot) heropname	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ D.w.z. psychiatrische heropname van langer dan één week.

54. Predictie 4

Toelichting: betreft suïcidaliteit. Vraag aan voorzitter predictie-team: In het komend half jaar, resp. tot aan psychiatrische heropname, zal patiënt:

- zich niet suïcidaal uiten en/of gedragen.

- b) zich suïcidaal uiten en/of gedragen, zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
- c) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn.
- d) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn.
- e) suïcide plegen.

Het voornaamste motief is hier niet in het geding, dus tussen zelfmoordpoging, parasuïcidale geste en pauze wordt geen onderscheid gemaakt.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 54 PREDICTIE 4: SUÏCIDALITEIT IN HET KOMEND HALF JAAR

	absoluut	%
Geen suïcidaliteit	192	66,9
Suïcidale signalen	49	17,1
Tentamen suïcidii zonder ziekenhuisopname	7	2,4
Tentamen suïcidii met ziekenhuisopname	36	12,5
Suïcide	3	1,0
Totaal	287	100,0

55. Predictie 5

Toelichting: betreft patiënts toestand na een half jaar. Vraag aan predictieteam: Hoe zal patiënts toestand over een half jaar zijn?

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: voorzitter (blad V).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 55 PREDICTIE 5: DE TOESTAND OVER EEN HALF JAAR

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	0	0,0
Goed	36	12,5
Redelijk	77	26,8
Matig, niet zo tevreden	78	27,2
Slecht	75	26,1
Heel slecht	21	7,3
Totaal	287	100,0

TABEL 55.1 PREDICTIE 5: DE TOESTAND OVER EEN HALF JAAR. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	113	39,4
Overwegend slecht	174	60,6
Totaal	287	100,0

DE PERIODE VAN ONTSLAGWEEK TOT EN MET VERVOLGONDERZOEK - EERSTE WEEKGROEP

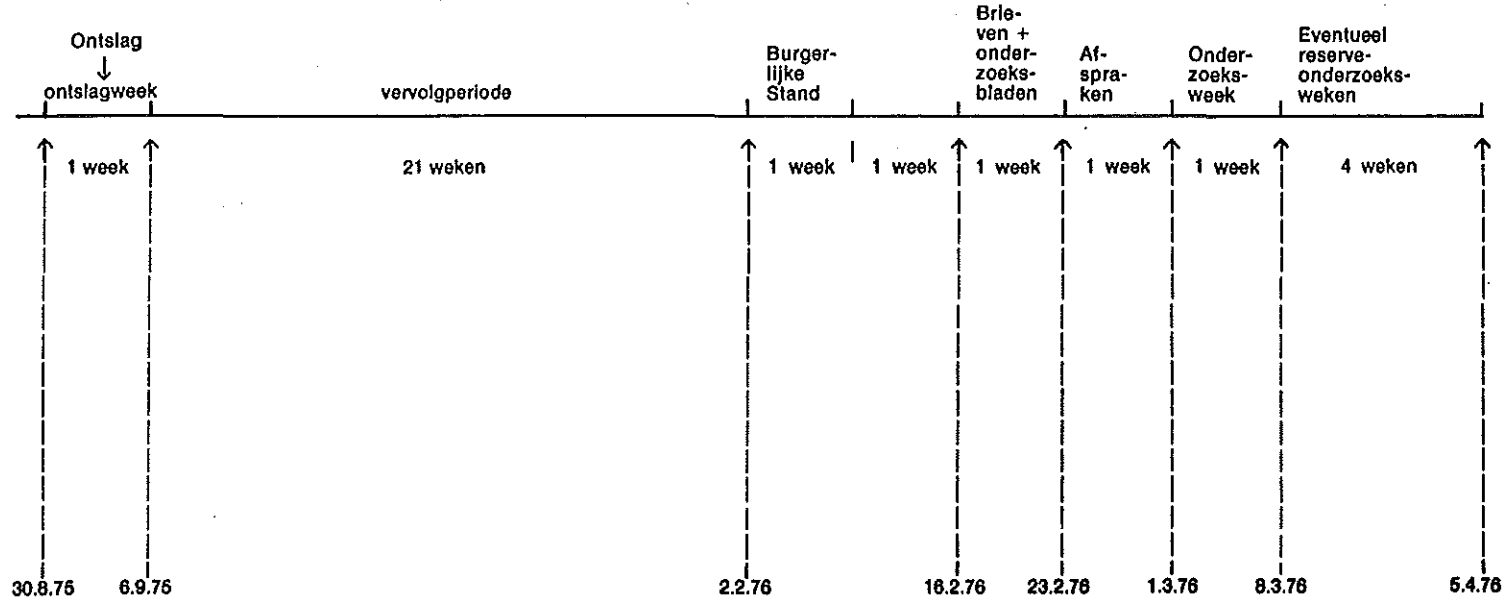


Fig. 1

Ontslag: tussen 30.8.75 en 6.9.1975.

Opvragen van inlichtingen Burgerlijke Stand: tussen 2.2.1976 en 9.2.1976.

Verzenden van brieven naar patient(en) en nazorger(s) en uitreiken van bladen vervolgonderzoek: tussen 16.2.1976 en 23.2.1976.

Maken van afspraken met patient(en) en nazorger(s): vanaf 23.2.1976.

Verrichten van vervolgonderzoek: tussen 1.3.1976 en 8.3.1976, uiterlijk 5.4.1976.

DEEL II

Variabelen betreffende de periode na het ontslag.

Deze periode wordt in figuur 1 (p. 97) schematisch weergegeven.

56. Tussentijdse informatie kliniek

Toelichting: vraag aan secretaresse: Heeft een medewerker van de kliniek tussen ontslag en datum uitreiking bladen vervolgonderzoek ooit nog iets gehoord over patiënt?

Criterium: schriftelijke gegevens („gele kaart”, consultformulier, eigen aantekeningen) verstrekt aan secretaresse.

Geldt ook voor heropname van minder dan één week op onze afdeling.

Bron: secretaresse (blad VII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 56 DE VERVOLGPERIODE¹. DOOR DE AFDELING ONTVANGEN INFORMATIE

	absoluut	%
Informatie ontvangen	47	16,4
Geen informatie ontvangen	239	83,3
Onbekend	1	0,3
Totaal	287	100,0

¹ De vervolgperiode = periode tussen ontslag van de afdeling en uitreiking van de bladen voor het vervolgonderzoek.

57. Patiënt verhuisd

Toelichting: Burgerlijke Stand en/of huisbezoeker geeft (geven) ander adres op dan vermeld op blad I.

Bron: secretaresse (blad VII; eventueel op basis blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 57 DE VERVOLGPERIODE. VERHUIZINGEN

	absoluut	%
Verhuisd	38	13,2
Niet verhuisd	242	84,3
Onbekend	7	2,4
Totaal	287	100,0

58. Patiënt overleden

Toelichting: Burgerlijke Stand of huisbezoeker en/of onderzoek-assistente berichten overlijden patiënt.

Bron: secretaresse (blad VII; eventueel op basis var. 63).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 58 DE VERVOLGPERIODE. STERFTE

	absoluut	%
Niet overleden	269	93,7
Overleden door ziekte	8	2,8
Overleden door suïcide	3	1,0
Overleden, doodsoorzaak onbekend	2	0,7
Onbekend	5	1,7
Totaal	287	100,0

59. Heropname langer dan een week, elders

Toelichting: is patiënt sinds het ontslag van onze afdeling gedurende langer dan één week elders psychiatrisch heropgenomen geweest?

Bron: secretaresse (blad VII, op grond tussentijdse gegevens of op basis blad IX en XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 59 DE VERVOLGPERIODE. PSYCHIATRISCHE HEROPNAME ELDERS

	absoluut	%
Heropname elders	19	6,6
Geen heropname elders	246	85,7
Onbekend	22	7,7
Totaal	287	100,0

60. Heropname langer dan een week, hier

Toelichting: is patiënt sinds het ontslag van onze afdeling gedurende langer dan één week op onze afdeling psychiatrisch heropgenomen geweest?

Bron: secretaresse (blad VII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 60 DE VERVOLGPERIODE. PSYCHIATRISCHE HEROPNAME DIJKZIGT

	absoluut	%
Heropname Dijkzigt	19	6,6
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

61. Duur „bedoelde periode”

Toelichting: „bedoelde periode” is de tijd, waarop de uitkomst betrekking heeft, in tegenstelling tot de „vervolgperiode” (= ontslag — uitreiking bladen vervolgonderzoek).

N.B. Indien gegevens huisbezoeker en onderzoek-assistente niet overeenstemmen, wordt dit door secretaresse met hen beiden overlegd. Indien dan nog geen duidelijkheid: overleg met onderzoeker.

Bron: secretaresse (op basis blad IX (var. 59) en XI (var. 58 en var. 59); resp. blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 61 DE BEDOELDE PERIODE¹

	absoluut	%
<1 maand	13	4,5
1 - <3 maanden	19	6,6
3 - <6 maanden	17	5,9
6 maanden	221	77,0
Onbekend ²	17	5,9
Totaal	287	100,0

¹ De „bedoelde periode” = tijdsduur waarop de uitkomst betrekking heeft,

in tegenstelling tot de „vervolgperiode” (= ontslag — uitreiking bladen vervolgonderzoek).

- ² Van de 28 patiënten bij wie geen vervolgonderzoek plaatsvond, kon op grond van „tussentijdse informatie kliniek” in 11 gevallen de duur van „de bedoelde periode” worden vastgesteld.

62. Naam huisbezoeker

Toelichting: door wie is blad VIII ingevuld?

Bron: huisbezoeker (blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 62 HET HUISBEZOEK. OPGEVEN AANTAL PER HUISBEZOEKER

	absoluut	%
Huisbezoeker 1	112	39,0
Huisbezoeker 2	141	49,2
Niet opgegeven ¹	34	11,8
Totaal	287	100,0

- ¹ Waaronder: „adres onbekend”, bekend geworden overlijdensgevallen, heropnamen Dijkzigt.

63. Huisbezoek

Toelichting: heeft er een huisbezoek plaatsgevonden na de eerste maandag van patiënt's onderzoekweek?

Zo neen, waarom niet?

„De termijn” loopt af op maandag 0 uur, vijf weken na de eerste maandag van patiënt's onderzoekweek.

a) ja.

b) neen, patiënt **overleden**.

c) neen, juiste adres patiënt kon niet worden opgespoord (**geen adres**).

d) neen, adres was wel gevonden, maar met patiënt noch huisgenoten was er binnen de termijn contact, zodat een afspraak niet kon worden gemaakt (**geen contact mogelijk**).

e) neen, adres gevonden, met patiënt en/of huisgenoten wel contact gehad, maar huisbezoek werd geweigerd zonder opgaaf van reden(en) (**weigering zonder reden**).

f) neen, adres gevonden, met patiënt en/of huisgenoten wel contact gehad, maar huisbezoek werd geweigerd, met als (reden(en)): (**weigering met reden**).

g) neen, wel adres en contact, geen weigering, maar **verhinderd zonder reden**.

h) neen, wel adres en contact, maar verandering wegens **psychiatrisch heropgenomen** zijn patiënt.

N.B. Opnamedatum:

Instituut:

Reden opname:

i) neen, wel adres en contact, maar verandering wegens om lichamelijke redenen opgenomen zijn patiënt (**ziekenhuis**).

N.B. Opnamedatum:

Ziekenhuis:

Reden opname:

Eventueel vermoedelijke ontslagdatum:

- j) neen, wel adres en contact, maar verhinderd wegens **vakantie** van patiënt.
- k) neen, wel adres en contact, maar verhinderd wegens niet tot overeenstemming kunnen komen van huisbezoeker en patiënt over tijd + datum huisbezoek binnen de termijn (**onmogelijkheid afspraak**).
- l) neen, wel adres en contact, maar verhinderd om **andere reden(en)**, namelijk

Bron: secretaresse (blad VII, zonodig op basis blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

	absoluut	%
Huisbezoek	159	55,4
Patiënt overleden	12	4,2
Geen adres bekend	6	2,1
Geen contact mogelijk	50	17,4
Weigering zonder reden	2	0,7
Weigering met reden	14	4,9
Patiënt psychiatrisch heropgenomen	17	5,9
Patiënt somatisch opgenomen	1	0,3
Patiënt met vakantie	1	0,3
Afspraak niet mogelijk binnen termijn	4	1,4
Andere redenen ¹	21	7,3
Totaal	287	100,0

¹ Waaronder een gedeelte van de psychiatrische heropnamen in Dijkzigt.

TABEL 63.1 HET HUISBEZOEK. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Huisbezoek	159	55,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

64. Plaats huisbezoek

Toelichting: vond het huisbezoek plaats in de stad Rotterdam?

Stad Rotterdam = gemeente Rotterdam, uitgezonderd Hoek van Holland.

Bron: huisbezoeker (blad IX), secretaresse (blad VII) noteert.

Categorieën met frequentieverdeling:

	absoluut	%
Rotterdam	100	34,8
Buiten Rotterdam	58	20,2
Onbekend	1	0,3
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

65. Bekendheid huisbezoeker

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Had U, behalve de door de secretaresse verstrekte gegevens, ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

Zo ja, wat?

Bron: huisbezoeker (blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 65 HET HUISBEZOEK. HET KENNEN VAN PATIËNT DOOR DE HUISBEZOEKER

	absoluut	%
Huisbezoeker kende patiënt	20	7,0
Huisbezoeker kende patiënt niet	135	47,0
Onbekend	4	1,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

66. Beantwoording vragen huisbezoek

Toelichting: er zijn drie mogelijkheden:

1. Patiënt was dermate in de war, wanend, geïntoxiceerd, paranoïd of iets dergelijks, dat van een gesprek geen sprake kon zijn. Er vond dus wel een huisbezoek plaats, maar blad IX kon niet worden ingevuld vanwege toestand patiënt.
Indien in zo'n geval er geen contact is met een hulpverlenende instantie, zal de huisbezoeker de huisarts op de hoogte brengen van zijn indruk over patiënt's toestand.
2. Blad IX kon wel worden ingevuld, maar huisbezoeker heeft overwegende argumenten, het realiteitsgehalte der antwoorden laag te achten. Er is een duidelijke discrepantie tussen de beantwoording der vragen en de indruk van de huisbezoeker. Bijvoorbeeld: patiënt is dronken en/of vertoont beginnende onthoudingsverschijnselen en/of de flessen slingeren overal in het rond, terwijl hij/zij zegt dat het goed is gegaan, dat hij/zij nooit meer een druppel heeft gedronken enz. Ook kan bijvoorbeeld patiënt megalomaan en lichtelijk ontremd zijn en zeggen dat het zeer goed gaat. In het eerste voorbeeld wordt er gedissimuleerd en ontkend, in het tweede voorbeeld is er een discrepantie tussen subjectief en objectief. Indien huisbezoeker deze mogelijkheid omcirkelt, wordt hem gevraagd naar zijn argumenten.
Ook in dit geval kan het nodig zijn, de huisarts in te lichten.
3. Blad IX kan worden ingevuld en er is geen duidelijke discrepantie tussen beantwoording vragen en indruk huisbezoeker.

Bron: huisbezoeker (blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 66 HET HUISBEZOEK. BETROUWBAARHEID BEANTWOORDING

	absoluut	%
Beantwoording niet betrouwbaar ¹	4	1,4
Beantwoording twijfelachtig	20	7,0
Beantwoording betrouwbaar	134	46,7
Onbekend	1	0,3
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ In de hierna volgende tabellen, die uitsluitend gebaseerd zijn op de antwoorden van patiënten, is deze groep steeds ondergebracht in de categorie „onbekend”.

67. Diagnose huisbezoeker

Toelichting: aan de huisbezoeker wordt gevraagd, een summier psychiatrisch onderzoek en een diagnostische impressie te geven. Tevens moet hij aangeven, welke van de 11 diagnosegroepen voor het beloop sinds het ontslag, de toestand van het moment enz. van het meeste belang lijkt te zijn geweest. De keuze „geen diagnose” wordt zo min mogelijk gedaan.

Bron: huisbezoeker (blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 67 HET HUISBEZOEK. DIAGNOSTISCHE IMPRESSIE¹

	absoluut	%
Dementieën op latere leeftijd (209, 293.0, 293.1)	4	1,4
Andere organische toestanden (292, 293, 294, 309)	6	2,1
Schizofrenie (295)	12	4,2
Affectieve psychosen (296)	27	9,4
Andere psychotische toestanden (297, 298, 299)	11	3,8
Neurotische stoornissen (300, 305, 306, 307, 308)	53	18,5
Persoonlijkheidsstoornissen (301, 302)	25	8,7
Verslavingsziekten (291, 294.3, 303, 304)	3	1,0
Oligofrenie (310 t/m 315)	5	1,7
Observatie (793)	0	0,0
Geen diagnose	13	4,5
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ De tussen haakjes vermelde nummers zijn ontleend aan de I(nternational) C(lassification of) D(iseases)-8, Section V.

68. Alleen patiënt

Toelichting: heeft onderzoeker patiënt onder vier ogen gesproken of niet? (Of die ander een volwassene was of een kind doet niet ter zake, evenals de vraag of die ander actief aan het gesprek deelnam of niet.)

Bron: huisbezoeker (blad VIII).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 68 HET HUISBEZOEK. MEDE-AANWEZIGEN

	absoluut	%
Ander(en) niet aanwezig	90	31,4
Ander(en) aanwezig	68	23,7
Onbekend	1	0,3
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

69. **Discrepantie patiënt en ander(en)**

Toelichting: indien huisbezoeker patiënt niet onder vier ogen heeft gesproken: Was er een duidelijk verschil van mening met betrekking tot de beantwoording van var. 70 t/m 94 tussen patiënt en de ander(en)?

Bron: huisbezoeker (blad VIII).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 69 HET HUISBEZOEK. DISCREPANTIE TUSSEN BEANTWOORDINGEN VAN PATIËNT EN VAN MEDE-AANWEZIGEN

	absoluut	%
Vershil van mening	4	1,4
Geen verschil van mening	60	20,9
Onbekend	4	1,4
Niet van toepassing	91	31,7
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

70. **Lithium patiënt**

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende Priadel- (resp. lithium-) medicatie voorgeschreven:
Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering voortgezet?

Bron: huisbezoeker (blad XI).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 70 CONTINUERING VAN DE LITHIUM-MEDICATIE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Continuering lithium	11	3,8
Discontinuering lithium	5	1,7
Niet van toepassing	143	49,8
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

71. **Depôt-neurolepticum patiënt**

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende depôt-medicatie voorgeschreven:

Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet?

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 71 CONTINUERING VAN DE NEUROLEPTISCHE DEPÔT-MEDICATIE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Continuering depôt-neurolepticum	6	2,1
Discontinuering depôtneurolepticum	8	2,8
Niet van toepassing	145	50,5
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

72. Advies patiënt

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: In het post scriptum van de ontslagbrief is het volgende dringende advies genoemd:

.....
Is dit advies in de bedoelde periode opgevolgd?

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 72 OPVOLGEN VAN HET ADVIES VAN DE AFDELING. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Advies opgevolgd	7	2,4
Advies niet opgevolgd	3	1,0
Niet van toepassing	149	51,9
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

73. Uitkomst 1 patiënt

Toelichting: de variabelen 73, 91, 92, 93 en 94 moeten worden beschouwd als de onderdelen = elementen van de **uitkomst** (zoals die worden opgegeven door) **patiënt**.

Deze uitkomst heeft betrekking op de periode ontslag — half jaar na ontslag.

Indien patiënt binnen deze periode gedurende langer dan een week psychiatrisch heropgenomen is geweest, dient de uitkomst te worden beschouwd als geldende voor de periode ontslag — datum eerste psychiatrische heropname. Indien die heropname korter dan een week heeft geduurd („crisisinterventie”) dan heeft de uitkomst ook betrekking op de tijd na die heropname.

De periode, waarop de uitkomst betrekking heeft, wordt aangeduid met: „de bedoelde periode”.

Vraag aan huisbezoeker: Hoe is het in de bedoelde periode met patiënt gegaan?

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 73 UITKOMST 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BE-
DOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	11	3,8
Goed	66	23,0
Redelijk	34	11,8
Matig, niet zo tevreden	17	5,9
Slecht	24	8,4
Heel slecht	3	1,0
Onbekend	4	1,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

TABEL 73.1 UITKOMST 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN DE
BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR
PATIËNT. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	111	38,7
Overwegend slecht	44	15,3
Onbekend	4	1,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

74. Tussenmogelijkheid patiënt

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Heeft patiënt bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist? N.B. Deze vraag alleen stellen, indien daarbij IC of IIA is gekozen.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 74 BEZWAAR VAN PATIËNT TEGEN HET ONTBREKEN VAN EEN
TUSSENMOGELIJKHEID BIJ BEANTWOORDING UITKOMST 1

	absoluut	%
Bezwaar	3	1,0
Geen bezwaar	43	15,0
Onbekend	5	1,7
Niet van toepassing	108	37,6
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

Externe factoren patiënt

Aan patiënt wordt voorgelegd: vraag 73 had betrekking op hoe het met U gegaan is in de bedoelde periode.

Vindt U, dat er externe factoren zijn aan te wijzen, die hierbij in aanzienlijke mate van invloed zijn geweest?

„Extern”: van buitenaf. Dus dingen, die iedereen kunnen overkomen. Die toevallig zijn. Waar U niets aan kunt doen. Onverwachte mee- of tegenvallers. Enz.

„In aanzienlijke mate”: zo'n grote invloed, dat zonder zo'n factor U voor Uw antwoord op vraag 73 de andere schaal zou hebben gebruikt.

Er mogen ten hoogste twee van de externe factoren worden gekozen.

N.B. Alleen factoren noemen, als die werkelijk van gewicht worden geacht.

Is geen der vermelde factoren van voldoende gewicht, dan niets kiezen. Ook in een twijfelgeval: niet kiezen.

I Hieronder is een aantal **ongunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 73 **schaal II** is gebruikt en indien patiënt van mening is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal I had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

75. IA

De relatie met de partner (vaste vriend(in), verloofde, echtgeno(o)t(e), concubin(e), minnaar (minnares)) werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

76. IB

De relatie met de gezinsleden, resp. de gezinssituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

77. IC

De relatie met de familie, resp. de familiesituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

78. ID

De werk (betaald + buitenshuis) of school-situatie werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

79. IE

De woon- (woning, straat, buurt) situatie werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

80. IF

De nazorg is slecht verlopen.

81. IG

De Priadel (resp. lithium-) medicatie is in de bedoelde periode niet in dezelfde dosering voortgezet.

82. IH

De (neurolepticum-) depôt-medicatie is in de bedoelde periode niet in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet.

83. II

Het in het post scriptum van de ontslagbrief genoemde dringende advies (zie vraag 72) is in de bedoelde periode niet opgevolgd.

84. IJ

Er was in de bedoelde periode sprake van een andere, ongunstige externe factor.

II Hieronder is een aantal **gunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 73 **schaal I** is gebruikt en indien patiënt van me-

ning is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal II had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

85. IIA

De relatie met de partner (vaste vriend(in), verloofde, echtgeno(o)t(e), concubin(e), minnaar (minnares)) werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

86. IIB

De relatie met de gezinsleden, resp. de gezinssituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

87. IIC

De relatie met de familie, resp. de familiesituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

88. IID

De werk- (betaald + buitenshuis) of school-situatie werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

89. IIE

De woon- (woning, straat, buurt) situatie werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

90. IIJ

In de bedoelde periode was er sprake van een andere, niet genoemde, gunstige externe factor.

Categorieën met absolute frequentieverdeling: van de categorieën „ja” en „neen” van alle genoemde externe factoren is in tabel 75 uitsluitend de „ja”-categorie vermeld.

TABEL 75 UITKOMST BETREFFENDE DOORSLAGGEVENDE TOEVALSFACTOREN. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

Doorslaggevend in ongunstige zin

Verandering in partnerrelatie	2
Verandering in gezinssituatie	2
Verandering in familiesituatie	1
Verandering in werk- of schoolsituatie	1
Verandering in woonsituatie	1
Beloop nazorg	3
Discontinuering lithiummedicatie	1
Discontinuering depôt-neurolepticum	1
Niet opvolgen advies	1
Andere factor	3

Doorslaggevend in gunstige zin

Verandering in partnerrelatie	0
Verandering in gezinssituatie	1
Verandering in familiesituatie	0
Verandering in werk- of schoolsituatie	5
Verandering in woonsituatie	2
Andere factor	8
Totaal	32¹

¹ Er hadden in totaal $159 \times 2 = 318$ toevalsfactoren opgegeven kunnen worden, omdat elke patiënt er twee had mogen noemen. Het is om deze reden, dat de in deze bijlage gebruikelijke relatieve frequentieverdeling niet is vermeld.

91. Uitkomst 2 patiënt

Toelichting: betreft richting beloop. Vraag aan huisbezoeker: Patiënt's algemene toestand in de bedoelde periode:

- a) vertoonde een stijgende lijn.
- b) was overwegend constant.
- c) was sterk wisselend, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen.
- d) vertoonde een dalende lijn.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 91 UITKOMST 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Stijgende lijn	51	17,8
Overwegend constant	68	23,7
Sterk wisselend, zonder duidelijk stijgende of dalende lijn	20	7,0
Dalende lijn	15	5,2
Onbekend	5	1,7
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

TABEL 91.1 UITKOMST 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN.

	absoluut	%
Stijgende of dalende lijn	66	23,0
Geen stijgende of dalende lijn	88	30,7
Onbekend	5	1,7
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

92. Uitkomst 3 patiënt

Toelichting: betreft (indicatie tot) heropname. Vraag aan huisbezoeker: In de bedoelde periode was er van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:

- a) geen sprake.
- b) wel sprake.

Er was van een duidelijke indicatie tot heropname sprake, wanneer de hulpverlenende instantie (bijvoorbeeld huisarts, SPD-psychiater, begeleidend maatschappelijk werkster) een psychiatrische opname noodzakelijk achtte. Deze mogelijkheid moet worden vermeld omdat het kan voorkomen, dat bovenbeschreven noodzaak wel bestaat of heeft bestaan, maar dat de opname (nog) niet is geëffectueerd.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 92 UITKOMST 3: (INDICATIE TOT) PSYCHIATRISCHE HEROPNAME¹ IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Geen (indicatie tot) heropname	139	48,4
(Indicatie tot) heropname	16	5,6
Onbekend	4	1,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ D.w.z. psychiatrische heropname van langer dan één week.

93. Uitkomst 4 patiënt

Toelichting: betreft suïcidaliteit. Vraag aan huisbezoeker: Patiënt, in de bedoelde periode:

- a) uitte en/of gedroeg zich niet suïcidaal.
- b) uitte en/of gedroeg zich suïcidaal, zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
- c) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk was.
- d) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was.

Het voornaamste motief is hier niet in het geding. Dus tussen zelfmoordpoging, parasuïcidale geste en pauze wordt geen onderscheid gemaakt.

Alleen suïcidale gedachten, zonder uitingen of gedragingen: antwoord a.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 93 UITKOMST 4: SUÏCIDALITEIT IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Geen suïcidaliteit	127	44,3
Suïcidale signalen	21	7,3
Tentamen suïcidii zonder ziekenhuisopname	3	1,0
Tentamen suïcidi met ziekenhuisopname	2	0,7
Onbekend	6	2,1
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

94. Uitkomst 5 patiënt

Toelichting: betreft patiënt's toestand na een half jaar. Vraag aan huisbezoeker: Hoe is patiënt's toestand momenteel?

N.B. Deze vraag vervalt, als patiënt langer dan één week psychiatrisch heropgenomen is geweest.

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 94 UITKOMST 5: DE TOESTAND NA EEN HALF JAAR. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	19	6,6
Goed	67	23,3
Redelijk	22	7,7
Matig, niet zo tevreden	16	5,6
Slecht	27	9,4
Heel slecht	3	1,0
Inmiddels psychiatrisch heropgenomen geweest	2	0,7
Onbekend ¹	3	1,0
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ Eenmaal werd een niet-betrouwbare beantwoording ondergebracht in de categorie „heel slecht“.

TABEL 94.1 UITKOMST 5: DE TOESTAND NA EEN HALF JAAR. BEANTWOORDING DOOR PATIËNT. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN.

	absoluut	%
Overwegend goed	108	37,6
Overwegend slecht	46	16,0
Heropgenomen geweest, onbekend	5	1,7
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

95. Beoordeling behandeling

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Is patiënt tevreden over de behandeling op onze afdeling?

Toelichting:

Bron: huisbezoeker (blad IX).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 95 OORDEEL VAN PATIËNT OVER DE BEHANDELING¹

	absoluut	%
Tevreden	114	39,7
Niet tevreden	38	13,2
Onbekend	7	2,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

¹ Zie voor de bespreking van de door patiënten gegeven commentaren Bijlage IB.

96. Ontvangst huisbezoek

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Hoe werd U door patiënt en eventueel aanwezige gezinsleden ontvangen?

- a) opvallend vriendelijk.
- b) noch opvallend vriendelijk, noch opvallend onvriendelijk.
- c) opvallend onvriendelijk.

Bron: huisbezoeker (blad VIII).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 96 HET HUISBEZOEK. WIJZE WAAROP HUISBEZOEKER WERD ONTVANGEN

	absoluut	%
Vriendelijk	19	6,6
Vriendelijk noch onvriendelijk	135	47,0
Onvriendelijk	1	0,3
Onbekend	4	1,4
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

97. Vraaggesprek nazorger

Toelichting: heeft onderzoek-assistente de nazorger bezocht? Zo neen, telefonisch vraaggesprek?

„De termijn” loopt af op maandag 0 uur, vijf weken na de maandag waarop patiënts onderzoekweek begint.

- a) ja.
- b) neen, **geen contact gezocht**. Redenen:
- c) neen, met nazorger was er binnen de termijn geen contact te krijgen, zodat afspraak niet kon worden gemaakt (**geen contact mogelijk**).
- d) neen, wel contact, maar bezoek kon niet doorgaan, wel **telefonisch vraaggesprek**.
- e) neen, wel contact, maar bezoek kon niet doorgaan. Ook geen telefonisch vraaggesprek (**verhindering**). Toelichting:
- f) neen, wel contact, maar **weigering zonder reden**.
- g) neen, wel contact, maar **weigering met reden**. Reden(en):

Bron: onderzoek-assistente (blad X).
Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 97 HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER

	absoluut	%
Vraaggesprek d.m.v. bezoek	196	68,3
Geen contact gezocht	9	3,1
Geen contact mogelijk	9	3,1
Vraaggesprek per telefoon	21	7,3
Verhindering	19	6,6
Weigering zonder reden	0	0,0
Weigering met reden	14	4,9
Psychiatrische heropname Dijkzigt	19	6,6
Totaal	287	100,0

TABEL 97.1

HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER.
SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Vraaggesprek d.m.v. bezoek of per telefoon	217	75,6
Vraaggesprek niet doorgegaan	51	17,8
Psychiatrische heropname Dijkzigt	19	6,6
Totaal	287	100,0

98. Zelfde nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Was de bij de beantwoording van de vorige vraag (97) bedoelde nazorger dezelfde als was opgegeven?

Zo neen: naam, adres, telefoon?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 98

HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER.
WISSELING VAN NAZORGER

	absoluut	%
Dezelfde nazorger als bij ontslag genoteerd	181	63,1
Niet dezelfde nazorger als bij ontslag genoteerd	36	12,5
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

99. Plaats bezoek nazorger

Toelichting: vond het bezoek aan de nazorger plaats in de stad Rotterdam?

Stad Rotterdam = gemeente Rotterdam, uitgezonderd Hoek van Holland.

Bron: onderzoek-assistente (blad X) en secretaresse (blad VII) op basis blad X.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 99

HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER. WOONPLAATS
WAARIN DE NAZORGER WERD BEZOCHT

	absoluut	%
Rotterdam	168	58,5
Buiten Rotterdam	28	9,8
Vraaggesprek per telefoon	21	7,3
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

100. Afspraak onderzoek-assistente

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Hoeveel contacten zijn er geweest, voorafgaande aan het vraaggesprek?

Contact: telefonisch: elk gesprek door (vertegenwoordiger(s) van) onderzoek-assistente en nazorger gevoerd.

„Geen gehoor" is geen contact;

schriftelijk: elke brief(kaart).

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 100 HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER. AANTAL VOOR HET VRAAGGESPREK BENODIGDE VOORAFGAANDE CONTACTEN

	absoluut	%
Eén	140	48,8
Twee	52	18,1
Meer dan twee	23	8,0
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

101. **Wachttijd onderzoek-assistente**

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Hoeveel minuten hebt U vanaf het tijdstip van afspraak in de wachtkamer gezeten?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 101 HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER. AANTAL MINUTEN TUSSEN TIJDSTIP VAN AFSpraak EN BEGIN VRAAGGESPREK

	absoluut	%
0 - <5 minuten	132	46,0
5 - <15 minuten	46	16,0
15 minuten en langer	15	5,2
Onbekend	3	1,0
Vraaggesprek per telefoon	21	7,3
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

102. **Functie nazorger**

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Welke functie bekleedt de door U ondervraagde persoon?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 102 HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER. FUNCTIE DOOR DE NAZORGER BEKLEED

	absoluut	%
Huisarts	97	33,8
Arts polikliniek psychiatrie Dijkzigt	72	25,1
Medewerker Sociaal Psychiatrische Dienst	16	5,6
Zelfstandig zenuwarts	8	2,8
Medewerker maatschappelijk werk instantie	8	2,8
Medewerker verpleegtehuis	8	2,8
Medewerker psychiatrisch wooncentrum, sluisinternaat etc.	5	1,7
Andere functie	3	1,0
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

TABEL 102.1

HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER.
FUNCTIE DOOR DE NAZORGER BEKLEED.
SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Huisarts	97	33,8
Arts polikliniek psychiatrie Dijkzigt	72	25,1
Anderszins	48	16,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

103. Bekendheid nazorger patiënt

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Kende de nazorger patiënt reeds vóór deze opname op onze afdeling of had hij/zij ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 103

HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER.
HET VOOR DIENS OPNAME KENNEN VAN
PATIËNT DOOR DE NAZORGER

	absoluut	%
Nazorger kende patiënt vóór de opname	113	39,4
Nazorger kende patiënt niet vóór de opname	102	35,5
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

104. Bekendheid nazorger predictie

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Was nazorger vóór het eerste nazorgcontact geheel of gedeeltelijk op de hoogte van de verwachting, die de afdeling psychiatrie had ten aanzien van de naaste toekomst van patiënt?

Zo neen, was nazorger wel op de kliniek werkzaam ten tijde van opname patiënt?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 104 HET VRAAGGESPREK MET DE NAZORGER. HET KENNEN
VAN DE PREDICTIE DOOR DE NAZORGER

	absoluut	%
Nazorger kende predictie	70	24,4
Nazorger kende predictie niet, was wel op de afdeling werkzaam	19	6,6
Nazorger kende predictie niet, was niet op de afdeling werkzaam	125	43,6
Onbekend	3	1,0
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

105. Bekendheid onderzoek-assistente patiënt

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Had U, behalve de door de secretaresse verstrekte gegevens, tevoren ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

Zo ja, wat?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 105 HET VRAAGGESPREK. HET KENNEN VAN PATIËNT DOOR DE ONDERZOEK-ASSISTENTE

	absoluut	%
Onderzoek-assistente kende patiënt	1	0,3
Onderzoek-assistente kende patiënt niet	215	74,9
Onbekend	1	0,3
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

106. Laatste contact nazorger-patiënt

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Op welke datum heeft nazorger patiënt voor het laatst gezien en gesproken?

Datum:

Bron: onderzoek-assistente (blad XI) geeft datum, secretaresse (blad VII) categoriseert.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 106 TIJDSDUUR TUSSEN NAZORGERS LAATSTE ONTMOETING MET PATIËNT EN VRAAGGESPREK

	absoluut	%
<1 maand	118	41,1
1 - <3 maanden	46	16,0
3 - <5 maanden	28	9,8
5 maanden en langer	17	5,9
Geen enkele ontmoeting	6	2,1
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

TABEL 106.1 TIJDSDUUR TUSSEN NAZORGERS LAATSTE ONTMOETING MET PATIËNT EN VRAAGGESPREK. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
<1 maand	118	41,1
1 maand en langer	91	31,7
Geen enkele ontmoeting	6	2,1
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

107. Laatste bericht over patiënt

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Heeft nazorger na de in de vorige vraag genoemde datum nog iets van en/of over patiënt gehoord? Datum:, van:
Indien nazorger patiënt(e) nooit gezien en gesproken heeft: ooit iets van en/of over patiënt gehoord? Datum:, van:

Bron: onderzoek-assistente (blad XI) geeft datum, secretaresse (blad VII) categoriseert.

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 107 BERICHT VAN/OVER PATIËNT BUITEN ONTMOETINGEN OM

	absoluut	%
Bericht na laatste ontmoeting	79	27,5
Bericht, geen enkele ontmoeting	5	1,7
Bericht, ontmoeting onbekend	1	0,3
Geen bericht na laatste ontmoeting	129	44,9
Geen bericht, geen enkele ontmoeting	1	0,3
Geen bericht, ontmoeting onbekend	0	0,0
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

108. Aantal nazorgcontacten

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Hoe vaak heeft nazorger patiënt in de bedoelde periode **gezien** en gesproken?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 108 AANTAL ONTMOETINGEN IN HET KADER VAN DE NAZORG

	absoluut	%
Geen	10	3,5
1 - 5	88	30,7
6 - 10	46	16,0
11 en meer	70	24,4
Onbekend	3	1,0
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

109. Lithium nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende Priadel- (resp. lithium-) medicatie voorgeschreven:
Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering voortgezet?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 109

CONTINUERING VAN DE LITHIUMMEDICATIE.
BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Continuering lithium	15	5,2
Discontinuering lithium	8	2,8
Niet van toepassing	193	67,2
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

110. Depôt-neurolepticum nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende depôt-medicatie voorgeschreven:

Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 110 CONTINUERING VAN DE NEUROLEPTISCHE DEPÔT-MEDICATIE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Continuering depôt-neurolepticum	7	2,4
Discontinuering depôt-neurolepticum	11	3,8
Niet van toepassing	199	69,3
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

111. Advies nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: In het post scriptum van de ontslagbrief is het volgende dringende advies genoemd:

Is dit advies in de bedoelde periode opgevolgd?

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 111 OPVOLGEN VAN HET ADVIES VAN DE AFDELING. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Advies opgevolgd	9	3,1
Advies niet opgevolgd	8	2,8
Niet van toepassing	200	69,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

112. Uitkomst 1 nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Hoe is het in de bedoelde periode met patiënt gegaan?

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 112 UITKOMST 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	9	3,1
Goed	63	22,0
Redelijk	62	21,6
Matig, niet zo tevreden	30	10,5
Slecht	30	10,5
Heel slecht	6	2,1
Onbekend	17	5,9
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

TABEL 112.1 UITKOMST 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER, SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	134	46,7
Overwegend slecht	66	23,0
Onbekend	17	5,9
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

113. Tussenmogelijkheid nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Heeft nazorger bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist?

N.B. Deze vraag alleen stellen, als daarbij IC of IIA is gekozen.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 113 BEZWAAR VAN NAZORGER TEGEN HET ONTBREKEN VAN EEN TUSSENMOGELIJKHEID BIJ BEANTWOORDING UITKOMST 1

	absoluut	%
Bezwaar	28	9,8
Geen bezwaar	45	15,7
Onbekend	19	6,6
Niet van toepassing	125	43,6
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

Externe factoren nazorger

Aan nazorger wordt voorgelegd: Vraag 112 had betrekking op hoe het met patiënt is gegaan in de bedoelde periode. Vindt U, dat er externe factoren zijn aan te wijzen, die hierbij in aanzienlijke mate van invloed zijn geweest? „Extern”: van buitenaf. Dus dingen, die iedereen kunnen overkomen, die toevallig zijn. Waar patiënt niets aan kan doen. Onverwachte mee- of tegenvallers. Enz.

„In aanzienlijke mate”: zo'n grote invloed, dat zonder zo'n factor U voor Uw

antwoord op vraag 112 de andere schaal zouden hebben gebruikt. Er mogen ten hoogste twee van de externe factoren worden gekozen.

N.B. Alleen factoren noemen, als die werkelijk van gewicht worden geacht. Is geen der vermelde factoren van voldoende gewicht, dan niets kiezen. Ook in een twijfelgeval: niet kiezen.

I Hieronder is een aantal **ongunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 112 **schaal II** is gebruikt en indien nazorger van mening is, dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal I had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

114 - 123. Externe factoren IA - IJ nazorger

Deze komen overeen met de ongunstige „externe factoren patiënt” (var. 75 - 84).

II Hieronder is een aantal **gunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 112 **schaal I** is gebruikt en indien nazorger van mening is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal II had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

124 - 129. Externe factoren IIA - IIE en IJ nazorger

Deze komen overeen met de gunstige „externe factoren patiënt” (var. 85 - 90).

Categorieën met absolute frequentieverdeling: van de categorieën „ja” en „neen” van alle genoemde externe factoren is in tabel 114 uitsluitend de „ja” categorie vermeld.

TABEL 114 UITKOMST BETREFFENDE DOORSLAGGEVENDE TOEVALS-FACTOREN. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

Doorslaggevend in ongunstige zin	
Verandering in partnerrelatie	2
Verandering in gezinssituatie	2
Verandering in familiesituatie	1
Verandering in werk- of schoolsituatie	2
Verandering in woonsituatie	3
Beloop nazorg	0
Discontinuering lithiummedicatie	0
Discontinuering depôt-neurolepticum	0
Niet opvolgen advies	0
Andere factor	9
Doorslaggevend in gunstige zin	
Verandering in partnerrelatie	4
Verandering in gezinssituatie	7
Verandering in familiesituatie	2
Verandering in werk- of schoolsituatie	7
Verandering in woonsituatie	3
Andere factor	21
	—
Totaal	63'

¹ Er hadden in totaal $217 \times 2 = 434$ toevalsfactoren opgegeven kunnen worden, omdat elke nazorger er twee had mogen noemen. Het is om deze reden, dat de in deze bijlage gebruikelijke relatieve frequentieverdeling niet is vermeld.

130. Uitkomst 2 nazorger

Toelichting: betreft richting beloop. Vraag aan nazorger: Patiënts algemene toestand in de bedoelde periode:

- a) vertoonde een stijgende lijn.
- b) was overwegend constant.
- c) was sterk wisselend, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen.
- d) vertoonde een dalende lijn.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 130 **UITKOMST 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER**

	absoluut	%
Stijgende lijn	43	15,0
Overwegend constant	94	32,8
Sterk wisselend, zonder duidelijk stijgende of dalende lijn	47	16,4
Dalende lijn	19	6,6
Onbekend	14	4,9
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

TABEL 130.1 **UITKOMST 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN**

	absoluut	%
Stijgende of dalende lijn	62	21,6
Geen stijgende of dalende lijn	141	49,1
Onbekend	14	4,9
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

131. Uitkomst 3 nazorger

Toelichting: betreft (indicatie tot) heropname. Vraag aan onderzoek-assistente: In de bedoelde periode was er van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:

- a) geen sprake.
- b) wel sprake.

Er was van een duidelijke indicatie tot heropname sprake wanneer de hulpverlenende instantie (bijvoorbeeld huisarts, SPD-psychiater, begeleidend maatschappelijk werkster) een psychiatrische opname noodzakelijk achtte. Deze mogelijkheid moet worden vermeld, omdat het kan voorkomen, dat

bovenbeschreven noodzaak wel bestaat of heeft bestaan, maar dat de opneming (nog) niet is geëffectueerd.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 131 UITKOMST 3: (INDICATIE TOT) PSYCHIATRISCHE HEROPNAME¹ IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Geen (indicatie tot) heropname	170	59,2
(Indicatie tot) heropname	37	12,9
Onbekend	10	3,5
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

¹ D.w.z. psychiatrische heropname van langer dan één week.

132. Uitkomst 4 nazorger

Toelichting: betreft suïcidaliteit. Vraag aan onderzoek-assistente: Patiënt, in de bedoelde periode,

- a) uitte en/of gedroeg zich niet suïcidaal.
- b) uitte en/of gedroeg zich suïcidaal, zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
- c) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk was.
- d) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was.
- e) pleegde suïcide.

Het voornaamste motief is hier niet in het geding, dus tussen zelfmoordpoging, parasuïcidale geste en pauze wordt hier geen onderscheid gemaakt. Alleen suïcidale gedachten, zonder uitingen of gedragingen: antwoord a.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 132 UITKOMST 4: SUÏCIDALITEIT IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Geen suïcidaliteit	179	62,4
Suïcidale signalen	21	7,3
Tentamen suïcidii zonder ziekenhuisopname	3	1,0
Tentamen suïcidii met ziekenhuisopname	3	1,0
Suïcide	1	0,3
Onbekend	10	3,5
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

133. Uitkomst 5 nazorger

Toelichting: betreft patiënts toestand na een half jaar. Vraag aan onderzoek-assistente: Hoe is patiënts toestand momenteel?

N.B. Deze vraag vervalt, als patiënt langer dan één week psychiatrisch heropgenomen is geweest.

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 133 UITKOMST 5: DE TOESTAND NA EEN HALF JAAR.
BEANTWOORDING DOOR NAZORGER

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	5	1,7
Goed	67	23,3
Redelijk	39	13,6
Matig	20	7,0
Slecht	23	8,0
Heel slecht	3	1,0
Inmiddels psychiatrisch heropgenomen	17	5,9
Inmiddels overleden	9	3,1
Onbekend	34	11,8
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

TABEL 133.1 UITKOMST 5: DE TOESTAND NA EEN HALF JAAR.
BEANTWOORDING DOOR NAZORGER, SAMEN-
GEVOEGDE CATEGORIEËN

	absoluut	%
Overwegend goed	111	38,7
Overwegend slecht	46	16,0
Heropgenomen geweest, overleden, onbekend	60	20,9
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

134. Beoordeling overdracht behandeling

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Is nazorger tevreden over de wijze, waarop de verdere behandeling en begeleiding aan hem/haar is overgedragen door de afdeling psychiatrie?

Toelichting:

Bron: onderzoek-assistente (blad XI).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 134

**OORDEEL VAN NAZORGER OVER WIJZE WAAROP DE
AFDELING DE BEHANDELING HEEFT OVERGEDRAGEN¹**

	absoluut	%
Tevreden	139	48,4
Niet tevreden	41	14,3
Onbekend	1	0,3
Niet dezelfde nazorger als bij ontslag genoteerd	36	12,5
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

¹ Zie voor de bespreking van de door nazorgers gegeven commentaren Bijlage IC.

135. Waardering enquête

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Werd door de nazorger spontaan iets gezegd over zijn/haar waardering ten aanzien van dit onderzoek?

N.B. Het gaat niet om waardering van inhoud vragen, maar van het feit dat een dergelijk onderzoek wordt verricht.

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 135

**SPONTANE UITSPRAAK OVER HET ONDERZOEK
DOOR DE NAZORGER**

	absoluut	%
Geen spontane uitspraak	174	60,6
Opvallend positief	14 ¹	4,9
Noch opvallend positief, noch opvallend negatief	22	7,7
Opvallend negatief	4	1,4
Onbekend	4	1,4
Geen vraaggesprek	69 ¹	24,0
Totaal	287	100,0

¹ Eenmaal liet een nazorger zich in het voorafgaand contact opvallend positief uit over het onderzoek, terwijl hij echter tevens verhinderd was inzake het vraaggesprek.

TABEL 135.1

**SPONTANE UITSPRAAK OVER HET ONDERZOEK DOOR
DE NAZORGER. SAMENGEVOEGDE CATEGORIEËN**

	absoluut	%
Geen spontane uitspraak	174	60,6
Wel spontane uitspraak	40 ¹	13,9
Onbekend	4	1,4
Geen vraaggesprek	69 ¹	24,0
Totaal	287	100,0

¹ Zie noot bij tabel 135.

136. Verschil bezoekdata

Toelichting: hoeveel tijd ligt er tussen datum huisbezoek en datum vraaggesprek?

Bron: secretaresse (blad VII, op basis bladen VIII en X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 136 TIJDSVERSCHIL TUSSEN HUISBEZOEK EN VRAAGGESPREK

	absoluut	%
<2 weken	80	27,9
2 - <5 weken	51	17,8
Onbekend	5	1,7
Niet van toepassing	151	52,6
Totaal	287	100,0

137. Duur huisbezoek

Toelichting: vraag aan huisbezoeker: Hoelang duurde het huisbezoek?

Bron: huisbezoeker (blad VIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 137 HET HUISBEZOEK. TIJDSDUUR

	absoluut	%
<30 minuten	55	19,2
30 - <60 minuten	79	27,5
60 minuten en langer	19	6,6
Onbekend	6	2,1
Geen huisbezoek	128	44,6
Totaal	287	100,0

138. Duur vraaggesprek

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: Hoelang duurde het vraaggesprek met de nazorger?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 138 HET VRAAGGESPREK. TIJDSDUUR

	absoluut	%
<30 minuten	213	74,2
30 - <60 minuten	2	0,7
60 minuten en langer	0	0,0
Onbekend	2	0,7
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

De variabelen 139 t/m 146 betreffen een eventuele discrepantie tussen beantwoordingen van patiënt en nazorger.

Op basis van **blad IX** en **blad XI** stelt secretaresse deze vast. Indien er sprake is van één of meer discrepanties, dan laat zij die zo spoedig mogelijk weten aan de betreffende onderzoek-assistente; tevens legt zij deze schriftelijk vast op blad XI en retourneert zij daarna blad X en XI aan onderzoek-assistente.

De onderzoek-assistente legt dan telefonisch de discrepantie(s) voor aan de nazorger en geeft eventuele correctie(s) aan.

- 139. Discrepantie 1 patiënt - nazorger: lithium**
Toelichting: Is er discrepantie tussen de antwoorden op vraag 70 van patiënt en van de nazorger op vraag 109?
- 140. Discrepantie 2 patiënt - nazorger: depôt**
Toelichting: Is er discrepantie tussen de antwoorden op vraag 71 van patiënt en van de nazorger op vraag 110?
- 141. Discrepantie 3 patiënt - nazorger: advies**
Toelichting: Is er discrepantie tussen de antwoorden op vraag 72 van patiënt en van de nazorger op vraag 111?
- 142. Discrepantie 4 patiënt - nazorger: algemene toestand**
Toelichting: Is er discrepantie tussen de antwoorden op vraag 73 van patiënt en van de nazorger op vraag 112?
Criterium: verschillende schalen gebruikt.
- 143. Discrepantie 5 patiënt - nazorger: externe factoren**
Toelichting: Is er discrepantie tussen het antwoord van patiënt op de vragen 75 t/m 90 en van de nazorger op de vragen 114 t/m 129?
- 144. Discrepantie 6 patiënt - nazorger: richting beloop**
Toelichting: Is er discrepantie tussen het antwoord van patiënt op vraag 91 en van de nazorger op vraag 130?
Criterium: de één heeft een dalende lijn (mogelijkheid d) aangegeven en de ander een stijgende lijn (mogelijkheid a).
- 145. Discrepantie 7 patiënt - nazorger: heropname**
Toelichting: Is er discrepantie tussen het antwoord van patiënt op vraag 92 en van nazorger op vraag 131?
- 146. Discrepantie 8 patiënt - nazorger: toestand momenteel**
Toelichting: Is er discrepantie tussen het antwoord van patiënt op vraag 94 en van nazorger op vraag 133?
Criterium: verschillende schalen gebruikt.

Categorieën met frequentieverdeling: van de categorieën „ja”, „neen” en „gecorrigeerd” van alle genoemde discrepanties zijn in tabel 139 alleen de „ja” en de „gecorrigeerd” categorie vermeld.

TABEL 139 DISCREPANTIE TUSSEN BEANTWOORDINGEN VAN PATIËNT EN VAN NAZORGER

	niet gecorrigeerd	wel gecorrigeerd
Discrepantie betreffende:		
Continuering lithiummedicatie	2	1
Continuering depôt-neurolepticum	0	0
Opvolgen advies	1	0
Uitkomst 1: algemene toestand	21	0
Externe factoren	29	2
Uitkomst 2: richting beloop	3	0
Uitkomst 3: (indicatie tot) psychiatrische heropname	17	1
Uitkomst 5: toestand na een half jaar	22	0
Totaal	95 ¹	4

¹ Er hadden in totaal $136 \times 8 = 1088$ discrepanties genoteerd kunnen worden. Het is om deze reden dat de in deze bijlage gebruikelijke relatieve frequentieverdeling niet is vermeld.

147. Bekendheid arts-heropname patiënt

Toelichting: vraag aan behandelend arts, wanneer eerste psychiatrische heropname heeft plaatsgevonden op onze afdeling: Had U, behalve misschien de naam, vóór deze heropname ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 147 HET KENNEN VAN PATIËNT DOOR DE ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Arts-heropname kende patiënt	17	5,9
Arts-heropname kende patiënt niet	2	0,7
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

148. Bekendheid arts-heropname predictie

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Bent U geheel of gedeeltelijk op de hoogte van de bij het vorig ontslag opgestelde predictie?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 148 HET KENNEN VAN DE PREDICTIE DOOR DE ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Arts-heropname kent predictie, was behandelend arts	15	5,2
Arts-heropname kent predictie, was geen behandelend arts	2	0,7
Arts-heropname kent predictie niet, was toendertijd ¹ wel op de afdeling werkzaam	1	0,3
Arts-heropname kent predictie niet, was toendertijd ¹ niet op de afdeling werkzaam	1	0,3
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

¹ Dat wil zeggen ten tijde van de vorige opname.

149. Tussentijdse informatie arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Heeft U in de bedoelde periode ooit enige informatie over patiënt ontvangen?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 149 DOOR DE ARTS-HEROPNAME ONTVANGEN INFORMATIE IN DE BEDOELDE PERIODE

	absoluut	%
Informatie ontvangen in kader nazorg	3	1,0
Informatie ontvangen niet in kader nazorg	10	3,5
Geen informatie ontvangen	6	2,1
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

150. Lithium arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende Priadel- (resp. lithium-) medicatie voorgeschreven:

Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering voortgezet?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 150 CONTINUERING VAN DE LITHIUMMEDICATIE.
BEANTWOORDING DOOR ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Continuering lithium	2	0,7
Discontinuering lithium	1	0,3
Niet van toepassing	16	5,6
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

151. Depôt-neurolepticum arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende depôt-medicatie voorgeschreven:

Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 151 CONTINUERING VAN DE NEUROLEPTISCHE
DEPÔT-MEDICATIE. BEANTWOORDING
DOOR ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Continuering depôt-neurolepticum	1	0,3
Discontinuering depôt-neurolepticum	0	0,0
Niet van toepassing	18	6,3
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

152. Advies arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: In het post scriptum van de ontslagbrief is het volgende dringende advies genoemd:

Is dit advies in de bedoelde periode opgevolgd?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 152 OPVOLGEN VAN HET ADVIES VAN DE AFDELING.
BEANTWOORDING DOOR ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Advies opgevolgd	2	0,7
Advies niet opgevolgd	0	0,0
Niet van toepassing	17	5,9
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

153. Uitkomst 1 arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Hoe is het in de bedoelde periode met patiënt gegaan?

Voor toelichting op het gebruik van de driepunts antwoordschalen zij verwezen naar var. 36.

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categoriseer met frequentieverdeling:

TABEL 153 UITKOMST 1: DE ALGEMENE TOESTAND IN DE
BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR
ARTS-HEROPNAME

	absoluut	%
Beter is niet denkbaar, erg goed	0	0,0
Goed	1	0,3
Redelijk	1	0,3
Matig, niet zo tevreden	2	0,7
Slecht	15	5,2
Heel slecht	0	0,0
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

154. Tussenmogelijkheid arts-heropname

Toelichting: vraag aan arts-heropname: Heeft U bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist?

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 154 BEZWAAR VAN ARTS-HEROPNAME TEGEN HET
ONTBREKEN VAN EEN TUSSENMOGELIJKHEID
BIJ BEANTWOORDING UITKOMST 1

	absoluut	%
Bezwaar	0	0,0
Geen bezwaar	3	1,0
Niet van toepassing	16	5,6
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

Externe factoren arts-heropname

Aan arts-heropname wordt voorgelegd: Vraag 153 had betrekking op hoe het met patiënt is gegaan in de bedoelde periode. Vindt U, dat er externe factoren zijn aan te wijzen, die hierbij in aanzienlijke mate van invloed zijn geweest?

„Extern”: van buitenaf. Dus dingen, die iedereen kunnen overkomen, die toevallig zijn. Waar patiënt niets aan kan doen. Onverwachte mee- of tegenvallers. Enz.

„In aanzienlijke mate”: zo'n grote invloed, dat zonder zo'n factor U voor Uw antwoord op vraag 153 de andere schaal zou hebben gebruikt. Er mogen ten hoogste twee van de externe factoren worden gekozen.

N.B. Alleen factoren noemen, als die werkelijk van gewicht worden geacht. Is geen der vermelde factoren van voldoende gewicht, dan niets kiezen. Ook in een twijfelgeval: niet kiezen.

I Hieronder is een aantal ongunstige externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 153 **schaal II** is gebruikt en indien arts-heropname van mening is, dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal I had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

155 - 164. Externe factoren IA - Ij arts-heropname

Deze komen overeen met de ongunstige „externe factoren patiënt” (var. 75 - 84).

II Hieronder is een aantal **gunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 153 **schaal I** is gebruikt en indien arts-heropname van mening is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal II had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

165 - 170. Externe factoren IIA - IIE en Iij arts-heropname

Deze komen overeen met de gunstige „externe factoren patiënt” (var. 85 - 90).

Categorieën met absolute frequentieverdeling: van de categorieën „ja” en „neen” van alle genoemde externe factoren is in Tabel 155 uitsluitend de „ja” categorie vermeld.

TABEL 155 UITKOMST BETREFFENDE DOORSLAGGEVENDE TOEVALSFACTOREN. BEANTWOORDING DOOR ARTS-HEROPNAME

Doorslaggevend in ongunstige zin	
Verandering in partnerrelatie	4
Verandering in gezinssituatie	3
Verandering in familiesituatie	1
Verandering in werk- of schoolsituatie	1
Verandering in woonsituatie	1
Beloop nazorg	3
Discontinuering lithiummedicatie	0
Discontinuering depôt-neurolepticum	0
Niet opvolgen advies	0
Andere factor	0
Doorslaggevend in gunstige zin	
Verandering in partnerrelatie	0
Verandering in gezinssituatie	0
Verandering in familiesituatie	0
Verandering in werk- of schoolsituatie	0
Verandering in woonsituatie	0
Andere factor	0
Totaal	13 ¹

¹ Er hadden in totaal $19 \times 2 = 38$ toevalsfactoren opgegeven kunnen worden, omdat elke arts-heropname er twee had mogen noemen. Het is om deze reden, dat de in deze bijlage gebruikelijke relatieve frequentieverdeling niet is vermeld.

171. Uitkomst 2 arts-heropname

Toelichting: betreft richting beloop. Vraag aan arts-heropname: Patiënt's algemene toestand in de bedoelde periode:

- a) vertoonde een stijgende lijn.
- b) was overwegend constant.
- c) was sterk wisselend, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen.
- d) vertoonde een dalende lijn.

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 171 **UITKOMST 2: RICHTING VAN HET BELOOP VAN DE ALGEMENE TOESTAND IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR ARTS-HEROPNAME**

	absoluut	%
Stijgende lijn	1	0,3
Overwegend constant	5	1,7
Sterk wisselend, zonder duidelijk stijgende of dalende lijn	2	0,7
Dalende lijn	11	3,8
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

172. Uitkomst 4 arts-heropname

Toelichting: betreft suïcidaliteit. Vraag aan arts-heropname: Patiënt, in de bedoelde periode,

- a) uitte en/of gedroeg zich niet suïcidaal.
- b) uitte en/of gedroeg zich suïcidaal, zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
- c) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk was.
- d) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was.

Bron: arts-heropname (blad XIII).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 172 **UITKOMST 4: SUÏCIDALITEIT IN DE BEDOELDE PERIODE. BEANTWOORDING DOOR ARTS-HEROPNAME**

	absoluut	%
Geen suïcidaliteit	11	3,8
Suïcidale signalen	5	1,7
Tentamen suïcidii zonder ziekenhuisopname	0	0,0
Tentamen suïcidii met ziekenhuisopname	3	1,0
Geen heropname Dijkzigt	268	93,4
Totaal	287	100,0

173. Naam onderzoek-assistente

Toelichting: door wie is blad X ingevuld?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 173

HET VRAAGGESPREK. OPgegeven AANTAL PER
ONDERZOEK-ASSISTENTE

	absoluut	%
Onderzoek-assistente 1	124	43,2
Onderzoek-assistente 2	128	44,6
Niet opgegeven ¹	35	12,2
Totaal	287	100,0

¹ Waaronder bekend geworden overlijdensgevallen, heropnamen Dijkzigt en direct na het ontslag naar het buitenland vertrokken patiënten.

174. Kennis nazorger

Toelichting: vraag aan onderzoek-assistente: In welke mate was volgens U de nazorger op de hoogte van patiënt en diens omstandigheden?

Bron: onderzoek-assistente (blad X).

Categorieën met frequentieverdeling:

TABEL 174 INDRUK OVER HET KENNEN VAN PATIËNT DOOR DE
NAZORGER

	absoluut	%
In meer dan gebruikelijke mate	13	4,5
In gebruikelijke mate	163	56,8
In minder dan gebruikelijke mate	41	14,3
Geen vraaggesprek	70	24,4
Totaal	287	100,0

BIJLAGE IA

CODELIJST „SOCIALE STATUS: BEROEPSKLASSEN“

- 01 Schei- en natuurkundigen, geologen, analisten.
 Architecten, ingenieurs, bedrijfskundigen.
 Landmeetkundigen, tekenaars, middelbare technici.
 Vlieg- en scheepsofficieren.
 Biologen, landbouwkundigen, klinische analisten.
 Artsen, specialisten, apothekers.
 Verpleegkundigen, therapeuten, opticiens, apothekers-assistenten.
 Statistici, wiskundigen, systeem-analisten, programmeurs.
 Economen, markt-onderzoekers.
 Accountants.
 Advocaten, rechters, notarissen.
 Onderwijzend personeel.
 Bedienaars van de eredienst, religieuzen.
 Schrijvers, journalisten, reporters.
 Beeldhouwers, kunstschilders, fotografen e.a. creatieve kunstenaars.
 Musici, toneelspelers e.a. uitvoerende kunstenaars.
 Beroepssportlieden.
 Andere wetenschappelijke vakspecialisten.
- 02 Beleidvoerende en hogere leidinggevende functies, in openbaar bestuur.
 Beleidvoerende en hogere leidinggevende functies, niet in openbaar bestuur.
- 03 Militairen.
- 04 Zwervers, prostituées.
- 05 G.S.W.-verband.
- 06 Studerenden.
- 07 Toezichhoudend- en leidinggevend administratief personeel.
 Uitvoerende hoofdambtenaren.
 Stenografen, typisten, telexisten.
 Boekhouders, kassiers.
 Machine-operateurs.
 Stationschefs, postkantoorhouders.
 Conducteurs.
 Postdistributie-personeel.
 Telefonisten, telegrafisten.
 Overig administratief personeel.
- 08 Directeuren en bedrijfsleiders groothandel.
 Directeuren en bedrijfsleiders détailhandel.
 Zelfstandige groothandelaren.
 Zelfstandige winkeliers.
 Zelfstandige détailhandelaren, niet in winkels.
 Filiaalhouders, verkoopchefs, inkopers.
 Vertegenwoordigers, handelsagenten.
 Verzekeringsagenten, makelaars, veilinghouders, taxateurs, commisionairs.
 Winkelbedienden, straatverkopers, marktlieden.
 Overige commerciële functies.
- 09 Directeuren en bedrijfsleiders horeca-bedrijven.
 Zelfstandige houders van horeca-bedrijven.
 Leidinggevend huishoudelijk personeel.
 Koks, kellners, bedienden.
 Huishoudelijk personeel.
 Huisbewaarders, werksters, glazenwassers.

Wassers en persers.
Kappers, schoonheidsspecialisten.
Brandweer, politie en bewakingspersoneel.
Gidsen, begrafenispersoneel en overigen.

- 10 Bedrijfsleiders in land- en tuinbouw.
Zelfstandige agrariërs.
Landarbeiders, tuindersknechten e.d.
Boswachters, bosarbeiders.
Vissers en jagers.
- 11 Toezichhoudend- en leidinggevend productiepersoneel.
Mijnwerkers, bronboorders e.d.
Smelters, gieters, galvaniseurs e.d.
Houtbereiders, zagers, papiermakers.
Chemische proces-arbeiders.
Textielarbeiders.
Leerlooiers, pelsarbeiders.
Voedingsmiddelenbereiders.
Tabaks- en sigarenmakers.
Kleermakers, modistes, stoffeerders.
Schoenmakers.
Meubelmakers, machinale houtbewerkers.
Steenhouwers.
Smeden, gereedschapmakers, slijpers, polijsters.
Bankwerkers, monteurs, instrumentmakers.
Electromonteurs.
Bedieners van radio en TV.
Loodgieters, plaatwerkers, lassers.
Juweliers, diamantbewerkers, goudsmiden.
Glas- en aardewerkarbeiders, -decoreurs.
Rubber- en plasticproductenmakers.
Papierwaren- en cartonnagewerkers.
Drukkers en boekbinders.
Huisschilders.
Muziekinstrumentmakers, stemmers, mandenvlechters, betonwarenmakers, minerale productenmakers.
Bouwvakarbeiders, timmerlieden, stucadoors, glaszetters, ijzervlechters.
Landmachinisten en stokers.
Laders en lossers, kraanmachinisten, heftruckdrijvers, magazijnbedienden.
Matrozen, poetsers, treinmachinisten, rangeerders, chauffeurs, trambe-
stuurders, koetsiers.
Grondwerkers en overige reinigers en sjouwers.

BIJLAGE IB

COMMENTAAR PATIËNTEN

Hieronder volgt een schematisch overzicht van de opmerkingen die door de patiënten werden gegeven bij de beantwoording van de vraag: „Bent U tevreden over de behandeling?” (var. 95). Zoals uit dit schema moge blijken is het categoriseren der opmerkingen niet volgens strenge inderingsprincipes, maar uit de losse hand gedaan. Aan de vermelde conclusies moet dan ook meer een trendmatige dan een getalsmatige waarde worden toegekend.

Op var. 95 gaven 152 patiënten een antwoord; 110 van hen maakten

1. In totaal 194 opmerkingen.
Negatief 163, positief 31.
2. **Negatieve waardering:** bezwaren tegen de afdeling, dat wil zeggen tegen aspecten die voor elke patiënt gelden (94) + eigen onaangename ervaringen (69).
 - 2.1. Bezwaren tegen de afdeling: structuur (67) + werkwijze (27).
 - 2.1.1. Bezwaren tegen structuur

Gesloten afdeling	29
Te goed voor afdeling	9
Creatieve therapie	9
Mede-patiënten	6
Gebrek aan privacy	5
Jong + oud door elkaar	2
Slecht eten	2
Afdeling onrustig	2
Gesloten w.c.	1
Geluidshinder	1
Afdeling te klein	1
 - 2.1.2. Bezwaren tegen werkwijze

Groepsgesprekken 5-Zuid	9
Geen bezoek	8
Te weinig vrijheid	3
Grote visite	2
Corvee	2
Te weinig lichamelijke activiteit	1
Alles wordt opgeschreven	1
Te weinig activiteiten op 5-Zuid	1
 - 2.2. Eigen onaangename ervaringen

Te weinig aandacht in het algemeen	12
Slecht contact met arts	12
Handelwijze arts	7
Slecht contact met verpleging	7
Handelwijze verpleging	6
Verblijf in isoleer	4
Inschakeling bij onderwijs	4
Arts te sceptisch	3
Medicatie	3
Overdracht nazorg niet goed	2
Te lang op gesloten afdeling	2
Te veel nadruk op alcohol	1
Psychologisch onderzoek onvoldoende besproken	1
Verblijf op 5-Zuid te lang	1
Te lang wachten op overplaatsing	1
Sfeer 5-Zuid	1

Saai	1
Teveel verloren tijd	1

3. Positieve waardering: afdeling (18) + eigen behandeling (13).

3.1. Waardering voor afdeling

Creatieve therapie	14
Groepsgesprekken 5-Zuid	2
Zwemmen	1
Platen draaien	1

3.2. Waardering eigen behandeling

Contact met arts	7
Contact met verpleging	5
Contact met maatschappelijk werkster	1

4. Conclusies:

1. Meeste kritiek op structuur (dat wil zeggen 54 van de 67 bezwaren) betreft gesloten deuren (29) en heterogeniteit patiëntenpopulatie (25 = te goed voor afdeling (9) + mede-patiënten (6) + privacy (5) + jong en oud (2) + onrust (2) + te klein (1)).
2. Daarnaast wordt het meest gezegd over de arts (22x negatief, 7x positief), de Creatieve Therapie (9x negatief, 11x positief) en de verpleging (13x negatief, 5x positief).

BIJLAGE IC

COMMENTAAR NAZORGERS

Hieronder volgt een schematisch overzicht van de opmerkingen die door de nazorgers werden gegeven bij de beantwoording van de vraag: „Bent U tevreden over de wijze, waarop de verdere behandeling en begeleiding aan U is overgedragen?” (var. 134). Zoals uit dit schema moge blijken is het categoriseren der opmerkingen niet volgens strenge indelingsprincipes, maar uit de losse hand gedaan. Aan de vermelde conclusies moet dan ook meer een trendmatige dan een getalsmatige waarde worden toegekend.

Op var. 134 gaven 180 nazorgers een antwoord; 123 van hen maakten:

1. In totaal 113 opmerkingen betreffende „overdracht behandeling” (verklaring verschil 113-123: aantal opmerkingen betrof niet onze afdeling). Negatief 62, positief 51.
2. **Negatieve waardering:** kritiek op beleid (20) + kritiek op gebrek aan continuïteit (42).
 - 2.1. Kritiek op beleid: behandeling (11) + ontslagbeleid (9).
 - 2.1.1. Kritiek op behandeling

Niet eens met therapeutische aanpak	9
Te gauw weer ontslagen	1
Ten onrechte opname op gesloten afdeling	1
 - 2.1.2. Kritiek op ontslagbeleid

Nazorg niet door Dijkzigt zelf	6
Medicatie niet door Dijkzigt zelf	1
Met te zware medicatie ontslagen	1
Verkeerde nazorg	1
 - 2.2. Kritiek op gebrek aan continuïteit

Ontslagbrief te laat	12
Overdracht onvoldoende	12
Te weinig contact	6
Geen overdracht	3
Te weinig contact na ontslag	3
Ontslagbrief te weinig informatie	2
Patiënt te weinig thuis bezocht	1
Heropname niet in Dijkzigt	1
Algemeen slecht contact met „de” psychiatrie	1
Geen ontslagbrief	1
3. **Positieve waardering:** overleg (17) + continuïteit (34).
 - 3.1. Waardering overleg tijdens opname

Contact tijdens opname	9
Mondeling overleg over aanpak	8
 - 3.2. Waardering over continuïteit behandeling

Goede ontslagbrief	32
Overdracht goed	2
4. **Conclusies:**
 1. De ontslagbrieven worden positief gewaardeerd (32). Echter: zij komen nogal eens te laat (12).
 2. Afgezien van wat over de brieven gezegd wordt, komt de continuïteit van de behandeling er niet te best vanaf: slechts 2x wordt de overdracht goed genoemd, terwijl er 15x (= overdracht onvoldoende (12) + geen overdracht (3)) kritiek is en ook het ontslagbeleid 9x wordt bekritiseerd.
 3. Overleg reeds tijdens de opname wordt duidelijk op prijs gesteld (en kan natuurlijk „niet eens met de therapeutische aanpak” (9) vaak voorkómen).

BIJLAGE II

TEKST ONDERZOEKSBLADEN

BLAD I

De nummers van sommige vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**.

A. Onderzoeker, donderdagochtend

- achternaam patiënt:
- 17. door hoeveel artsen behandeld? ja / neen
- 21. psychologisch onderzoek? ja / neen
- 23. milieu-onderzoek? ja / neen
- maatschappelijk werk bemoeienis van enige omvang? ja / neen
- 28. ontslag vanuit 5-Zuid? ja / neen
- namen leden predictieteam:
 - behandelend arts:
 - unit-hoofd 5M/5N:
 - hoofdverpleegkundige 5M/5N:
 - unit-hoofd 5Z/hoofd afdeling:
 - hoofdverpleegkundige 5Z:
 - psycholoog:
 - maatschappelijk werkster:
 - voorzitter:

B. Secretaresse, donderdagmiddag

- naam + voornamen (voluit):
- 3. geslacht man / vrouw
- geboortedatum:
- adres:
- telefoonnummer:
- datum opname:

C. Onderzoeker, bijeenkomst predictieteam

- datum:
- namen aanwezige teamleden:
 - behandelend arts:
 - unit-hoofd 5M/5N:
 - hoofdverpleegkundige 5M/5N:
 - unit-hoofd 5Z/hoofd afdeling:
 - hoofdverpleegkundige 5Z:
 - psycholoog:
 - maatschappelijk werkster:
 - voorzitter:
- 1. onderzoeksnummer:
- 42. predictieteam compleet? ja / neen
- 41. predictie achteraf? ja / neen
- diagnose:
- ICD-nummer(s):
- 31. diagnosekern:
- 24. aantal rapport-„punten“:
- tekst post scriptum ontslagbrief:

D. Onderzoeker, na ontslag patiënt

- datum ontslag:
- diagnose:
- ICD-nummer(s):
- 31. diagnosekern:
- 26. patiënt aanzienlijk verbeterd, resp. hersteld? ja / neen

39. nazorg in schrift genoteerd? ja / neen
 — nazorginstantie:
 40. supervisie-oordeel: meer dan voldoende / voldoende / onvoldoende.

E. Secretaresse

(op basis bovenstaande gegevens)

30. opnameduur: <1 dag / 1 dag - <1 week / 1 week - <3 maanden /
 3 - <12 maanden / 12 maanden en langer.
 2. leeftijd patiënt op predictiedatum: jaar.
 18. hoelang is arts op datum teambijeenkomst in dienst?
 <1 maand / 1 - <3 maanden / 3 - <6 maanden /
 6 maanden en langer.
 — volledige naam + adres nazorginstantie:
 — telefoonnummer nazorginstantie:
 — datum aanschrijven burgerlijke stand:
 (= 4½ maand na ontslag).
 — datum vervolgonderzoek:
 (= 6 maanden na ontslag).
 — post scriptum? ja / neen

BLAD II

Bestemd voor **behandelend arts**.

Dit formulier s.v.p. inleveren op bijeenkomst predictieteam.

Betreft patiënt:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**.

4. Gehuwd / ongehuwd met vaste partner / ongehuwd zonder vaste partner.
 Toelichting: gebaseerd op toestand predictiedatum.
 Ongehuwd betekent ook: weduwschap, gescheiden van echt.
 Vaste partner: delen van tafel en bed, tenminste daterend van een half jaar voor opname en nog bestaand bij ontslag.
5. Heeft patiënt een minnares (minnaar)? ja / neen
 Toelichting: dat wil zeggen patiënt kan gehuwd zijn en zichzelf moeten verdelen over echtgenote (echtgenoot) en minnares (minnaar) of patiënt is ongehuwd (zoals bij var. 4 omschreven) en moet de partner delen met diens (dier) echtgenoot (echtgenote). Ook hier moet de relatie dateren van tenminste een half jaar voor opname en nog bestaan bij het ontslag.
6. Beroep:
 Toelichting: het gaat om het laatst uitgeoefende beroep voor de opname. S.v.p. zorgvuldige aanduiding. Scholieren, gehuwde (of gehuwd geweest zijnde) vrouwen: beroep vader, resp. (ex)-echtgenoot.
7. Opleiding:
 Toelichting: s.v.p. opgeven het laatst **voltooid** onderwijs, niet afgekort (bijv. VWO) maar voluit genoemd (bijv. Gymnasium).

8. Werkend / niet werkend / pensioen / studierend.

Toelichting: betreft werksituatie gedurende de laatste maand voor opname.
Huisvrouw: wel functionerend = werkend, niet of nauwelijks functionerend = niet werkend.

Onder „niet werkend” wordt o.a. verstaan: WW, Ziektewet, WAO, „Bijstand”, niet in staat tot studeren.

Studierend: dagopleiding, dus ook scholier.

9. Opleiding vader:

Toelichting: ook hier s.v.p. het laatst **voltooid**e onderwijs, volledig omschreven.

10. a. Is patiënt scholier? ja / neen
b. Betreft het gehuwde (gehuwd geweest zijnde) vrouw? ja / neen
c. Indien vraag 10b bevestigend is beantwoord, opleiding (ex)echtgenoot:
11. Ouderlijk cultuurpatroon: Nederlands / Buitenlands.
Toelichting: het gaat hier om de vraag, in welk cultuurpatroon patiënt is opgevoed, Nederlands of Buitenlands.
Buitenlands: buiten de Nederlandse grenzen (bijv. in Suriname, de Antillen, België, Spanje), in niet-Nederlands gezin (ambassadeursgezin is bijv. wel een Nederlands gezin).
12. Is er ooit een ouder, kind, broer of zuster psychiatrisch opgenomen geweest? ja / neen
13. Is er ooit een andere bloedverwant psychiatrisch opgenomen geweest? ja / neen
14. Is patiënt ooit, waar dan ook, psychiatrisch opgenomen geweest? ja / neen
16. De huidige opname geschiedde: vrijwillig / onvrijwillig
Toelichting: „onvrijwillig” = IBS, of indien patiënt het uitdrukkelijk niet met de opname eens was. In alle andere gevallen wordt „vrijwillig” ingevuld.
19. Hoe kon U het, als behandelend arts, met patiënt vinden?
Beter dan gebruikelijk / zoals gebruikelijk / minder goed dan gebruikelijk
Toelichting: met „zoals gebruikelijk” wordt bedoeld: „zoals ik het in den regel met een patiënt vinden kan”.
20. Voor een normale beoordeling van patiënt was het aantal betrouwbare, (hetero)anamnestisch verkregen gegevens, incl. mondeling en schriftelijk verkregen medische gegevens: voldoende / onvoldoende
22. Voor een normale beoordeling van patiënt's sociale situatie was het aantal betrouwbare, (hetero)anamnestisch verkregen gegevens: voldoende / onvoldoende
25. Is patiënt ooit bij het onderwijs ingeschakeld geweest? ja / neen
Toelichting: bijv. college, demonstraties, video-opname.
27. Is er tijdens de laatste twee weken nog een duidelijke verandering in patiënt's toestand opgetreden? ja / neen
Toelichting: met „verandering” wordt zowel verbeteren als verslechteren bedoeld.

BLAD IIA

Bestemd voor behandelend arts.

De onderstaande vragen zullen in de bijeenkomst van het predictieteam door de voorzitter aan de orde worden gesteld. U wordt verzocht, deze vragen tevoren op dit formulier te beantwoorden, opdat op de teambijeenkomst deze vragen zo goed en zo vlot mogelijk beantwoord zullen kunnen worden.

Dit formulier behoeft niet te worden ingeleverd.

Betreft patiënt:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juist antwoord **omcirkelen**.

15. Vermoedelijke tijdsduur tussen opneming en debuut der symptomen, die tot deze opneming aanleiding gaven:

<1 week / 1 - <6 weken / 6 weken en langer.

Toelichting: het gaat om vermoedelijke tijdsduur tussen opneming en debuut der symptomen, die tot deze opneming aanleiding gaven. Dus niet: hoelang is patiënt al lijdende aan deze ziekte, maar hoelang was die symptomatologie aanwezig, die uiteindelijk tot opneming heeft geleid?

29. Vindt het ontslag plaats na overleg tussen U en patiënt en stemt U er beiden mee in? ja / neen

Toelichting: antwoord neen bij bijv. tegen advies ontslag, weggelopen patiënt, patiënt had nog willen blijven maar U zag er het nut niet van in, patiënt vertrekt terwijl U nog een weekje had willen wachten enz. enz.

31. Ontslagdiagnose:

Toelichting: indien er een diagnose wordt gegeven, waarvan de elementen (ICD-nummers) over verschillende van de 10 diagnosegroepen zijn verspreid, welke diagnosegroep is dan voor de predictie van het meeste belang:

- 01 = dementieën op latere leeftijd (290, 293.0, 293.1)
- 02 = andere organische toestanden (292, 293, 294, 309)
- 03 = schizofrenie (295)
- 04 = affectieve psychosen (296)
- 05 = andere psychotische toestanden (297, 298, 299)
- 06 = neurotische stoornissen (300, 305, 306, 307, 308)
- 07 = persoonlijkheidsstoornissen (301, 302)
- 08 = verslavingsziekten (291, 294.3, 303, 304)
- 09 = oligofrenie 310 t/m 315)
- 10 = observatie (793)

S.v.p. diagnosegroep **omcirkelen**.

32. Voor de diagnose was patiënt's ziektebeeld:

typisch / niet typisch / aanvechtbaar, discutabel.

Toelichting: het gaat om de vraag, in hoeverre hier sprake is van „een klassiek geval”, „een geheide...” of in hoeverre juist het tegenovergestelde („daar lijkt het nog het meest op”, „we hadden met evenveel recht... kunnen zeggen”) sprake is. Indien van geen van beide uiterste sprake is, dan wordt „niet typisch” ingevuld.

33. Wijkt de ontslagdiagnose in aanzienlijke mate af van de diagnostische impressie na ongeveer de eerste week van opname? ja / neen

34. Is uit patiënt's voorgeschiedenis een stereotyp, episodisch beloop van zijn/haar psychiatrische aandoening bekend, telkens terugkerende toestanden of een bepaald herhalingspatroon? ja / neen

Toelichting: let wel: zo'n stereotyp patroon kan zelfs bekend zijn, terwijl men eigenlijk niet begrijpt wat er aan de hand is en dus ook niet tot een goede diagnose kan komen.

35. Nu, vlak voor het ontslag, heeft U het gevoel, patiënt (incl. zijn/haar levenssituatie) te kennen. In welke mate is dat het geval?

In meer dan gebruikelijke mate / in gebruikelijke mate / in minder dan gebruikelijke mate.

36. Hoe zal waarschijnlijk de toestand bij ontslag zijn?

schaal I (overwegend goed)

A B C
/-----/-----/

A = beter is niet denkbaar, erg goed

B = goed

C = redelijk

schaal II (overwegend slecht)

A B C
/-----/-----/

A = matig, niet zo tevreden

B = slecht

C = heel slecht

37. Is er sprake van een lichamelijk lijden, waarvan de prognose (mede) uw predictie bepaalt? ja / neen

38. Is het de bedoeling, dat patiënt na het ontslag een onderhoudsdosering psychofarmaca blijft gebruiken? ja / neen

Toelichting: let wel: „Het is de bedoeling“ betekent, dat het ook werkelijk geïndiceerd wordt geacht.

De variabelen 50 en 52 t/m 55 behelzen de vijf predicties. Deze predicties moeten worden beschouwd als de onderdelen = elementen van de predictie. Deze predictie dient te gaan over de periode ontslag — half jaar na ontslag. Indien patiënt binnen deze periode zal komen te overlijden, zal de predictie worden beschouwd als geldende voor de periode ontslag — datum overlijden. Als U denkt, dat patiënt inderdaad binnen het komend half jaar zal overlijden (al dan niet door middel van suïcide) dan dient U zich dus af te vragen, hoe het met patiënt zal gaan tot aan het door U verwachte overlijden. Hetzelfde geldt ten aanzien van psychiatrische heropname. Hieronder wordt niet een zgn. crisisinterventie verstaan, dat wil zeggen een psychiatrische opname gedurende één week of korter. Vermoedt U, dat patiënt binnen het half jaar wederom psychiatrisch opgenomen zal moeten worden en dat die opname tevens langer dan een week zal duren, dan dient U zich dus af te vragen, hoe het met patiënt zal gaan tot aan de dag van heropname.

50. Hoe zal het met patiënt gaan in het komend half jaar (resp. tot aan overlijden of psychiatrische heropname)?

schaal I (overwegend goed)

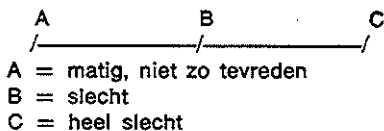
A B C
/-----/-----/

A = beter is niet denkbaar, er goed

B = goed

C = redelijk

schaal II (overwegend slecht)

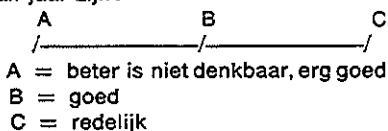


51. Heeft U bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist?
ja / neen
52. In de bedoelde periode zal patiënt's algemene toestand:
- a) een stijgende lijn vertonen.
 - b) overwegend constant zijn.
 - c) sterk wisselend zijn, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen,
 - d) een dalende lijn vertonen.
53. Na patiënt's ontslag van onze afdeling zal er in het eerste half jaar of tot aan zijn/haar overlijden van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:
- a) geen sprake zijn.
 - b) wel sprake zijn.
- Toelichting: er is van een duidelijke indicatie tot heropname sprake wanneer de hulpverlenende instantie (bijv. huisarts, SPD-psychiater, begeleidend maatschappelijk werkster) een psychiatrische opname noodzakelijk acht. Deze mogelijkheid moet worden vermeld, omdat het kan voorkomen dat bovenbeschreven noodzaak wel bestaat of heeft bestaan, maar dat de opname (nog) niet is geëffectueerd.
54. In het komend half jaar, resp. tot aan psychiatrische heropname zal patiënt:
- a) zich niet suïcidaal uiten en/of gedragen.
 - b) zich suïcidaal uiten en/of gedragen zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
 - c) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn.
 - d) een tentamen suïcidii plegen, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk zal zijn.
 - e) suïcide plegen.

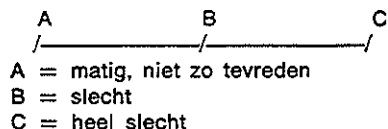
Toelichting: het voornaamste motief is hier niet in het geding, dus tussen zelfmoordpoging, parasuïcidale geste en pauze wordt hier geen onderscheid gemaakt.

55. Hoe zal patiënt's toestand over een half jaar zijn?

schaal I (overwegend goed)



schaal II (overwegend slecht)



BLAD III

Bestemd voor unit-hoofd 5M/5N.

Dit formulier s.v.p. inleveren op bijeenkomst predictie-team.

Betreft patiënt:

Behandelend arts:

Het nummer van de vraag is ontleend aan het nummer van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**.

40. Welke indruk had U bij het superviseren over de mate, waarin de behandelend arts deze patiënt begreep, doorschouwde?
meer dan voldoende / voldoende / onvoldoende.

BLAD IIIA

Bestemd voor unit-hoofd 5M/5N.

De onderstaande vragen zullen in de bijeenkomst van het predictieteam door de voorzitter aan de orde worden gesteld. U wordt verzocht, deze vragen tevoren op dit formulier te beantwoorden, opdat op de teambijeenkomst deze vragen zo goed en zo vlot mogelijk beantwoord zullen kunnen worden.

Dit formulier hoeft niet te worden ingeleverd.

Betreft patiënt:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**.

Op dit blad staan vervolgens de vragen vermeld, behorende bij de variabelen 15, 29, 31 t/m 38 en 50 t/m 55. Dit gedeelte is geheel identiek aan het overeenkomstig gedeelte van blad IIA.

BLAD IV

Bestemd voor unit-hoofd 5Z/afdelingshoofd.

De verdere tekst is geheel identiek aan die van het overeenkomstig gedeelte van blad III.

BLAD V

Bestemd voor voorzitter predictieteam.

Dit formulier s.v.p. invullen tijdens bijeenkomst predictieteam en na afloop van de bijeenkomst aan Bakker overhandigen.

Betreft patiënt:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**.

Op dit blad staan vervolgens de vragen vermeld, behorende bij de variabelen 15, 29, 31 t/m 38 en 50 t/m 55. Dit gedeelte is geheel identiek aan het overeenkomstig gedeelte van blad IIA.

De onderstaande vragen vormen het laatste gedeelte van blad V.

43. Hoeveel vertrouwen heeft het team in de gegeven predictie(s)?
meer dan gebruikelijk / gebruikelijk / minder dan gebruikelijk.
44. Hoe denken U en het team over de mate van eenstemmigheid die bij het geven van bovenstaande predictie bestond?
geen duidelijke discrepantie(s) / duidelijke discrepantie(s).
45. Is er voor de predictie duidelijk een voornaamste pijler? Zo ja, wat is die voornaamste pijler?
ontslagdiagnose / anamnese, voorgeschiedenis / observatie gedurende deze opname / moeilijk te zeggen resp. geen sprake van.

BLAD VI

CODELIJST DEEL 1

variabele nummer	naam	blad	antwoord	variabele- code	variabele- nummer
1.	onderzoeksnummer	I			1.
2.	leeftijd	I			2.
3.	geslacht	I			3.
4.	partner-situatie	II			4.
5.	minnaar/minnares	II			5.
6.	beroep	II			6.
7.	opleiding	II			7.
8.	werksituatie	II			8.
9.	opleiding vader	II			9.
10.	sociale mobiliteit	II, 7-9			10.
11.	buitenlands cultuurpatroon	II			11.
12.	psychiatrie 1e en 2e graad	II			12.
13.	psychiatrie in familie	II			13.
14.	psychiatrie patiënt	II			14.
15.	tijdsduur symptomatologie	V			15.
16.	vrijwilligheid opneming	II			16.
17.	aantal artsen	I			17.
18.	ervaring arts	I			18.
19.	arts-patiënt relatie	II			19.
20.	psychiatrische anamnese	II			20.
21.	psychologisch onderzoek	I			21.
22.	sociale anamnese	II			22.
23.	milieu-onderzoek	I			23.
24.	rapport	I			24.
25.	onderwijs	II			25.
26.	herstel	I			26.

variabele nummer	naam	blad	antwoord	code	variabele- nummer
27.	laatste weken	II			27.
28.	ontslag 5-Zuid	I			28.
29.	instemming ontslag	V			29.
30.	opnameduur	I			30.
31.	ontslagdiagnose	I			31.
32.	diagnose-scherpte	V			32.
33.	diagnose-omslag	V			33.
34.	stereotypie beloop	V			34.
35.	mate kennen	V			35.
36.	toestand ontslag	V			36.
37.	lichamelijk lijden	V			37.
38.	onderhoudsmedicatie	V			38.
39.	nazorg	I			39.
40.	supervisie-oordeel	I			40.
41.	predictie achteraf	I			41.
42.	team compleet	I			42.
43.	stelligheid predictie	V			43.
44.	eenstemmigheid team	V			44.
45.	fundering predictie	V			45.
46.	grootte predictie	50-37			46.
47.	ontslag na één week	I			47.
48.	vorig ontslag binnen vijf jaar	I			48.
49.	eerder voorspeld	I			49.
50.	predictie 1	V			50.
51.	tussenmogelijkheid	V			51.
52.	predictie 2	V			52.
53.	predictie 3	V			53.
54.	predictie 4	V			54.
55.	predictie 5	V			55.

BLAD VII

Bestemd voor secretaresse.

Betreft patiënt:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Nummer van de ontslagweek:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend, dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

60. Eerste psychiatrische heropname langer dan één week op onze afdeling?
(Zo ja, geen huisbezoek en geen vraaggesprek nazorger.)
ja / neen
- Datum verzending brief aan Burgerlijke Stand:
- Datum antwoord Burgerlijke Stand:
58. Overleden? (Zo ja, geen huisbezoek.)
ja / neen / onbekend
- Momenteel psychiatrisch heropgenomen? (Zo ja, geen huisbezoek.)
ja / neen / onbekend
- Datum uitreiking bladen VIII en IX:
bladen X en XI:
56. Tussentijdse informatie kliniek?
ja / neen
57. Patiënt verhuisd? (evt. blad IX)
ja / neen
58. Patiënt overleden? (Burgerlijke Stand, blad VIII, blad XI.)
ja / neen
59. Eerste psychiatrische heropname langer dan één week, elders (blad IX, blad XI)
ja / neen
61. Duur „bedoelde periode”. (Blad IX (vraag 59) en blad XI (vraag 58 en 59); resp. blad XIII.)
a) <1 maand.
b) 1 - <3 maanden.
c) 3 - <6 maanden.
d) 6 maanden.
63. Huisbezoek (evt. blad VIII)?
a) ja.
b) neen, overleden.
c) neen, geen adres.
d) neen, geen contact.
e) neen, weigering zonder reden.
f) neen, weigering met reden.
g) neen, verhindering zonder reden.
h) neen, psychiatrisch heropgenomen.
i) neen, ziekenhuis.
j) neen, vakantie.
k) neen, onmogelijkheid afspraak.
l) neen, andere reden(en).
64. Huisbezoek in Rotterdam (blad IX)?
ja / neen
97. Vraaggesprek nazorger (evt. blad X)?
a) ja.
b) neen, geen contact gezocht.
c) neen, geen contact.
d) neen, telefonisch vraaggesprek.
e) neen, verhindering.
f) neen, weigering zonder reden.
g) neen, weigering met reden.

99. Nazorgbezoek in Rotterdam (blad X)?
ja / neen
106. Laatste contact nazorger-patiënt (blad XI)?
a) <1 maand geleden.
b) 1 - <3 maanden geleden.
c) 3 - <5 maanden geleden.
d) 5 of meer maanden geleden.
107. Laatste bericht over patiënt (blad XI)?
a) <1 maand geleden.
b) 1 - <3 maanden geleden.
c) 3 - <5 maanden geleden.
d) 5 of meer maanden geleden.
136. Verschil van meer dan twee weken tussen huisbezoek en vraaggesprek (blad VIII en blad X)?
ja / neen
- Datum inlevering blad VIII:
- Datum inlevering blad IX :
- Datum inlevering blad X :
- Datum inlevering blad XI :
- Datum inlevering cassette :

BLAD VIII

Bestemd voor huisbezoeker.

Dit formulier s.v.p. invullen na huisbezoek; s.v.p. vraag 63 beantwoorden, indien geen huisbezoek plaatsvond.

Betreft patiënt:

Adres:

Telefoonnummer:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Nummer van de ontslagweek:

Elders psychiatrisch heropgenomen geweest?

ja / neen / onbekend

Overige bijzonderheden:

.....

.....

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend, dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

62. Naam huisbezoeker:

63. Heeft huisbezoek plaatsgevonden?

a) ja.

b) neen, patiënt **overleden**.

- c) neen, juiste adres patiënt kon niet worden opgespoord (**geen adres**).
- d) neen, adres was wel gevonden, maar met patiënt noch huisgenoten was er binnen de termijn contact, zodat een afspraak niet kon worden gemaakt (**geen contact mogelijk**).
- e) neen, adres gevonden, met patiënt en/of huisgenoten wel contact gehad, maar huisbezoek werd geweigerd zonder opgave van redenen (**weigering zonder reden**).
- f) neen, adres gevonden, met patiënt en/of huisgenoten wel contact gehad, maar huisbezoek werd geweigerd met als reden(en):
.....
(**weigering met reden**).
- g) neen, wel adres en contact, geen weigering, maar **verhinderend zonder reden**.
- h) neen, wel adres en contact, maar verandering wegens **psychiatrisch heropgenomen** zijn patiënt.
N.B. Opnamedatum:
Instituut:
Reden opname:
- i) neen, wel adres en contact, maar verhinderd wegens om lichamelijke redenen opgenomen zijn van patiënt (**ziekenhuis**).
N.B. Opnamedatum:
Ziekenhuis:
Reden opname:
Evt. vermoedelijke ontslagdatum:
- j) neen, wel adres en contact, maar verhinderd wegens **vakantie** van patiënt.
- k) neen, wel adres en contact, maar verhinderd wegens niet tot overeenstemming kunnen komen van huisbezoeker en patiënt over tijd + datum huisbezoek binnen de termijn (**onmogelijkheid afspraak**).
- l) neen, wel adres en contact, maar verhinderd om **andere reden(en)**, namelijk:

136. Datum huisbezoek:

137. Duur huisbezoek:

- a) <30 minuten.
- b) 30 - <60 minuten.
- c) 60 minuten en langer.

65. Had U, behalve de door secretaresse verstrekte gegevens, ooit iets van en/of over patiënt gehoord?
ja / neen

66. Hoe werden Uw vragen beantwoord?

- a) invullen blad IX onmogelijk, oorza(a)k(en):
- b) beantwoording twijfelachtig, argumenten:
- c) beantwoording betrouwbaar.

N.B. Indien U bij deze vraag a. hebt omcirkeld, s.v.p. Uw indruk van patiënt naderhand aan huisarts doorgeven. Ook indien U b) omcirkeld hebt, kan deze handelwijze geïndiceerd zijn.

— Kort psychiatrisch onderzoek:

.....
.....

— (Differential-) Diagnostische impressie:

67. Welke van de onderstaande 10 diagnosegroepen lijkt voor het beloop sinds het ontslag, de momentele toestand enz. van het meeste belang te zijn geweest?

- 01 = dementieën op latere leeftijd (290, 293.0, 291.1)
- 02 = andere organische toestanden (292, 293, 294, 309)
- 03 = schizofrenie (295)
- 04 = affectieve psychosen (296)
- 05 = andere psychotische toestanden (297, 298, 299)
- 06 = neurotische stoornissen (300, 305, 306, 307, 308)
- 07 = persoonlijkheidsstoornissen (301, 302)
- 08 = verslavingsziekten (291, 294.3, 303, 304)
- 09 = oligofrenie (310 t/m 315)
- 10 = observatie (793)
- 11 = geen diagnose. Toelichting:

68. Heeft U patiënt onder vier ogen gesproken?
ja / neen

69. Was er een **duidelijk** verschil van mening met betrekking tot de beantwoording van vraag 73 t/m 95 tussen patiënt en anderen?
ja / neen

96. Hoe werd U door patiënt en eventueel aanwezige gezinsleden ontvangen?
a) opvallend vriendelijk.
b) noch opvallend vriendelijk, noch opvallend onvriendelijk.
c) opvallend onvriendelijk.

BLAD IX

Bestemd voor huisbezoeker.

Dit formulier s.v.p. invullen **tijdens** het huisbezoek.

Betreft patiënt:

Adres:

Telefoonnummer:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Nummer van de ontslagweek;

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend, dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

57. Is patiënt verhuisd sinds ontslag van onze afdeling?
ja / neen
Zo ja, nieuw adres:

64. Plaats en gemeente huisbezoek:

59. Is patiënt sinds het ontslag van onze afdeling gedurende langer dan één week elders psychiatrisch heropgenomen geweest?

ja / neen

Zo ja, opnamedatum:

instituut:

reden van opname:

N.B. „Bedoelde periode” = ontslag - nu
ontslag - psychiatrische heropname langer
dan één week

antwoord vraag 59 ja → „bedoelde periode” eindigt op datum
heropname

neen → „bedoelde periode” eindigt op
vandaag

De volgende drie vragen slechts dan beantwoorden, indien door secretaresse iets anders is ingevuld dan „niet van toepassing”.

70. Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende Priadel- (resp. lithium-)medicatie voorgeschreven:

.....
Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering voortgezet?

ja / neen

71. Patiënt kreeg bij het ontslag van onze afdeling de volgende depôtmedicatie voorgeschreven:

.....
Is deze medicatie in de bedoelde periode in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet?

ja / neen

72. In het post scriptum van de ontslagbrief is het volgende dringende advies genoemd:

.....
Is dit advies in de bedoelde periode opgevolgd?

ja / neen

73. Hoe is het in de bedoelde periode met patiënt gegaan?

schaal I (overwegend goed)

A B C
/-----/-----/

A = beter is niet denkbaar, erg goed

B = goed

C = redelijk

schaal II (overwegend slecht)

A B C
/-----/-----/

A = matig, niet zo tevreden

B = slecht

C = heel slecht

74. Heeft patiënt bij de beantwoording van bovenstaande vraag de mogelijkheid van een antwoord tussen beide schalen in (dus tussen redelijk en matig) gemist?

N.B. Deze vraag alleen stellen, indien daarbij IC of IIA is gekozen.

ja / neen

Externe factoren patiënt

Aan patiënt wordt voorgelegd: vraag 73 had betrekking op hoe het met U gegaan is in de bedoelde periode.

Vindt U, dat er externe factoren zijn aan te wijzen, die hierbij in aanzienlijke mate van invloed zijn geweest?

„Extern“: van buitenaf. Dus dingen, die iedereen kunnen overkomen. Die toevallig zijn. Waar U niets aan kunt doen. Onverwachte mee- of tegenvallers. Enz.

„In aanzienlijke mate“: zo'n grote invloed, dat zonder zo'n factor U voor Uw antwoord op vraag 73 de andere schaal zou'd hebben gebruikt.

Er mogen ten hoogste twee van de externe factoren worden gekozen.

N.B. Alleen factoren noemen, als die werkelijk van gewicht worden geacht. Is geen der vermeide factoren van voldoende gewicht, dan niets kiezen. Ook in een twijfelgeval: niet kiezen.

I Hieronder is een aantal **ongunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 73 **schaal II** is gebruikt en indien patiënt van mening is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal I had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

75. IA

De relatie met de partner (vaste vriend(in), verloofde, echtgeno(o)t(e), concubin(e), minnaar (minnares)) werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

76. IB

De relatie met de gezinsleden, resp. de gezinssituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

77. IC

De relatie met de familie, resp. de familiesituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

78. ID

De werk- (betaald + buitenhuis) of school-situatie werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

79. IE

De woon- (woning, straat, buurt) situatie werd in de bedoelde periode duidelijk slechter.

80. IF

De nazorg is in de bedoelde periode slecht verlopen.

81. IG

De Priadel- (resp. lithium-) medicatie is in de bedoelde periode niet in dezelfde dosering voortgezet.

82. IH

De depôt-medicatie is in de bedoelde periode niet in dezelfde dosering en/of frequentie voortgezet.

83. II

Het in het post scriptum van de ontslagbrief genoemde dringende advies is in de bedoelde periode niet opgevolgd.

84. **IJ**
Er was in de bedoelde periode sprake van een andere, ongunstige externe factor.

II Hieronder is een aantal **gunstige** externe factoren vermeld. Indien bij de beantwoording van var. 73 **schaal I** is gebruikt en indien patiënt van mening is dat een externe factor van zoveel invloed is geweest, dat zonder die factor schaal II had moeten worden gebruikt, dan s.v.p. deze factor omcirkelen en toelichting geven in de daartoe bestemde ruimte onder de lijst van externe factoren.

N.B. Als meer dan twee externe factoren relevant worden geacht, dan ten hoogste de twee zwaarst wegende omcirkelen.

85. **IIA**
De relatie met de partner (vaste vriend(in), verloofde, echtgeno(o)t(e), concubin(e), minnaar (minnares)) werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

86. **IIB**
De relatie met de gezinsleden, resp. de gezinssituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

87. **IIC**
De relatie met de familie, resp. de familiesituatie, werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

88. **IID**
De werk- (betaald + buitenshuis) of school-situatie werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

89. **IIE**
De woon- (woning, straat, buurt) situatie werd in de bedoelde periode duidelijk beter.

90. **IJj**
Er was in de bedoelde periode sprake van een andere, niet genoemde, gunstige externe factor.

TOELICHTING bij omcirkelde externe factor nummer

TOELICHTING bij omcirkelde externe factor nummer

91. Patiënt's algemene toestand in de bedoelde periode:
- a) vertoonde een stijgende lijn.
 - b) was overwegend constant.
 - c) was sterk wisselend, zonder een duidelijk stijgende of dalende lijn te vertonen.
 - d) vertoonde een dalende lijn.

92. In de bedoelde periode was er van een heropname of een duidelijke indicatie daartoe:
- a) geen sprake.
 - b) wel sprake.
- Indien opname van één week of korter:
- Opnamedatum:
- Ontslagdatum:
- Instituut:
- Reden van opname:

Indien wel indicatie, geen opname:

Toelichting:

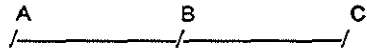
93. Patiënt, in de bedoelde periode:

- a) uitte en/of gedroeg zich niet suïcidaal.
- b) uitte en/of gedroeg zich suïcidaal, zonder tot een tentamen suïcidii te komen.
- c) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor geen ziekenhuisopname noodzakelijk was.
- d) pleegde een tentamen suïcidii, waarvoor ziekenhuisopname noodzakelijk was.

94. Hoe is patiënt's toestand momenteel?

N.B. Deze vraag vervalt, als patiënt langer dan één week psychiatrisch heropgenomen is geweest.

schaal I (overwegend goed)

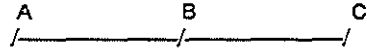


A = beter is niet denkbaar, erg goed

B = goed

C = redelijk

schaal II (overwegend slecht)



A = matig, niet zo tevreden

B = slecht

C = heel slecht

95. Is patiënt tevreden over de behandeling op onze afdeling?

ja / neen

Toelichting:

Niet genoemde, doch wel relevante gegevens:

.....

.....

BLAD X

Bestemd voor onderzoek-assistente.

Dit formulier s.v.p. invullen na het vraaggesprek met de nazorger.

Betreft patiënt:

Adres:

Telefoonnummer:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Numer van de ontslagweek:

Nazorger:

Adres:

Telefoonnummer:

— Overleden?

ja / neen / onbekend

— Elders psychiatrisch heropgenomen geweest?

ja / neen / onbekend

— Overige bijzonderheden:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend, dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

173. Naam onderzoek-assistente:

97. Heeft U de nazorger bezocht?

- a) ja.
- b) neen, **geen contact gezocht**. Reden(en):
- c) neen, met nazorger was er binnen de termijn geen contact te krijgen, zodat afspraak niet kon worden gemaakt (**geen contact mogelijk**).
- d) neen, wel contact, maar bezoek kon niet doorgaan, wel **telefonisch vraaggesprek**.
- e) neen, wel contact, maar bezoek kon niet doorgaan. Ook geen telefonisch vraaggesprek (**verhindering**). Toelichting:
- f) neen, wel contact, maar **weigering zonder reden**.
- g) neen, wel contact, maar **weigering met reden**. Reden(en):

98. Was de bij vraag 97 bedoelde nazorger dezelfde als hierboven was opgegeven?

ja / neen

Zo neen, naam:

adres:

telefoonnummer:

99. Plaats bezoek aan nazorger:

100. Hoeveel contacten waren er geweest, voorafgaande aan het vraaggesprek?

- a) één.
- b) twee.
- c) meer dan twee.

101. Hoeveel minuten heeft U vanaf het tijdstip van afspraak in de wachtkamer gezeten?

- a) 0 - <5 minuten.
- b) 5 - <15 mimnuten.
- c) 15 minuten of langer.

105. Had U, behalve misschien de door de secretaresse verstrekte gegevens, tevoren ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

ja / neen

Zo ja, wat?

136. Datum vraaggesprek:

138. Duur vraaggesprek:

- a) <30 minuten.
- b) 30 - <60 minuten.
- c) 60 minuten en langer.

174. In welke mate was volgens U de nazorger op de hoogte van patiënt en diens omstandigheden?

- a) meer dan gebruikelijk?

- b) gebruikelijk.
 - c) minder dan gebruikelijk.
135. Werd door de nazorger spontaan iets gezegd over zijn/haar waardering ten aanzien van dit onderzoek?
- N.B. Het gaat niet om waardering van inhoud vragen, maar van het feit dat een dergelijk onderzoek wordt verricht.
- a) geen spontane uitspraak.
 - b) opvallend positief.
 - c) noch opvallend positief, noch opvallend negatief.
 - d) opvallend negatief.

AANHANGSEL BLAD IX

Discrepanties blad IX - blad XI (door secretaresse in te vullen)

139. Discrepantie 1 (70—109; lithium)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
140. Discrepantie 2 (71—110; depôt)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
141. Discrepantie 3 (72—111; advies)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
142. Discrepantie 4 (73—112; algemene toestand)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
143. Discrepantie 5 (75 t/m 90—114 t/m 129; externe factoren)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
144. Discrepantie 6 (91—130; richting beloop)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
145. Discrepantie 7 (92—131; heropname)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:
146. Discrepantie 8 (94—133; toestand momenteel)
 ja / neen / correctie
 Huisbezoeker:
 Onderzoek-assistente:

BLAD XI

Bestemd voor onderzoek-assistente.

Dit formulier s.v.p. invullen **tijdens** het vraaggesprek met de nazorger.

Betreft patiënt:

Adres

Telefoonnummer:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Nummer van de ontslagweek:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend, dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

102. Functie nazorger?

- a) huisarts.
- b) zelfstandig zenuwarts.
- c) arts polikliniek psychiatrie Dijkzigt.
- d) arts of zenuwarts SPD Rotterdam.
- e) andersoortige medewerker SPD Rotterdam, nl.
- f) arts of zenuwarts SPD elders.
- g) andersoortige medewerker SPD elders, nl.
- h) maatschappelijk werk(st)er Maatschappelijk Werk instantie.
- i) anderszins, nl.

58. Is patiënt overleden?

- a) neen.
- b) overleden door ziekte, nl.
- c) overleden door ongeval, nl.
- d) overleden; (waarschijnlijk) suïcide, nl.
- e) overleden; doodsoorzaak onbekend.

Overlijdensdatum:

59. Is patiënt sinds het ontslag van onze afdeling gedurende langer dan één week elders psychiatrisch heropgenomen geweest?

ja / neen

Zo ja, opnamedatum:

instituut:

reden van de opname:

103. Kende nazorger patiënt reeds vóór deze opname op onze afdeling of had hij/zij ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

ja / neen

104. Was nazorger vóór het eerste nazorgcontact geheel of gedeeltelijk op de hoogte van de verwachting, die de afdeling psychiatrie had ten aanzien van de naaste toekomst van de patiënt? Zo neen, wel werkzaam op de kliniek ten tijde van opname patiënt?

- a) ja.
- b) neen, wel op kliniek werkzaam.
- c) neen, niet op kliniek werkzaam.

106. Op welke datum heeft nazorger patiënt voor het laatst **gezien** en **gesproken**?
 nooit / datum:

107. Heeft nazorger na de in genoemde datum nog ooit iets van en/of over patiënt gehoord? Indien nooit gezien en gesproken, wel ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

- a) ja, datum: van:
 b) neen.

N.B. „**Bedoelde periode**” = ontslag - nu
 ontslag - overlijden
 ontslag - psychiatrische heropname langer dan één week.

Antwoord vraag 59 ja - „bedoelde periode” eindigt op **datum heropname**
 neen - overleden; „bedoelde periode” eindigt op **datum overlijden**
 neen - niet overleden; „bedoelde periode” eindigt op **vandaag**.

108. Hoe vaak heeft nazorger patiënt in de bedoelde periode **gezien** en **gesproken**?

- a) in het geheel niet.
 b) 1 t/m 5 maal.
 c) 6 t/m 10 maal.
 d) meer dan 10 maal.

Op dit blad staan vervolgens de vragen vermeld, behorende bij de variabelen 109 t/m 133. Deze komen overeen met de vragen 70 t/m 94, zoals vermeld op blad IX.

De onderstaande vraag is de laatste van blad XI.

134. Is nazorger tevreden over de wijze waarop verdere behandeling en begeleiding aan hem/haar is overgedragen door de afdeling psychiatrie?

- a) ja.
 b) neen.

Toelichting:

Niet genoemde, doch wel relevante gegevens:

.....

BLAD XII

CODELIJST DEEL II

variabele nummer	naam	blad	antwoord	variabele- code	variabele- nummer
56.	tussentijdse informatie kliniek	VII			56.
57.	patiënt verhuisd	VII			57.
58.	patiënt overleden	VII			58.
59.	heropname langer dan één week, elders	VII			59.
60.	heropname langer dan één week, hier	VII			60.

variabele		blad	antwoord	variabele-	
nummer	naam			code	nummer
61.	duur „bedoelde periode"	VII			61.
62.	naam huisbezoeker	VIII			62.
63.	huisbezoek	VII			63.
64.	plaats huisbezoek	VII			64.
65.	bekendheid huisbezoeker	VIII			65.
66.	beantwoording vragen huisbezoek	VIII			66.
67.	diagnose huisbezoeker	VIII			67.
68.	alleen patiënt	VIII			68.
69.	discrepantie patiënt en ander(en)	VIII			69.
70.	lithium patiënt	IX			70.
71.	depôt-neurolepticum patiënt	IX			71.
72.	advies patiënt	IX			72.
73.	uitkomst 1 patiënt	IX			73.
74.	tussenmogelijkheid patiënt	IX			74.
75.	externe factor IA patiënt	IX			75.
76.	externe factor IB patiënt	IX			76.
77.	externe factor IC patiënt	IX			77.
78.	externe factor ID patiënt	IX			78.
79.	externe factor IE patiënt	IX			79.
80.	externe factor IF patiënt	IX			80.
81.	externe factor IG patiënt	IX			81.
82.	externe factor IH patiënt	IX			82.
83.	externe factor Ii patiënt	IX			83.
84.	externe factor Ij patiënt	IX			84.
85.	externe factor IIA patiënt	IX			85.
86.	externe factor IIB patiënt	IX			86.
87.	externe factor IIC patiënt	IX			87.
88.	externe factor IID patiënt	IX			88.
89.	externe factor IIE patiënt	IX			89.
90.	externe factor Iij patiënt	IX			90.
91.	uitkomst 2 patiënt	IX			91.
92.	uitkomst 3 patiënt	IX			92.
93.	uitkomst 4 patiënt	IX			93.
94.	uitkomst 5 patiënt	IX			94.
95.	verbetering behandeling	IX			95.
96.	ontvangst huisbezoek	VIII			96.
97.	vraaggesprek nazorger	X			97.
98.	andere nazorger	X			98.
99.	plaats bezoek nazorger	X			99.
100.	afspraak onderzoek- assistente	X			100.
101.	wachttijd onderzoek- assistente	X			101.
102.	functie nazorger	XI			102.
103.	bekendheid nazorger patiënt	XI			103.
104.	bekendheid nazorger predictie	XI			104.
105.	bekendheid onderzoek- assistente patiënt	X			105.

variabele nummer	naam	blad	antwoord	code	variabele- nummer
106.	laatste contact nazorger-patiënt	XI			106.
107.	laatste bericht over patiënt	XI			107.
108.	aantal nazorgcontacten	XI			108.
109.	lithium nazorger	XI			109.
110.	depôt-neurolepticum nazorger	XI			110.
111.	advies nazorger	XI			111.
112.	uitkomst 1 nazorger	XI			112.
113.	tussenmogelijkheid nazorger	XI			113.
114.	externe factor IA nazorger	XI			114.
115.	externe factor IB nazorger	XI			115.
116.	externe factor IC nazorger	XI			116.
117.	externe factor ID nazorger	XI			117.
118.	externe factor IE nazorger	XI			118.
119.	externe factor IF nazorger	XI			119.
120.	externe factor IG nazorger	XI			120.
121.	externe factor IH nazorger	XI			121.
122.	externe factor Ii nazorger	XI			122.
123.	externe factor Ij nazorger	XI			123.
124.	externe factor IIA nazorger	XI			124.
125.	externe factor IIB nazorger	XI			125.
126.	externe factor IIC nazorger	XI			126.
127.	externe factor IID nazorger	XI			127.
128.	externe factor IIE nazorger	XI			128.
129.	externe factor IIj nazorger	XI			129.
130.	uitkomst 2 nazorger	XI			130.
131.	uitkomst 3 nazorger	XI			131.
132.	uitkomst 4 nazorger	XI			132.
133.	uitkomst 5 nazorger	XI			133.
134.	beoordeling overdracht behandeling	XI			134.
135.	waardering enquête	X			135.
136.	verschil bezoekdata	VII			136.
137.	duur huisbezoek	VIII			137.
138.	duur vraaggesprek	X			138.
139.	discrepantie 1 patiënt- nazorger (lithium)	X			139.
140.	discrepantie 2 patiënt- nazorger (depôt)	X			140.
141.	discrepantie 3 patiënt- nazorger (advies)	X			141.
142.	discrepantie 4 patiënt- nazorger (algemene toestand)	X			142.
143.	discrepantie 5 patiënt- nazorger (externe factoren)	X			143.
144.	discrepantie 6 patiënt- nazorger (richting beloop)	X			144.
145.	discrepantie 7 patiënt- nazorger (heropname)	X			145.

variabele nummer	variabele naam	blad	antwoord	code	variabele- nummer
146.	discrepantie 8 patiënt- nazorger (toestand momenteel)	X			146.
147.	bekendheid arts- heropname patiënt	XIII			147.
148.	bekendheid arts- heropname predictie	XIII			148.
149.	tussentijdse informatie arts-heropname	XIII			149.
150.	lithium arts-heropname	XIII			150.
151.	depôt-neurolepticum arts-heropname	XIII			151.
152.	advies arts-heropname	XIII			152.
153.	uitkomst 1 arts-heropname	XIII			153.
154.	tussenmogelijkheid arts-heropname	XIII			154.
155.	externe factor IA arts-heropname	XIII			155.
156.	externe factor IB arts-heropname	XIII			156.
157.	externe factor IC arts-heropname	XIII			157.
158.	externe factor ID arts-heropname	XIII			158.
159.	externe factor IE arts-heropname	XIII			159.
160.	externe factor IF arts-heropname	XIII			160.
161.	externe factor IG arts-heropname	XIII			161.
162.	externe factor IH arts-heropname	XIII			162.
163.	externe factor Ii arts-heropname	XIII			163.
164.	externe factor Ij arts-heropname	XIII			164.
165.	externe factor IIA arts-heropname	XIII			165.
166.	externe factor IIB arts-heropname	XIII			166.
167.	externe factor IIC arts-heropname	XIII			167.
168.	externe factor IID arts-heropname	XIII			168.
169.	externe factor IIE arts-heropname	XIII			169.
170.	externe factor Iij arts-heropname	XIII			170.
171.	uitkomst 2 arts-heropname	XIII			171.
172.	uitkomst 4 arts-heropname	XIII			172.
173.	naam onderzoek-assistente	X			173.
174.	kennis nazorger	X			174.

BLAD XIII

Bestemd voor behandelend arts van patiënt, waarvan eerste psychiatrische heropname binnen het half jaar op onze afdeling plaatsvond.

Dit formulier s.v.p. na beantwoording teruggeven aan Bakker.

Betreft patiënt:

Onderzoeksnummer:

Datum ontslag:

Datum heropname:

De nummers van de vragen zijn ontleend aan de nummering van de variabelenlijst.

S.v.p. het juiste antwoord **omcirkelen**. Indien antwoord onbekend dan „onbekend” noteren; ook „niet van toepassing” als zodanig noteren.

147. Had U, behalve misschien de naam, vóór deze heropname ooit iets van en/of over patiënt gehoord?

ja / neen

148. Bent U geheel of gedeeltelijk op de hoogte van de bij het vorig ontslag opgestelde predictie?

- a) ja, was behandelend arts.
- b) ja, was geen behandelend arts.
- c) neen, toendertijd wel werkzaam op kliniek.
- d) neen, toendertijd niet werkzaam op kliniek.

De volgende vragen hebben betrekking op de periode:

DATUM ONTSLAG TOT DATUM HEROPNAME.

Deze periode wordt hieronder aangeduid als „de bedoelde periode”.

149. Heeft U in de bedoelde periode ooit enige informatie over patiënt ontvangen?

- a) ja, patiënt in kader nazorg gezien.
- b) ja, niet in kader nazorg.
- c) neen.

Op dit blad staan vervolgens de vragen vermeld, behorende bij de variabelen 150 t/m 172. Deze komen overeen met resp. de vragen 70 t/m 93, zoals vermeld op blad IX.

BIJLAGE III

BRIEVEN AAN PATIËNT EN NAZORGER

Geachte

Gaarne wil ik U het volgende voorleggen.

Sinds enige tijd zijn wij bezig met een onderzoek naar het wel en wee van onze patiënten na het ontslag van onze afdeling. U begrijpt denk ik wel, dat het voor ons erg belangrijk is te weten, hoe het met onze patiënten gegaan is. Immers, zo leren wij dingen die weer kunnen worden gebruikt voor de mensen die in de toekomst bij ons onder behandeling zullen komen.

Daarom willen wij aan U een aantal vragen stellen. Wij stellen ons voor, dit op de volgende manier te doen: één van onze polikliniek-artsen, dokter Weyzen, komt U thuis opzoeken.

In de komende weken zal dokter Weyzen U opbellen. Als U bereid bent, aan ons onderzoek mee te werken, kunt U dan samen een afspraak maken over datum en tijdstip van zijn bezoek aan U.

U zult begrijpen dat wij vooral willen weten, hoe het in het algemeen met de mensen gaat. Wij zullen Uw persoonlijke gegevens natuurlijk niet vermelden, dus de anonimiteit blijft gewaarborgd.

In de hoop, dat U ons Uw medewerking zult geven, verblijf ik,

hoogachtend en met
vriendelijke groet,

J. B. Bakker, psychiater
chef de clinique.

Geachte

Gaarne wil ik U het volgende voorleggen.

Sinds enige tijd zijn wij bezig met een onderzoek naar het wel en wee van onze patiënten na het ontslag van onze afdeling. U begrijpt denk ik wel, dat het voor ons erg belangrijk is te weten, hoe het met onze patiënten gegaan is. Immers, zo leren wij dingen die weer kunnen worden gebruikt voor de mensen die in de toekomst bij ons onder behandeling zullen komen.

Daarom willen wij aan U een aantal vragen stellen. Wij stellen ons voor, dit op de volgende manier te doen: één van onze polikliniek-artsen, dokter Weyzen, komt U thuis opzoeken.

Indien U bereid bent aan ons onderzoek mee te werken, wil ik U vragen dokter Weyzen op te bellen voor een afspraak. Hij is elke dinsdag en donderdag van 9.00 uur 's ochtends tot 4.00 uur 's middags te bereiken op onze polikliniek, telefoonnummer 362000, toestel 2872.

U kunt ook gebruik maken van bijgaand antwoordbriefje + antwoordenveloppe. U zult begrijpen, dat wij vooral willen weten hoe het in het algemeen met de mensen gaat. Wij zullen Uw persoonlijke gegevens natuurlijk niet vermelden, dus de anonimiteit blijft gewaarborgd.

In de hoop dat U ons Uw medewerking zult geven, verblijf ik,

hoogachtend en met
vriendelijke groet,

J. B. Bakker, psychiater
chef de clinique.

BIJLAGEN

1 antwoordbriefje

1 antwoordenveloppe

Betreft:

Geachte collega,

Gaarne wil ik het volgende aan U voorleggen.

Over het jaar 1972 heb ik indertijd door middel van een schriftelijke enquëtering van de nazorginstanties geprobeerd, enig inzicht te verkrijgen in het wel en wee van onze patiënten in het eerste half jaar na hun ontslag van onze afdeling. Tevens trachtte ik na te gaan, wat er van onze verwachtingen over die termijn uitkwam en wat niet.

De resultaten waren bemoedigend: niet alleen kwam er een zeer hoge respons, maar ook gaven de (vaak uitvoerige) antwoorden bepaalde lijnen aan, waarop een zekere theorievorming kon worden gebaseerd.

Inmiddels heeft een en ander geleid tot een veel uitvoeriger en ook systematischer onderzoek naar de waarde van onze half-jaars verwachtingen en naar de factoren die op deze waarde van invloed zouden kunnen zijn.

Dit onderzoek, dat eind 1975 is gestart en medio 1977 zal worden afgesloten, zal de grondslag vormen van mijn proefschrift. Het praktisch belang van dit onderzoek hoef ik U waarschijnlijk niet uiteen te zetten. Hoeveel beslissingen, adviezen, maatregelen enz. worden er immers niet gebaseerd op de (vermoedelijke) prognose van een patiënt? En hoeveel van die beslissingen enz. komen er niet juist in de nazorg aan de orde?

Aan U nu de vraag, Uw medewerking te willen verlenen aan het follow-up gedeelte van mijn onderzoek. Het onderdeel dus, waarbij wordt nagegaan, wat er van onze prognoses is uitgekomen en wat niet. Daartoe worden zowel aan U als aan patiënt(e) door middel van een gesprek een aantal vragen voorgelegd, bijvoorbeeld: Hoe is het sinds het ontslag van onze afdeling met patiënt(e) gegaan? Hebben daarbij nog van buitenaf komende factoren een belangrijke

rol gespeeld? Vertoonde het beloop een constante, dalende of stijgende lijn? Is er sprake geweest van heropname? Hoe was het met de suïcidaliteit? Wanneer heeft U patiënt(e) voor het laatst gezien? enz.

Het gesprek met de patiënten wordt verricht door één onzer gevorderde artsen-assistent, de nazorginstanties worden opgezocht door één der daartoe als student-assistent aangestelde medische doctoraal-studentes.

Indien U bereid bent, aan ons onderzoek mee te werken, zal één der dames U in de komende weken opbellen om een afspraak met U te maken. In totaal zal het gesprek niet meer dan een half uur van Uw tijd in beslag nemen.

In de hoop dat U op mijn verzoek gunstig zult reageren, verblijf ik,

met collegiale hoogachting
en vriendelijke groet,

J. B. Bakker, psychiater
chef de clinique.

BIJLAGE IV

BESPREKING EXTERNE FACTOREN

Bij het vervolgonderzoek (259 responsies) werden door patiënten in totaal 32, door nazorgers 63 en door artsen-heropname 13 externe factoren genoemd. Voor de verdeling van deze externe factoren kan worden verwezen naar de tabellen 75, 114 en 155 in Bijlage I.

Wanneer de externe factoren die in de 18 niet-betrouwbare responsies voorkwamen buiten beschouwing werden gelaten, ging het om respectievelijk 30, 59 en 13 externe factoren. Van deze factoren mochten er per beantwoording niet meer dan twee worden opgegeven. Per patiënt konden derhalve minimaal nul en maximaal vier externe factoren worden genoemd.

Bij 85 van de 222 niet bij ons heropgenomen patiënten werden er één of meer externe factoren genoemd, bij de 19 wel op onze afdeling heropgenomen patiënten was dat tienmaal het geval. Op de in paragraaf 3.1. beschreven wijze kon bij 13 van deze 95 patiënten zowel het toevallige als het doorslaggevend aannemelijk worden gemaakt.

Hieronder volgt op compacte wijze van elk van deze 13 patiënten een korte beschrijving van en toelichting op de betreffende externe factor(en).

„E.F.” is externe factor(en), met „uitkomst” wordt uitkomst 1 bedoeld.

1. Een 35-jarige, ongehuwde kelner. Uitkomst patiënt: beter is niet denkbaar, erg goed. E.F. patiënt: verbetering woonsituatie. Toelichting: een maand na ontslag brandde het ouderlijk huis af ten gevolge van een in dronkenschap begaan ongeluk door patiënt. Gevolgen: patiënt was dermate geschrokken dat hij met drinken stopte en doordat hij niet langer bij moeder in huis kon blijven, moest hij verhuizen naar een kostgezin, dat hem in de strijd tegen de alcohol krachtig steunde.
2. Een 28-jarige gehuwde vrouw met twee kinderen. Veel ambivalente gevoelens ten opzichte van man en kinderen. E.F. arts-heropname: Ij (niet genoemde, ongunstige externe factor). Toelichting: patiënte werd twee maanden na het ontslag bij ons heropgenomen, nadat op de dag tevoren haar kind een theepot had omgegooid en over zich heen had gekregen. Tot aan die dag ging het volgens alle betrokkenen „redelijk goed”.
3. Een 20-jarige, ongehuwde winkelbediende. Uitkomst patiënt: matig, niet zo tevreden; uitkomst nazorger: slecht. Beiden noemden dezelfde E.F.: Ij (niet genoemde, ongunstige externe factor); met beiden ook dezelfde toelichting: patiënt ging samen met beste vriend op vakantie, deze ging direct al op de eerste dag „aan de boemel” met ander gezelschap, geheel tegen de verwachting in. Sindsdien, \pm 2 maanden na ontslag, ging het slecht, terwijl het tot dan toe goed was gegaan.
4. Een 24-jarige, ongehuwde jongeman. Uitkomst patiënt: goed. Uitkomst nazorger: redelijk. Beiden geven als E.F. op de werksituatie met deze toelichting: onverwachts trof deze, herhaaldelijk wegens manische toestanden opgenomen en nooit ergens langer dan enkele weken werkzaam geweest zijnde jongeman, een rustige en begripvolle nieuwe werkgever. Bij deze is hij nu vier maanden in dienst, tot aller tevredenheid.
5. Een 27-jarige, ongehuwde timmerman. Uitkomst patiënt en nazorger: goed. Beiden dezelfde E.F.: werksituatie. Toelichting: kwam maand na ontslag te werken op een aannemersbedrijf met goede sfeer en juiste opvang.
6. Een 26-jarige vrouw, ten tijde van de opname ongehuwd met vaste partner. Uitkomst patiënt: redelijk. Uitkomst nazorger: goed. Beiden dezelfde E.F.: Iij (niet genoemde, gunstige externe factor). Toelichting: had problemen rondom medicijnmisbruik. Bleek ca. 6 weken na ontslag ca. 4 weken (niet bedoeld) zwanger te zijn. Durfde toen geen medicijnen meer te gebruiken. Huwde met haar vriend.

7. Een 57-jarige, gescheiden automonteur. Uitkomst nazorger: redelijk. E.F. nazorger: partnersituatie. Toelichting: opname indertijd voornamelijk in verband met eenzaamheidsproblematiek. Na ontslag bleef het tobben, totdat (enige maanden geleden) een struise boerenvrouw zich over patiënt ontfermde, sindsdien gaat het veel beter.
8. Een 54-jarige, gehuwde loodgieter. Uitkomst patiënt: goed. Uitkomst nazorger: redelijk. Beiden noemen de werksituatie als E.F. Toelichting: tegen verwachting in kon patiënt niet alleen weer bij hetzelfde bedrijf terecht maar werd hij ook meer dan tevoren ontzien.
9. Een 23-jarige, ongehuwde man, zonder beroep. Uitkomst nazorger: redelijk. E.F. nazorger: gezinssituatie. Toelichting: patiënt woonde als enig en vaderloos kind bij zijn moeder, een zeer dominerende, verwendende en vertroetelende vrouw. Ongeveer een maand na ontslag kwam onverwachts moeders moeder in huis, omdat zij na een acute aandoening langdurige verpleging behoeftte. De aandacht en energie van patiënts moeder werd nu geheel door deze verpleging opgeëist, terwijl zij nu ook min of meer afhankelijk werd van patiënts medewerking (boodschappen doen etc.).
10. Een 45-jarige, gehuwde bedrijfsleider. Uitkomst patiënt en nazorger: goed. E.F. patiënt: werksituatie. Toelichting: patiënt vreesde bij ontslag voor zijn baan, werd echter niet slechts geaccepteerd maar zelfs na enkele weken gepromoveerd, hetgeen hij goed aan kan. Een en ander wordt door hem als een „wondertje” beleefd.
11. Een 18-jarig, zwakbegaafd en aan epilepsie lijdend meisje. Uitkomst nazorger: goed. E.F. nazorger: IJ (niet genoemde, gunstige externe factor). Toelichting: patiënts broer, een binnenvaartschipper die zich nooit veel aan haar gelegen had laten liggen, haalde haar onverwachts weg bij haar vriend (waarschijnlijk een souteneur). In de maanden daarna behield nazorger contact met patiënte, het ging, ook volgens het schippersgezin, „prima” met haar.
12. Een 59-jarige, werkende weduwnaar. Uitkomst nazorger: redelijk. E.F. nazorger: woonsituatie + IJ (niet genoemde, gunstige externe factor). Toelichting: in de maanden na het ontslag bleek de buurt niet verder te verpauperen, iets waarvoor patiënt erg bang was geweest. Onverwachts kwam bovendien zijn enige zoon ziek terug uit Amerika en trok voorlopig weer bij hem in. Dit verleende voor patiënt weer zin aan het leven, dat hij de laatste jaren steeds meer als nutteloos en leeg was gaan ervaren.
13. Een 48-jarige, gehuwde man, kantoorbiedende, sinds twee jaar niet meer werkend wegens longcarcinoom. Uitkomst patiënt en nazorger: goed. E.F. nazorger: IJ (niet genoemde, gunstige externe factor). Toelichting: tegen althans de verwachting der behandelend artsen in geleeek zich in het afgelopen half jaar de toestand van het (van meet af aan ingrijpend behandelde) longcarcinoom te hebben gestabiliseerd, met ook alle subjectieve vooruitgang van dien.

Samengevat zien wij bij de 13 patiënten bij wie een zowel toevallige als doorslaggevende factor aannemelijk kon worden gemaakt, dat bij één van hen (nr. 12) er sprake was van 2 factoren, bij de overigen van 1 externe factor.

De in totaal 14 vermelde factoren betroffen de volgende levensgebieden:

partner-situatie	1
gezinssituatie	1
werksituatie	4
woonsituatie	2
anderszins	6

BIJLAGE V

TABELLEN ONDERZOEKSRESULTATEN

In deze bijlage zijn tabellen opgenomen ,waarnaar wordt verwezen in de hoofdstukken 5 en 6 van de hoofdtekst.

TABEL 1

Uitkomst predictie 1 „Juiste voorspellingen”

Uitkomst 1 Predictie 1	erg goed	goed	redelijk	matig	slecht	heel slecht	totaal
erg goed	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 0.8%
goed	4 3.1%	13 10.0%	4 3.1%	1 0.8%	0 0.0%	0 0.0%	22 16.9%
redelijk	4 3.1%	22 16.9%	8 6.2%	5 3.8%	6 4.6%	0 0.0%	45 34.6%
matig	2 1.5%	3 2.3%	9 6.9%	4 3.1%	11 8.5%	2 1.5%	31 23.8%
slecht	0 0.0%	4 3.1%	3 2.3%	4 3.1%	11 8.5%	1 0.8%	23 17.7%
heel slecht	0 0.0%	1 0.8%	0 0.0%	1 0.8%	6 4.6%	0 0.0%	8 6.2%
totaal	10 7.7%	43 33.1%	25 19.2%	15 11.5%	34 26.2%	3 2.3%	130 100.0%

Missende waarden: 1.

TABEL 2

Uitkomst predictie 2 „Juiste voorspellingen”

Uitkomst 2 Predictie 2	stijgend	constant	wisselend	dalend	totaal
stijgend	1 0.8%	2 1.5%	1 0.8%	2 1.5%	6 4.6%
constant	20 15.3%	38 29.0%	7 5.3%	5 3.8%	70 53.4%
wisselend	3 2.3%	10 7.6%	11 8.4%	4 3.1%	28 21.4%
dalend	2 1.5%	10 7.6%	6 4.6%	9 6.9%	27 20.6%
totaal	26 19.8%	60 45.8%	25 19.1%	20 15.3%	131 100.0%

TABEL 3

Uitkomst predictie 1 „Onjuiste voorspellingen”

Uitkomst 1 Predictie 1	erg goed	goed	redelijk	matig	slecht	heel slecht	totaal
goed	0 0.0%	3 3.7%	2 2.5%	0 0.0%	4 4.9%	0 0.0%	9 11.1%
redelijk	0 0.0%	5 6.2%	5 6.2%	3 3.7%	3 3.7%	0 0.0%	16 19.8%
matig	1 1.2%	5 9.9%	2 2.5%	4 4.9%	2 2.5%	0 0.0%	17 21.0%
slecht	2 2.5%	11 13.6%	11 13.6%	5 6.2%	3 3.7%	2 2.5%	34 42.0%
heel slecht	0 0.0%	1 1.2%	1 1.2%	1 1.2%	1 1.2%	1 1.2%	5 6.2%
totaal	3 3.7%	28 34.6%	21 25.9%	13 16.0%	13 16.0%	3 3.7%	81 100.0%

TABEL 4

Uitkomst predictie 2 „Onjuiste voorspellingen”

Uitkomst 2 Predictie 2	stijgend	constant	wisselend	dalend	totaal
stijgend	0 0.0%	0 0.0%	1 1.2%	1 1.2%	2 2.5%
constant	5 6.2%	8 9.9%	5 6.2%	2 2.5%	20 24.7%
wisselend	7 8.6%	6 7.4%	6 7.4%	3 3.7%	22 27.2%
dalend	9 11.1%	19 23.5%	3 3.7%	6 7.4%	37 45.7%
totaal	21 25.9%	33 40.7%	15 18.5%	12 14.8%	81 100.0%

TABEL 5.

VARIABELE 2 („LEEFTIJD”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
0 - 14 jaar	0 (0.0)	1 (0.8)
15 - 19 jaar	1 (1.6)	15 (11.5)
20 - 24 jaar	8 (12.7)	17 (13.0)
25 - 34 jaar	17 (27.0)	37 (28.2)
35 - 44 jaar	11 (17.5)	25 (19.1)
45 - 54 jaar	10 (15.9)	15 (11.5)
55 - 59 jaar	3 (4.8)	6 (4.6)
60 - 64 jaar	4 (6.3)	6 (4.6)
65 - 69 jaar	5 (7.9)	4 (3.1)
70 - 74 jaar	4 (6.3)	3 (2.3)
75 jaar en ouder	0 (0.0)	2 (1.5)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$X^2 = 11.58$, niet significant.

* Tussen haakjes zijn telkens de kolompercentages vermeld.

TABEL 6.

VARIABELE 3 („GESLACHT”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Man	40 (63.5)	55 (42.0)
Vrouw	23 (36.5)	76 (58.0)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 7.04, p < 0.01$ **TABEL 7.**

VARIABELE 14 („PSYCHIATRIE PATIËNT”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Eerder psychiatrisch opgenomen geweest	19 (30.2)	55 (42.0)
Niet eerder psychiatrisch opgenomen geweest	44 (69.8)	76 (58.0)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 2.05, \text{ niet significant}$ **TABEL 8.**

VARIABELE 18 („ERVARING ARTS”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
<1 maand	5 (7.9)	5 (3.8)
1 - <3 maanden	20 (31.7)	28 (21.4)
3 - <6 maanden	16 (25.4)	31 (23.7)
6 maanden en langer	22 (34.9)	67 (51.1)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 5.74, \text{ niet significant}$ **TABEL 9.**

VARIABELE 19 („ARTS-PATIËNT RELATIE”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Beter dan gebruikelijk	2 (3.2)	10 (7.6)
Gebruikelijk	44 (69.8)	108 (82.4)
Minder goed dan gebruikelijk	17 (27.0)	13 (9.9)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 10.24, p < 0.01$

* Tussen haakjes zijn telkens de kolompercentages vermeld.

TABEL 10.

VARIABELE 26 („HERSTEL”).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Hersteld	15 (23.8)	67 (51.1)
Niet hersteld	48 (76.2)	64 (48.9)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$\chi^2 = 11.93, p < 0.001$

TABEL 11.

VARIABELE 28 („ONTSLAG VANUIT OPEN AFDELING”).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Ontslag vanuit open afdeling	25 (39.7)	79 (60.3)
Geen ontslag vanuit open afdeling	38 (60.3)	52 (39.7)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$\chi^2 = 6.47, p < 0.05$

TABEL 12.

VARIABELE 30 („OPNAMEDUUR”).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
<1 dag	1 (1.6)	0 (0.0)
1 dag - <1 week	12 (19.0)	12 (9.2)
1 week - <3 maanden	34 (54.0)	73 (55.7)
3 - <12 maanden	14 (22.2)	45 (34.4)
12 maanden en langer	2 (3.1)	1 (0.8)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$\chi^2 = 9.12, \text{ niet significant}$

TABEL 13.

VARIABELE 31 („ONTSLAGDIAGNOSE”).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Dementieën op latere leeftijd (290, 293.0, 293.1)	3 (4.8)	3 (2.3)
Andere organische toestanden (292, 293, 294, 309)	4 (6.3)	16 (12.2)

* Tussen haakjes zijn telkens de kolompercentages vermeld.

Schizofrenie (295)	10 (15.9)	9 (6.9)
Affectieve psychosen (296)	4 (6.3)	29 (22.1)
Andere psychotische toestanden (297, 298, 299)	3 (4.8)	16 (12.2)
Neurotische stoornissen (300, 305, 306, 307, 308)	13 (20.6)	20 (15.3)
Persoonlijkheidsstoornissen (301, 302)	19 (30.2)	28 (21.4)
Verslavingsziekten (291, 294.3, 303, 304)	7 (11.1)	4 (3.1)
Oligofrenie (310 t/m 315)	0 (0.0)	2 (1.5)
Observatie (793)	0 (0.0)	4 (3.1)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$X^2 = 24.26, p < 0.01$

TABEL 14.

VARIABELE 32 („DIAGNOSE-SCHERPTE“).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST“ VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist“ voorspeld
Voor de diagnose typisch beeld en/of problematiek	43 (68.3)	105 (80.8)
Voor de diagnose niet-typisch beeld en/of problematiek	16 (25.4)	19 (14.6)
Voor de diagnose aanvechtbaar, discutabel beeld en/of problematiek	4 (6.3)	6 (4.6)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$X^2 = 3.83, \text{ niet significant}$

TABEL 15.

VARIABELE 35 („MATE KENNEN“).
TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST“ VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist“ voorspeld
In meer dan gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	10 (15.9)	18 (13.7)
In gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	27 (42.9)	84 (64.1)
In minder dan gebruikelijke mate zich zeker gevoelen	26 (41.3)	29 (22.1)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

$X^2 = 8.99, p < 0.05$

* Tussen haakjes zijn telkens de kolompercentages vermeld.

TABEL 16.

VARIABELE 45 („FUNDERING PREDICTIE”).

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Ontslagdiagnose	15 (23.8)	22 (16.8)
Voorgeschiedenis	9 (14.3)	19 (14.5)
Observatie	6 (9.5)	20 (15.3)
Geen voornaamste pijler	33 (52.4)	70 (53.4)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 2.16$, niet significant**TABEL 17.**

VARIABELE „GESLACHT ARTS”.

TE PESSIMISTISCH VOORSPELDE EN „JUIST” VOORSPELDE PATIËNTEN*

	te pessimistisch voorspeld	„juist” voorspeld
Mannelijke arts	53 (84.1)	81 (61.8)
Vrouwelijke arts	10 (15.9)	50 (38.2)
Totaal	63 (100.0)	131 (100.0)

 $X^2 = 9.93$, $p < 0.01$

* Tussen haakjes zijn telkens de kolompercentages vermeld.

TABEL 18. K_w -WAARDEN VOOR DE VIER COMBINATIES VAN MANNELIJKE EN VROUWELIJKE PATIËNTEN EN ARTSEN

	K_w	K_w pessimisme toegestaan
Predictie 1		
mannelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.19	0.83
mannelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 27)	0.63	0.73
vrouwelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.33	0.39
vrouwelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 38)	0.19	0.05

	K _w	K _w pessimisme toegestaan
Predictie 2		
mannelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	-0.04	0.08
mannelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 27)	0.19	0.31
vrouwelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.19	0.36
vrouwelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 38)	0.24	0.24
Predictie 3		
mannelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.08	0.34
mannelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 27)	0.39	0.46
vrouwelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.25	0.43
vrouwelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 38)	0.22	0.24
Predictie 4		
mannelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.17	0.48
mannelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 27)	0.10	0.36
vrouwelijke patiënten mannelijke artsen (N = 75)	0.08	0.34
vrouwelijke patiënten vrouwelijke artsen (N = 38)	0.35	0.32