

# Kleinschaligheid werkt

door H. J. Wennink en J. J. Zuilhof

## Inleiding

Het ziet er naar uit dat beschermende woonvormen tot de nieuwe vorm van verblijfspsychiatrie zullen uitgroeien. Publikaties uit het veld of uit beleidskringen stemmen in ieder geval wonderwel overeen over de gewenste eigenschappen: kleinschaligheid, integratie en gewoon-wonen. De al bestaande kleinschalige woonvormen zijn ontstaan na de kritiek op de klassieke inrichting. Die kritiek was vanaf het begin – de zestiger jaren – een vermenging van humanitaire en theoretische overwegingen. Het werd tijd de 'vergeten' groep chronische patiënten menswaardig te huisvesten en het werd tijd in te zien dat het hospitaal medeverantwoordelijk was voor sommige gedragskenmerken van chronische patiënten. Het laatste wordt gewoonlijk 'hospitalisatie' genoemd.

De nieuwe woonvormen zijn onder andere bedoeld om te voorkomen dat chronische patiënten verglijden in een passief, apathisch bestaan. In dit artikel gaan we na of de zogenaamde hospitalisatie-effecten bestreden kunnen worden in een kleinschalig milieu. Het is het verslag over de resultaten van een deelonderzoek van een groot-schalig, longitudinaal, evaluatieonderzoek in Beschut Wonen, de chronische sector van de Sint Bavo (verg. Holman, Wennink, 1981).

## Hospitalisatie-effecten en terugtrekgedrag

Wat wordt er in het algemeen verstaan onder hospitalisatie-effecten? Barton spreekt van 'institutional neurosis ... a disease characterised by apathy, lack of initiative, loss of interest more marked in things and

---

Schrijvers zijn resp.: socioloog, wetenschappelijk medewerker Stichting Centrum St. Bavo, Noordwijkerhout; adres auteur Hoge Rijndijk 56, Leiden; en psycholoog, stafmedewerker bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zeeland; adres auteur Bronkhorststraat 45a, Leiden.

events not immediately personal or present, submissiveness, and sometimes no expression of feelings of resentment at harsh or unfair orders. There is also a lack of interest in the future and an apparent inability to make practical plans for it, a deterioration in personal habits, toilet, and standards generally, a loss of individuality, and a resigned acceptance that things will go on as they are – unchangingly, inevitably and indefinitely' (Barton, 1966, p. 14). Hij zoekt de oorzaak in zeven factoren: 'loss of contact with the outside world; enforced idleness; bossiness of medical and nursing staff; loss of personal friends, possessions and personal events; drugs; ward atmosphere; loss of prospects outside the institution' (ibid., p. 17).

Het is bekend dat veel chronische patiënten het gedrag laten zien dat Barton institutionele neurose noemt. Soortgelijke beschrijvingen vinden we bij Van Eynde (1976), Foudraine (1973), Ten Have (1979), Trimbos (1975), Visiecommissie Sint Bavo (1973). De term 'institutionele neurose' en de kwalificatie 'ziekte' lijken echter ongelukkig gekozen, want in zekere zin strijdig met het verschijnsel dat ermee beschreven zou moeten zijn. Uit het werk van Barton en anderen blijkt immers duidelijk wat de essentie van het fenomeen uitmaakt: een noodgedwongen aanpassing aan een restrictief milieu. De effecten van het hospitaalmilieu, ziekte en eventuele persoonlijkheidseigenschappen zouden, om verwarring te voorkomen, niet onder één noemer gebracht moeten worden. In dit verband is de indeling in handicaps van Wing en Brown (1970) verhelderend. Zij onderscheiden:

- premorbide handicaps: kenmerken van de patiënt vóór het uitbreken van de psychiatrische ziekte, zoals bepaalde karaktertrekken, een geringe begaafdheid, een laag opleidingsniveau, lichamelijke gebreken;
- primaire handicaps: de eigenlijke psychopathologie, zoals een denk- of een stemmingsstoornis/de diagnostische rubricering in engere zin;
- secundaire handicaps: negatieve gevolgen van de opname, de onzekerheid, de sociale angst, het isolement.

Het milieu-effect wordt ons inziens terecht van de andere handicaps onderscheiden.

Ons eerste bezwaar tegen 'institutionele neurose' geldt dus vooral het woord neurose. Een tweede bezwaar richt zich tegen 'institutioneel'. Als er al sprake is van een neurose, dan suggereert het woord institutioneel verder dat ze voorkomt in bepaalde instituties. We geven de voorkeur aan termen die een verschijnsel beschrijven door te zeggen wát het is, in plaats van te zeggen wáár het voorkomt.

Op grond van deze overwegingen kiezen we de term 'terugtrekgedrag', een vertaling van de Engelse omschrijving 'social withdrawal' die wel door Wing en Brown (1970) wordt gebruikt. Wat is nu precies 'terugtrekgedrag'? In Bartons omschrijving van institutionele neurose vinden we een aantal verschillende begrippen: apathie, gebrek aan

initiatief, interesseverlies, onderdanigheid, onvermogen toekomstplannen te maken, verslechtering van persoonlijke hygiëne. Tenslotte noemt hij identiteitsverlies. Het valt op dat de term identiteitsverlies zich onderscheidt van de andere termen. Identiteitsverlies suggereert een persoonlijkheidsverandering en hoort ons inziens niet in het rijtje thuis, omdat het een diagnose lijkt op grond van de overige eigenschappen. Het bewuste gedrag kan goed worden samengevat in de term 'terugtrekgedrag', een zich terugtrekken uit de betrokkenheden van het dagelijkse leven. Onder betrokkenheden van het dagelijkse leven verstaan we alle mogelijke activiteiten die een individu verricht om zijn individuele en sociale functioneren in stand te houden. In principe is dat een breed scala van activiteiten variërend van hygiëne en voeding tot en met sociale activiteiten. De term terugtrekgedrag dekt ons inziens het door Barton en anderen beschreven verschijnsel en komt tegemoet aan onze bezwaren tegen de term institutionele neurose.

De oorspronkelijke vraagstelling kan dus opnieuw geformuleerd worden en luidt dan: is het mogelijk om in een kleinschalig woonmilieu terugtrekgedrag te voorkomen of te bestrijden?

### **Terugtrekgedrag en kleinschaligheid**

Met 'kleinschalig' bedoelen we in de eerste plaats: kleine woongroepen en het bezit van een eigen kamer. Een ander voor beschermende woonvormen bijna vanzelfsprekend kenmerk is de nadruk op 'gewoon-wonen' en emancipatie van de bewoners. Voor de bewoners gelden nauwelijks andere beperkingen dan voor willekeurige Nederlanders. Die kenmerken, een normaal woonmilieu, met normale huisregels en met de schaal van een gewoon woonhuis, worden gewoonlijk in het begrip 'kleinschaligheid' samengevat. In ons onderzoek hebben we 'emancipatie' en 'gewoon-wonen' buiten beschouwing gelaten en definiëren we kleinschalig als 'het bezit van een eigen kamer' en het wonen in een kleine woongroep.

Wat kan nu verwacht worden als chronische psychiatrische patiënten die lang in klassieke hospitaalmilieus hebben gewoond, verhuizen naar kleinschalige voorzieningen? Het zou natuurlijk ideaal zijn als alle handicaps in die voorzieningen zouden afnemen. Dat wil zeggen als de psychopathologie minder op de voorgrond zou treden, als de zogenaamde premorbide handicaps in zo'n milieu minder invaliderend zouden zijn en als er minder sprake zou zijn van secundaire handicaps. Het zou ideaal zijn, maar het lijkt een irreële verwachting. Het is natuurlijk wel zo dat in een huiselijker milieu, met een ondersteunende rol van de begeleiding, die eerste twee handicaps minder tellen. Voor zover wij ons beperken tot de invloed van het milieu lijkt het echter verstandig onze verwachtingen te beperken tot de secundaire handicaps, het exclusief aan het milieu toe te schrijven effect. Als de kleinschalige milieus nog steeds door psychopathologie of premorbide

handicaps worden gekenmerkt, impliceert dat voor ons niet dat het doel – tegengaan van terugtrekgedrag – niet gehaald zou worden.

Er zijn verschillende redenen om aan te nemen dat kleinschaligheid terugtrekgedrag tegengaat. Allereerst is het op grond van diverse buitenlandse onderzoeken aannemelijk dat terugtrekgedrag van chronische patiënten direct verband houdt met een gebrek aan privacy en leven in grote groepen (verg. Ittelson, e.a., 1970; Holahan en Saegert, 1979; Fairbanks, e.a., 1977). Maar er zijn natuurlijk ook indirecte invloeden. In een kleinschalig milieu is minder begeleiding aanwezig. Bewoners moeten meer zelf gaan doen in het huishouden of in de zorg voor zichzelf. Verder wordt van de begeleiding niet een autoritaire of betuttelende rol verwacht, maar een die mogelijk bijdraagt tot grotere zelfstandigheid van de bewoners. De invloed van de nieuwe woonvoorzieningen moet daarom zowel aan materiële als immateriële eigenschappen worden toegeschreven. Op grond van deze overwegingen verwachten we dat terugtrekgedrag zal afnemen (verg. Zuilhof, 1983).

Het zal duidelijk zijn dat het onderzoek valt of staat met een geslaagde operationalisatie van 'afname van terugtrekgedrag'. Het gaat dan om zowel meer als andere activiteiten. Anders gezegd, we mogen pas spreken van afname van terugtrekgedrag als er zowel een kwantitatieve als een kwalitatieve gedragsverandering waarneembaar is. Dit is zo, omdat veel inrichtingsbewoners een zeer beperkt gedragsrepertoire hebben. Ze doen weinig en als ze wat doen is het vaak maar één soort activiteit, bijvoorbeeld iedere dag tafels dekken. Het meest typerende van terugtrekgedrag is die beperking tot één soort activiteit. Het contrast met andere burgers is opvallend. De meeste Nederlanders bezitten een vanzelfsprekende competentie in het verrichten van alledaagse handelingen: boodschappen doen, een brief schrijven, fietsen, telefoneren. Het zijn handelingen waar niet echt bij nagedacht hoeft te worden. Verder strekt deze vanzelfsprekende competentie zich uit tot verschillende levensgebieden, huishoudelijk werk, ontspanning, lichamelijke verzorging, sociale relaties. Met andere woorden, de grondslag van menselijke activiteit bestaat uit een grote variëteit aan routines, waardoor iedere burger, zonder erbij stil te staan, in staat is de dingen van alledag af te handelen. Chronische patiënten onderscheiden zich van 'gewone' mensen doordat ze deze zo vanzelfsprekende competentie ontberen. Na langdurige hospitalisatie zijn velen niet alleen 'de kunst van het wonen', zoals Hardeman (1977) schrijft, maar misschien wel de kunst van het leven verlerd. De ideale bewoner van een kleinschalige voorziening kan het wèl, die is zelfredzaam, helpt af en toe in het huishouden, onderhoudt wat sociale contacten en kan zichzelf goed vermaken; heeft met andere woorden een gevarieerd activiteitenpatroon. We zullen daarom pas spreken van een afname van terugtrekgedrag als er naast een toename van activiteit sprake is van een grotere variatie in activiteit.

## De Beschut Wonen Schaal (BWS)

Er bestaan veel instrumenten om het gedrag van psychiatrische patiënten, vooral de chronische inrichtingsbewoners, te beoordelen. Beyaert (1966) geeft een overzicht van wat op dit gebied van 1915 tot 1965 gepubliceerd is en ontwikkelde zelf de PUK-schalen. Daarna zijn in Nederland onder andere nog de Graffelschaal (Burger, 1966), de Warnsveldse Aanpassingsschaal voor Verpleegafdelingen (Burger, 1966), de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (Van der Kam, e.a., 1971) en de Basale Sociale Vaardigheden-schaal (Schudel, 1976) ontwikkeld. Ondanks het aanwezige instrumentarium hadden we behoefte aan een nieuw instrument omdat, eenvoudig samengevat, de bestaande lijsten niet meten wat we willen meten, namelijk afname van terugtrekgedrag.

Veel bestaande lijsten zijn indicatief voor de begrippen sociale (on)aangepastheid c.q. afwijkend gedrag. Onder dat gedrag worden aspecten van de primaire, premorbide en secundaire handicaps gesubsu-meerd. Ons gaat het alleen om terugtrekgedrag, de secundaire handicaps dus. Dit houdt in dat vrijwel alle bestaande instrumenten schalen of items bevatten die onbruikbaar zijn. Het aanpassen van bestaande lijsten zou evenveel instrumenteel onderzoek vergen als het ontwerpen van een nieuw instrument. Wellicht zou deze mogelijkheid nog te overwegen zijn geweest ware het niet dat de bestaande lijsten nog een tweetal problemen met zich meebrengen, die vooral met hun 'veroudering' te maken hebben. In de eerste plaats is het zo dat het niveau van functioneren dat verondersteld wordt, erg laag is. Er wordt meestal uitgegaan van een zó weinig zelfredzame populatie, dat ze niet zullen discrimineren tussen bewoners van kleinschalige woonvoorzieningen. In de tweede plaats ademen ze meestal de sfeer uit van de klassieke inrichting: een restrictief milieu met regels en plichten die in kleinschalige voorzieningen niet meer voorkomen. Toonzetting en stijl typeren de tijd waarin ze gemaakt werden.

Op grond van deze overwegingen leek het verstandig een instrument te ontwikkelen dat specifiek voor kleinschalige voorzieningen geschikt is, die schaal hebben we de Beschut Wonen Schaal genoemd. Deze schaal discrimineert op het verrichten van alledaagse activiteiten in een kleinschalige voorziening en laat psychopathologie en on-aangepastheid of afwijkend gedrag buiten beschouwing.

Aan de constructie van de lijst gingen twee participerende-observatiestudies vooraf. Op grond van die studies is een itemlijst samengesteld van mogelijke bewonersactiviteiten in een kleinschalig milieu. Op deze lijst kan voor de activiteiten gescoord worden hoe vaak – nooit, zelden, soms, vaak, altijd – een bewoner ze uitvoert. De lijsten werden ingevuld door de begeleiders van een woongroep, die de betrokken bewoners minimaal een half jaar hadden begeleid. We hebben voor deze 'beoordelingsvorm' gekozen om te voorkomen dat de meting door

toevallige fluctuaties in toestandsbeelden en activiteitenniveaus van bewoners zou worden beïnvloed. Omdat het hier gaat om het constateren van activiteiten en niet om oordelen over houdings- en persoonlijkheidseigenschappen lijkt er geen reden om een al te grote bias te veronderstellen. De betrouwbaarheid van de begeleidersscore is bovendien bij een groep van 34 respondenten onderzocht. We vergeleken bij deze groep de beoordeling van twee begeleiders over dezelfde bewoner. Het maximale verschil kan zijn:

begeleider 1: bewoner X verricht nooit activiteit Y,

begeleider 2: bewoner X verricht altijd activiteit Y.

Om de vergelijking scherper te maken hebben we alle verschillen beschouwd als het grootste beoordelingsverschil. Met andere woorden ook graduele verschillen als: 'zelden – soms' of 'vaak – altijd' tellen als essentiële verschillen. Bij een totaal van 67 activiteiten vinden we per bewoner gemiddeld tien verschillen in beoordeling. Over 85% van de activiteiten geven twee begeleiders dus een gelijke beoordeling. Als eerste indicatie voor de betrouwbaarheid lijkt dit voldoende. Het instrumentele onderzoek is overigens nog aan de gang, zodat pas over enige tijd meer over de technische aspecten van geldigheden betrouwbaarheid gepubliceerd kan worden.

Bij het invullen van de lijsten is gevraagd op wiens initiatief (zelf of anderen) een activiteit werd verricht. Indien een bewoner een activiteit niet op eigen initiatief ontplooidde, hebben we die activiteit als 'niet-verricht' beschouwd. Het bleek dat voor zover bewoners activiteiten ontplooiden, dit vrijwel altijd op eigen initiatief was.

Analyse van de protocollen met behulp van een driedimensionele Princals-oplossing (Van Rijckevorsel, De Leeuw, 1979) leverde vier groepen samenhangende bewonersactiviteiten op. Dat wil zeggen dat er zich vier groepen items vormen (ieder item indiceert een bewonersactiviteit). Per groep geldt dat de items (activiteiten) samenhangen. Anders gezegd: indien een bewoner een bepaalde activiteit verricht, dan is er een statistisch significante kans dat hij de andere activiteiten in die groep ook verricht. De vier groepen indiceren met andere woorden vier typen activiteit of aspecten van het dagelijkse leven. De typen zijn:

type 1: zelfredzame activiteiten,

type 2: ondernemende activiteiten,

type 3: huishoudelijke activiteiten,

type 4: sociale activiteiten.

De typen zijn het meest eenvoudig te beschrijven met de activiteiten waaruit ze zijn samengesteld (zie tabel 1).

De Cronbach alpha's geven de gevonden interne consistentie per groepje items aan. De typen worden gevormd door 42 van de oorspronkelijke 67 items. Weggevalen zijn de items die betrekking hebben op het verrichten van arbeid, die toch van een ander gewicht zijn dan de andere items. Verder items die te specifiek zijn voor de onderzochte

Tabel 1: Vier typen activiteit

<p>Type 1 – zelfredzame activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eigen kleding kopen</li> <li>- eigen kleding wassen</li> <li>- eigen kleding naar de wasserette brengen</li> <li>- eigen kleding verstellen</li> <li>- zelf koffie maken</li> <li>- hulpverleningscontacten buiten de inrichting leggen</li> <li>- eigen geldzaken regelen</li> <li>- eigen post ophalen</li> <li>- eigen medicatie beheren</li> </ul>	<p>Type 2 – ondernemende activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- creatieve bezigheden hebben</li> <li>- brieven schrijven</li> <li>- bij andere afdelingen op bezoek gaan</li> <li>- bij familie of kennissen op bezoek gaan, buiten de inrichting</li> <li>- uitgaan buiten de inrichting</li> <li>- eigen huishoudelijke apparatuur e.d. kopen</li> <li>- dranken voor zichzelf klaarmaken</li> <li>- tussen de maaltijden door hapjes klaarmaken</li> <li>- dranken voor zichzelf kopen</li> <li>- hapjes voor zichzelf kopen</li> <li>- zelf telefoneren</li> <li>- hulpverleningscontacten in de inrichting regelen</li> <li>- radio- en tv-programma's uitkiezen</li> <li>- vrienden en vriendinnen hebben</li> </ul>
Cronbach alpha = 0,79	Cronbach alpha = 0,87
<p>Type 3 – huishoudelijke activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- de vaat van de groep doen</li> <li>- de rommel in de groepsruimte opruimen</li> <li>- schone vaat van de groep opbergen</li> <li>- de groepsruimte stofzuigen</li> <li>- koffie aan anderen uitdelen</li> <li>- tafel dekken in de groepsruimte</li> <li>- radio en tv aan/uitzetten</li> <li>- tafel opruimen in de groepsruimte</li> </ul>	<p>Type 4 – sociale activiteiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- bij de begeleiding of receptie zitten</li> <li>- bij andere bewoners zitten</li> <li>- aanwezig zijn bij vergaderingen over eigen situatie</li> <li>- met begeleiders praten</li> <li>- met andere bewoners praten</li> <li>- kennissen of vrienden in andere groepen of kamers opzoeken</li> <li>- gezelschapsspelletjes doen</li> <li>- met groepsuitjes meegaan</li> <li>- begeleiders thuis opzoeken</li> <li>- dranken aan anderen uitdelen</li> <li>- hapjes (snacks) aan anderen uitdelen</li> </ul>
Cronbach alpha = 0,83	Cronbach alpha = 0,82

situatie en dus voor andere kleinschalige voorzieningen niet relevant zijn. Tenslotte items die hetzij door iedereen worden verricht, hetzij door niemand.

De betekenis van de typen reikt verder dan enkel een statistische samenhang. Ze vormen samen een typologie, die direct aan terugtrekgedrag te koppelen is. We hebben terugtrekgedrag gedefinieerd als een zich terugtrekken uit de betrokkenheden van het dagelijkse leven. Hypothetisch gezien is terugtrekgedrag het sterkst wanneer iemand absoluut niets meer zou doen. In dat geval zou hij volledig hulpbehoevend zijn en afhankelijk van anderen om überhaupt te kunnen overleven. Anderen moeten hem voeden, wassen en in het algemeen zijn aandeel in het dagelijks gebeuren overnemen. Daarnaast zijn er natuurlijk nog tal van activiteiten die minder essentieel zijn voor iemands dagelijks functioneren. Het zijn activiteiten als uitgaan, onderhouden van sociale contacten, lezen, wandelen etc. Het meest essentiële verschil tussen de twee soorten activiteit is de 'overdraagbaarheid' ervan. We onderscheiden 'overdraagbare activiteiten', dat zijn de activiteiten die iemand in de loop van zijn dagelijks leven moet doen om als zelfstandig burger te kunnen functioneren. Bij extreme onwil of afhankelijkheid kan een ander ze overnemen. Overdraagbare activiteiten worden geïndiceerd door de typen: zelfredzame en huishoudelijke activiteiten. Daarnaast onderscheiden we 'niet-overdraagbare activiteiten', dat zijn de activiteiten die een individu enkel zelf kan verrichten. De activiteiten liggen op het vlak van de ontspanning en recreatie, ze zijn niet noodzakelijk om te overleven, maar geven het leven klank en kleur. Geredeneerd vanuit het standpunt van een begeleider: een afhankelijk individu kan wel verzorgd worden, maar de begeleider kan niet voor hem lezen of wandelen. De niet-overdraagbare activiteiten zijn te vinden in de typen ondernemende en sociale activiteiten.

Eigenlijk ligt in bovenstaande beschrijving al een tweede onderscheid verscholen. Er zijn namelijk overdraagbare activiteiten die sterk individueel zijn, zoals de persoonlijke verzorging, en er zijn overdraagbare activiteiten die groepsgericht zijn, zoals huishoudelijk werk. Een zelfde onderhoud geldt voor de niet-overdraagbare activiteiten. Activiteiten zijn dus goed onder te verdelen naar hetzij de gerichtheid op het ik, hetzij op anderen. Wanneer we de twee besproken dimensies combineren ontstaat het in tabel 2 gegeven schema. Uit dit schema zal duidelijk zijn dat iemand die alle vier de typen verricht nauwelijks afhankelijk is van anderen noch sociaal geïsoleerd. Hoe minder typen hoe groter hetzij de afhankelijkheid, hetzij het isolement. Het aantal typen dat iemand verricht, zijn 'activiteitenpatroon', lijkt daarom een goede indicatie voor terugtrekgedrag. Door na te gaan hoeveel typen kenmerkend zijn voor een bewoner krijgen we een indicatie van de variatie in zijn activiteitenpatroon. We zijn daarbij uitgegaan van de regel dat een type kenmerkend is voor een bewoner als hij de helft of meer van de activiteiten binnen een type weleens (altijd, vaak, soms) ontplooit. De variatie in het activiteitenpatroon is maximaal als een bewoner door vier typen activiteit gekenmerkt wordt. Minimale variatie bestaat als een bewoner geen enkel type activiteit



Tabel 2: Een indeling van dagelijkse activiteiten naar twee dimensies: overdraagbaarheid en gerichtheid

	Dimensie 1: overdraagbaarheid	
Dimensie 2: Gerichtheid	Activiteiten zijn overdraagbaar	Activiteiten zijn niet-overdraagbaar.
Activiteiten zijn ik-gericht	type 1 zelfredzame activiteiten	type 2 ondernemende acti- viteiten
Activiteiten zijn ander-gericht	type 3 huishoudelijke acti- viteiten	type 4 sociale activiteiten

verricht. Het activiteitenpatroon kan dus uit 0, 1, 2, 3 of 4 typen activiteit bestaan.

De schaal meet kortom de mate waarin bewoners een gevarieerd dan wel een niet-gevarieerd activiteitenpatroon hebben. Terugtrekgedrag zien we geïndiceerd door een niet-gevarieerd patroon (0, 1 en 2 typen), afname van terugtrekgedrag door een grotere variatie. We stellen daarbij geen norm, maar zien iedere verschuiving (van 0 naar 1, 2 naar 3, etc.) als een afname van terugtrekgedrag.

### Het onderzoeksterrein

Het onderzoek werd uitgevoerd in de chronische sector van de Stichting Centrum Sint Bavo in Noordwijkerhout, de sector Beschut Wonen. In principe bestaat de steekproef uit alle bewoners van de sector, met uitzondering van de oudere verzorgingsbehoefte mensen en een kleine groep bewoners die permanent op het crisiscentrum van de chronische afdeling verblijft. Dit komt neer op een onderzoeksgroep van 275 mensen. Deze groep bestaat uit 20 vrouwen en 255 mannen. De gemiddelde leeftijd is 53,5 jaar, de spreiding rond het gemiddelde is aanzienlijk, de leeftijden variëren van 23 tot 83 jaar. De meeste bewoners zijn lang opgenomen, met een gemiddelde opnameduur van 21 jaar, de variatiebreedte is 63 jaar. Deze mensen woonden in zeer uiteenlopende omstandigheden. Zo hadden 100 van de 275 bewoners in de steekproef geen eigen kamer. Ook waren er grote verschillen in de grootte van de groepen waarin men leefde: van 5 tot 29 personen. Verder verschilden de gebouwen waarin men woonde aanmerkelijk wat aantal bewoners betref: van 5 tot 98. De gebouwen zijn verspreid over Noordwijkerhout (drie paviljoens op het Sint Bavo-terrein, twee woonhuizen buiten het terrein, één groot gebouw buiten het terrein), Delft en Rotterdam (herenhuizen). Er is geen duidelijk verband tussen

kamerbezit, groepsgrootte en aantal inwoners per gebouw. Kleine groepen en eigen kamers komen zowel in de grote als in de kleine gebouwen voor. Kamerbezit kon in grote en kleine leefgroepen voorkomen. Wel is het zo dat in de kleine gebouwen iedereen een eigen kamer had en er kleine woongroepen waren. De omstandigheden van de onderzoeksgroep varieerden dus van zeer kleinschalig tot zeer groot-schalig. Tenslotte is het van belang op te merken dat de samenstelling van de woongroepen bij toeval tot stand kwam. Er werd en wordt in Beschut Wonen niet geselecteerd naar diagnose of zelfredzaamheid. De situatie was dus gunstig voor onderzoek naar de invloed van de woon-omstandigheden op het activiteitenpatroon.

### De eerste onderzoeksresultaten

De eerste vraag is natuurlijk of de schaal discrimineert, dat wil zeggen, valt de steekproef uiteen in deelpopulaties met een verschillend activiteitenpatroon? Dat blijkt inderdaad het geval te zijn (zie tabel 3).

Tabel 3: Het activiteitenpatroon van 256 chronische psychiatrische patiënten

percentage	aantal kenmerkende typen activiteit
12,1%	verricht 4 typen
15,6%	verricht 3 typen
21,5%	verricht 2 typen
21,5%	verricht 1 type
29,3%	verricht 0 typen
100 %	

Het blijkt uit dit overzicht dat een gevarieerd patroon eerder uitzondering is dan regel. Indien we 4 tot 3 typen definiëren als gevarieerd, dan gaat het dus om 27,7% van de steekproef. Deze mensen zijn competent in het leven van alledag. Bij verreweg de meeste bewoners is daar geen sprake van. De 72,3% met een niet-gevarieerd patroon trekt zich terug uit de beslommingen van het dagelijks leven en het sociale verkeer.

De cruciale vraag is natuurlijk wat het verband is met kleinschaligheid. We gingen uit van de hypothese dat kleinschaligheid terug-trekgedrag tegengaat. Deze hypothese wordt door ons onderzoek bevestigd. Zo blijkt bijvoorbeeld de kans op een gevarieerd patroon groter te zijn als bewoners in een kleine groep leven. In tabel 4 is dit duidelijk te zien.

Er is sprake van een significante samenhang tussen groepsgrootte en het activiteitenpatroon. De tabel wordt makkelijker te lezen als we per cel aangeven of de vulling groter (+), kleiner (-) of gelijk (0) is aan het aantal dat bij toeval verwacht mag worden (zie tabel 5).

Tabel 4: Activiteitenpatroon en groepsgrootte

groeps- grootte	aantal kenmerkende typen activiteit per bewoner					
	0	1	2	3	4	
5- 8	5	9	17	16	17	64
10-19	28	26	24	16	17	101
21-39	42	20	14	8	7	91
	75	55	55	40	31	256
$p \leq 0,00001$	kendall's tau = -0,35					

Tabel 5: Activiteitenpatroon en groepsgrootte

groeps- grootte	aantal kenmerkende typen activiteit per bewoner				
	0	1	2	3	4
5- 8	-	-	-	+	+
10-19	-	+	+	0	-
21-39	+	0	-	-	-

Tabel 6: Activiteitenpatroon en kamer

kamer	aantal kenmerkende typen activiteit per bewoner					
	0	1	2	3	4	
ja	25	30	40	27	28	150
nee	44	23	14	13	3	97
	69	53	54	40	31	247
$p \leq 0,000001$	kendall's tau = -0,39					

Tabel 7: Activiteitenpatroon en kamer

kamer	aantal kenmerkende typen activiteit per bewoner				
	0	1	2	3	4
ja	-	-	+	+	+
nee	+	+	-	-	-

We zien een duidelijke oververtegenwoordiging van een gevarieerd patroon in de kleine groepen, naast een oververtegenwoordiging van het niet-gevarieerd patroon in de grote groepen.

Een soortgelijk verband vinden we als we het activiteitenpatroon in verband brengen met het bezit van een eigen kamer (zie tabel 6).

Als we weer de bijdragen per cel uitrekenen, dan ontstaat het volgende beeld (tabel 7):

De gevonden verbanden blijven bestaan indien ze met behulp van multiple-regressie-analyse worden gecontroleerd op de invloed van versturende variabelen. Als met de invloed van onderlinge correlaties tussen groepsgrootte, eigen kamer, aantal bewoners per gebouw, leeftijd, opnameduur en aantal heropnames rekening wordt gehouden, dan blijft gelden dat er een significant grotere kans is op een gevarieerd patroon in kleine groepen en bij bewoners met een eigen kamer.

## Conclusie

De resultaten van dit onderzoek zijn hoopgevend. Het heeft er alle schijn van dat terugtrekgedrag in kleinschalige voorzieningen vermindert. Na het onderzoek zijn  $\pm$  180 bewoners verhuisd naar een nieuwe kleinschalige voorziening. Aan de rand van het terrein van de Sint Bavo is een woonwijk gebouwd van zesendertig woonhuizen en een aantal voorzieningen als een wijkwinkel, een receptie, een café en dergelijke. Op dit moment zijn dus alleen patiënten van de chronische sector gehuisvest in een kleinschalig milieu. Hoewel we verwachten dat in de woonwijk het terugtrekgedrag verder zal afnemen, moeten we voorzichtig zijn met onze verwachtingen. Ruim zeventig procent van de onderzochte groep had immers een niet-gevarieerd activiteitenpatroon. De populatie bestaat, anders gezegd, grotendeels uit passieve mensen met een geringe variatie in hun gedrag. Een tweede onderzoek, dat medio 1984 is gepland, zal hierover meer uitsluitsel geven.

## Literatuur

- Barton, R. (1969) *Institutional neurosis*, John Wright & Sons, Bristol.
- Beyaert, F. H. L. (1966) *Gedragsbeoordeling in het psychiatrisch ziekenhuis. De PUK-schalen voor gedragsbeoordeling*. Leiden, H. E. Stenfert Kroese NV.
- Burger, A. W., R. Hofman, N. J. Peters en F. J. Wolters (1966) *Warnsveldse Aanpassingsschaal voor Verpleegafdelingen*.
- Burger, A. W., Wildeen De Waard (1966) *Graffelschaal voor wekelijkse gedragsbeoordelingen*.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976) Wonen en Hospitalisatie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 18, 87-99.
- Fairbanks, L. A., McGuire, M. T., Cole, S. R., Sbordone, R., Silvers, F. M., Richards, M., Akers, J. (1977) The ethological study of four psychiatric wards: patients, staff and system behaviours. *Journal of psychiatric research*, p. 193-209.

- Foudraïne, J. (1973) *Wie is van hout?, een gang door de psychiatrie*. Ambo, Biltoven, 1973.
- Hardeman, W. J. (1977) Het pensiontehuis en andere beschutte woonvormen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 32.
- Have, H. ten (1979) *Het verpleeghuis; een veld van onderzoek*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Holahan, C., Saegert, S. (1973) Behavioral and attitudinal effects of large scale variation in the physical environment of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 1973, p. 454-462.
- Holman, E. M. P., Wennink, H. J. (1981) *Zesendertig woonhuizen: onderzoek naar de effecten van beleidsveranderingen in een psychiatrische inrichting*. Onderzoeksplan. Stichting Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout, 1981.
- Ittleson, W. H., Proshansky, M., Rivlin, L. G. (1970) The environment psychology of the psychiatric ward; in: *Environmental psychology: man and his physical setting*. Edited by: Harold M. Proshansky, William H. Ittleson, Leanne G. Rivlin, New York, p. 419-439.
- Van de Kamp, F. Molen en M. F. H. G. Wimmers (1971) *Beoordelingsschaal voor oudere patiënten*. Deventer, Van Loghum Slaterus..
- Rijckevorsel, J. van en Leeuw, J. de, (1979) *An outline of princals*. Datatheorie, Rijksuniversiteit Leiden.
- Schudel, W. J. (1976) *Opgenomen... opgegeven?* Deventer, Van Loghum Slaterus.
- Trimbos, C. J. B. J. (1975) *Antipsychiatrie; een overzicht*. Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Tweede Rapport Visiecommissie Sint Bavo (1973) *De chronische patiënt*, Noordwijkerhout.
- Wing, J. K. en G. W. Brown (1970) *Institutionalism and Schizophrenia*; Cambridge University Press, Cambridge.
- Zuilhof, H. (1983) *Hulpeloosheid en woonomstandigheden; een onderzoek naar activiteiten van bewoners van de sector Beschut Wonen in de Sint Bavo te Noordwijkerhout*. Stichting Centrum Sint Bavo, Noordwijkerhout.

H. J. Wennink, J. J. Zuilhof

**Small-scale units for chronic psychiatric patients appear to be effective**

With a newly developed instrument, the 'Beschut Wonen' scale, the relationship between the activity pattern of 256 chronic psychiatric patients and their living

conditions was examined.

The population consisted of long-stay patients, partly staying in hospital wards, partly in small-scale units. The research was undertaken to find out whether 'social withdrawal', widely attributed to hospitalisation, would diminish in small-scale care units. To this end patients activity patterns were examined. Four types of activity were distinguished:

(1) self-supporting activities, (2) house-keeping activities, (3) undertaking activities, (4) social activities. Each patient was subsequently classified by the number of activity-types he usually performed (a patient performing all four, approaches the level of ordinary competence in every day life). A varied pattern consists of 3 or 4 types, a non varied of 0, 1 or 2.

In the small units a statistically significant number of patients displayed a varied pattern in sharp contrast to the patients in the hospital wards. This relationship held true when the influence of other variables is taken into account (e.g. age, length of stay, groupsize).

This justifies the conclusion that social withdrawal is less prominent in modern small scale care units.