

Begeleidingsintensiteit van bewoners in beschermende woonvormen

A.M. COUMANS, J. LAMMERS, R. SCHELLINGS, M.J. HAVEMAN

SAMENVATTING Dit artikel doet verslag van een cross-sectioneel onderzoek naar determinanten voor het inschatten van de begeleidingsintensiteit, zoals vastgesteld door de staf binnen de sector beschermd wonen. De steekproef van 1359 bewoners werd getrokken uit 20 van de 40 Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) en 5 van de 9 Psychiatrische Woonvoorzieningen (PWV's). De gegevens werden geanalyseerd door middel van een logistische regressieanalyse, waarbij voor de onderlinge invloed van de variabelen gecorrigeerd is. Doel van dit onderzoek was het ontwikkelen van een diagnostisch model waarmee de begeleidingsintensiteit van de bewoner op basis van een aantal determinanten kan worden ingeschat.

Uit de resultaten blijkt dat jongeren (18-25 jaar) en vrouwen een verhoogde kans hebben om als begeleidingsintensief te worden ingeschat. Daarnaast blijken ook bewoners met een geringe basale zelfredzaamheid, geringe huishoudelijke vaardigheden, een geringe interne en externe sociale integratie, agressief gedrag, veel somatische klachten en behoefte aan veel begeleiding bij het omgaan met medicatie als begeleidingsintensief te worden ingeschat. Opmerkelijk is dat als men voor deze variabelen corrigeert een hogere leeftijd helemaal niet als begeleidingsintensief blijkt te worden ingeschat. Ook blijken niet alle diagnostische groepen die de Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW; sinds 1 juli 1997 opgegaan in Geestelijke Gezondheids Zorg [GGZ-] Nederland) in haar publicaties noemt, daadwerkelijk begeleidingsintensief te zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 4, 199-208]

TREFWOORDEN beschermende woonvormen, determinanten van begeleidingsintensiteit

Beschermende woonvormen werden in de jaren vijftig en zestig veelal vanuit particulier initiatief opgericht. Er werd door de overheid een onderscheid gemaakt tussen pensiontehuizen, bedoeld voor zorgbehoevende personen met psychosociale problematiek, en psychiatrische hostels, waar bewoners met actuele psychiatrische problematiek terecht konden. Er was nauwelijks sprake van enige overheidsbemoediging en het ontbrak aan een landelijk beleids- en financieringskader. Ook de doelgroepen waren per instelling zeer divers. In 1978 hebben deze zogenaamde psychia-

trische tussenvoorzieningen zich verenigd tot de Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen, tot voor kort de Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen (NVBW) geheten (Hoekstra e.a. 1997; Van Zuthem 1991), welke sinds 1 juli 1997 is opgegaan in Geestelijke Gezondheids Zorg (GGZ-) Nederland. Vanaf 1989 vindt de financiering van de beschermende woonvormen plaats via de verstrekking 'hulp door of vanwege een Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen' (RIBW) (Wisse 1994).

Naast de RIBW's zijn er negen Psychiatrische Woonvoorzieningen (PWV's), die grotendeels dezelfde werkwijze hebben als de RIBW's, maar waarvan de bewoners over het algemeen ouder zijn en meer lichamelijke problemen hebben (Van Zuthem 1994). Sinds 1 januari 1998 zijn de PWV's geïntegreerd met de RIBW's en vallen zij beide onder de verstrekking 'hulp door of vanwege een RIBW'. Vanaf 1 januari 1999 zal ook de financiering van de PWV's door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) gelijk worden gesteld aan die van de RIBW's. De financiering verloopt vooralsnog via de Wet Financiering Volksverzekeringen (artikel 39).

In de sector beschermd wonen zijn een aantal ontwikkelingen gaande, waaronder een toename van het aantal ouderen (Wisse 1994) en een toenemende differentiatie in de soort problematiek (juridische positie, psychiatrische chroniciteit en lichamelijke beperkingen). Een gevolg is dat het dienstenpakket hierop afgestemd dient te worden (Henkelman & Faber 1996). Inherent aan de diversiteit in de doelgroep zijn de verschillen in begeleidingsintensiteit van bewoners.

Volgens de NVBW (Hoekstra e.a. 1997) zijn bewoners 'begeleidingsintensief' als er sprake is van een meer dan gemiddelde begeleidingsbehoefte in combinatie met een andere specifieke aandoening. Onduidelijk in deze omschrijving is om welke combinaties van aandoeningen het gaat en waardoor een 'meer dan gemiddelde begeleidingsbehoefte' bepaald wordt. Groepen die per definitie door de NVBW als begeleidingsintensief worden aangemerkt, zijn mensen met autistische stoornissen, mensen met een verslavingsverleden, forensisch-psychiatrische cliënten, jongvolwassenen met psychiatrische problematiek, Korsakowpatiënten, bewoners met epilepsie en ouderen boven de 70 jaar (met bijkomende somatische problemen of lichamelijke handicaps). Ook door Van Zuthem (1994) worden ouderen als begeleidingsintensief aangemerkt.

In verschillende onderzoeken is aandacht besteed aan kenmerken en vaardigheden van bewoners in de sector beschermd wonen

(Haveman 1987; Van der Werf 1996; Hall & Baker 1984; Wennink 1987). Ook wordt in de literatuur (Hoekstra e.a. 1997; Van Zuthem 1994; Wisse 1994; Henkelman & Faber 1996), met name in het kader van de planning van zorg, het begrip zorg- of begeleidingsintensiteit genoemd. Voorzover bekend is er echter tot nu toe geen onderzoek verricht naar de relatie tussen kenmerken en vaardigheden van bewoners en begeleidingsintensiteit.

Voordat men binnen de sector beschermd wonen zorg gaat plannen op basis van begeleidingsintensiteit van bewoners, is een nadere operationalisatie van het begrip begeleidingsintensiteit gewenst. Daarvoor moet duidelijk zijn welke factoren bepalen of iemand al dan niet als begeleidingsintensief kan worden ingeschat. Dit artikel doet verslag van een onderzoek naar factoren die de begeleidingsintensiteit van bewoners bepalen, met als centrale vraagstelling: welke kenmerken, gedragingen en vaardigheden van bewoners in RIBW's en PWV's bepalen volgens het oordeel van de directe begeleiders de mate van hun begeleidingsintensiteit?

Op basis van vakliteratuur, gesprekken met deskundigen en begeleiders uit de sector beschermd wonen zijn de volgende factoren gekozen als potentiële determinanten van begeleidingsintensiteit: demografische gegevens (leeftijd, geslacht, verblijfsduur), basale zelfredzaamheid, huishoudelijke vaardigheden, interne en externe sociale integratie, begeleiding bij externe sociale integratie, potentiële sociale vaardigheden, agressie, suïcidaliteit, mobiliteit, geheugen en psychische en somatische klachten. Ook is voor bewoners met een bepaalde psychiatrische diagnose, die door de NVBW a priori begeleidingsintensief worden genoemd, nagegaan of zij werkelijk begeleidingsintensief zijn.

METHODE

Steekproef In dit onderzoek werd een meertraps-steekproef uitgevoerd. Van de 40 RIBW's werden er 19 aselect gekozen en aangeschreven. RIBW Oostelijk Zuid-Limburg werd als 20e

instelling aan dit bestand toegevoegd in verband met de nauwe betrokkenheid bij de voorbereiding en uitvoering van dit onderzoek. Op één na deden alle aangeschreven instellingen mee. Van de 9 P WV's werden er 5 aselect gekozen. Alle uitgenodigde P WV's namen deel aan het onderzoek.

Binnen deze instellingen werden bewoners geselecteerd op basis van toeval. Doordat het aantal bewoners per instelling sterk verschilde, moest gecorrigeerd worden voor de grootte van de instelling. Naar gelang de omvang varieerde de steekproef uit de bewoners van 50% in grote instellingen tot 100% in kleine instellingen.

Er verbleven in 1995 in Nederland in totaal 4629 bewoners in de RIBW's en 429 in de P WV's. In het geheel vielen 1566 bewoners binnen de steekproef, van wie 137 binnen de P WV's en 1429 bewoners binnen de RIBW's. De respons van de instellingen en bewoners was 100% bij de P WV's ($n = 137$) en 89% ($n = 1258$) bij de RIBW's. Alleen vragenlijsten waarvan voor meer dan 80% op itemniveau informatie aanwezig was, werden bij de statistische analyse betrokken.

De steekproef is vergeleken met de totale populatie in beschermende woonvormen in Nederland (GGZ Nederland 1998). De steekproef uit de RIBW's en P WV's blijkt op demografische kenmerken overeen te komen met de bewoners van de totale sector beschermd wonen uit 1996.

Onderzoeksdesign en variabelen Het betreft een cross-sectioneel onderzoek. De gegevensverzameling vond plaats door middel van schriftelijke vragenlijsten. Deze werden ingevuld door de begeleider die de bewoner het beste kende.

De centrale (afhankelijke) variabele in dit onderzoek is begeleidingsintensiteit. Bij begeleidingsintensiteit gaat het om de mate van ondersteuning, stimulering en begeleiding van de bewoner in verband met zijn lichamelijke en psychische gesteldheid, zoals deze ingeschat wordt door de directe begeleider. De variabele bestaat uit één item met 5 categorieën, variërend van 'zeer begeleidingsintensief' tot 'helemaal niet begeleidingsintensief'.

Onafhankelijke variabelen zijn: demografische gegevens (leeftijd, geslacht, verblijfsduur), basale zelfredzaamheid, huishoudelijke vaardigheden, interne en externe sociale integratie, begeleiding bij externe sociale integratie, potentiële sociale vaardigheden, agressie, neiging tot plegen van suïcide, mobiliteit, geheugen en psychische en somatische klachten. De variabelen zijn samengebracht in de vragenlijst Begeleidingsintensiteit van Bewoners (BIB; Coumans 1997). Uit de betrouwbaarheidsanalyse bleek dat de waarden voor Cronbach's Alpha op de subschalen naar voorzieningensoort (RIBW/P WV) minimaal 0,73 waren. Dit is hoog genoeg om te kunnen concluderen dat de subschalen voldoende homogeen zijn.

Statistische analyse De data zijn geanalyseerd door middel van logistische regressie. Hierbij is het risico om als begeleidingsintensief te worden ingeschat, berekend voor elke determinant, waarbij rekening is gehouden met de invloed van de overige factoren. De bedoeling is om tot een model te komen waarin die variabelen worden opgenomen die een significant of noemenswaardig effect op de begeleidingsintensiteit hebben. De kans die men heeft om als begeleidingsintensief te worden ingeschat als men een bepaald kenmerk heeft, wordt uitgedrukt in Odds Ratio's (OR's) en hun 95% betrouwbaarheidsintervallen (95% BI). Is de OR 1, dan is de kans begeleidingsintensief genoemd te worden bij bewoners mét een bepaald kenmerk (of vaardigheid) niet anders dan bij een referentiegroep. Als in dit onderzoek de OR groter is dan 1, dan is er een verhoogd risico om als begeleidingsintensief te worden ingeschat. Als de OR groter is dan 2, spreekt men in het algemeen over een noemenswaardig effect. Een OR lager dan 1 betekent hier een 'beschermend' effect, dat noemenswaardig is als het kleiner is dan 0,5. Een voorwaarde voor logistische regressie is dat de afhankelijke variabele dichotoom is. Hiertoe werden de eerste twee categorieën, namelijk 'hoge' en 'zeer hoge begeleidingsintensiteit', samengevoegd, evenals de overige

TABEL 1 Ongecorrigeerde en gecorrigeerde kansen (Odds Ratio's), per determinant, om als begeleidingsintensief te worden ingeschat

Kenmerk bewoner	n = 1359		n = 1359		
	Ruwe OR	(95% BI)	OR	(95% BI)	
Geslacht	m vs. v	1,36	(1,09-1,69)	2,17	(1,60-2,94)
Leeftijd	26-35 vs. 18-25	0,89	(0,55-1,47)	0,81	(0,44-1,51)
	36-45 vs. 18-25	0,98	(0,61-1,59)	0,48	(0,26-0,89)
	46-55 vs. 18-25	1,24	(0,76-2,01)	0,47	(0,25-0,87)
	56-65 vs. 18-25	1,02	(0,62-1,68)	0,18	(0,09-0,34)
	> 65 vs. 18-25	1,47	(0,90-2,39)	0,11	(0,05-0,22)
Opnameduur (in jaren)	0-1,9 vs. > 7	0,68	(0,49-0,93)		
	1,9-4 vs. > 7	0,71	(0,53-0,96)		
	4-7 vs. > 7	0,86	(0,63-1,18)		
Begeleiding bij medicatie	veel vs. geen	8,84	(2,18-5,30)	3,34	(2,17-5,15)
	enige vs. geen	3,03	(2,22-4,15)	1,87	(1,28-2,74)
Somatische klachten	heel veel vs. geen	2,98	(2,18-4,07)	2,72	(1,82-4,09)
	nogal vs. geen	1,40	(1,03-1,91)	1,53	(1,02-2,27)
Psychische klachten	een beetje vs. geen	1,22	(0,84-1,78)	1,39	(0,86-2,23)
	heel veel vs. geen	0,88	(0,64-1,21)		
	nogal vs. geen	1,06	(0,77-1,45)		
Agressie	een beetje vs. geen	1,08	(0,79-1,48)		
	veel vs. niet	2,98	(2,24-3,97)	1,65	(1,14-2,41)
Basale zelfredzaamheid	gemiddeld vs. niet	1,19	(0,89-1,60)	1,07	(0,73-1,58)
	zeer slecht vs. goed	22,91	(13,60-38,60)	4,56	(2,42-8,62)
	slecht vs. goed	6,91	(4,10-11,64)	2,07	(1,13-3,78)
Huishoudelijke vaardigheden	redelijk vs. goed	1,99	(1,11-3,57)	1,09	(0,57-2,09)
	zeer weinig vs. zeer veel	29,26	(17,44-49,08)	8,03	(4,12-15,66)
	weinig vs. zeer veel	8,41	(5,13-13,81)	4,41	(2,44-7,98)
Potentiële sociale vaardigheden	redelijk vs. zeer veel	2,28	(1,34-3,90)	1,61	(0,88-2,93)
	slecht vs. goed	7,13	(5,30-9,59)		
Interne sociale integratie	redelijk vs. goed	2,20	(1,60-3,03)		
	zeer slecht vs. zeer goed	8,46	(5,87-12,18)	1,73	(1,06-2,82)
	slecht vs. zeer goed	3,15	(2,18-4,56)	1,30	(0,82-2,05)
Externe sociale integratie	goed vs. zeer goed	1,47	(0,95-2,28)	1,00	(0,59-1,70)
	zeer slecht vs. zeer goed	5,66	(3,99-8,03)	1,79	(1,04-3,08)
	slecht vs. zeer goed	2,48	(1,74-3,53)	1,06	(0,65-1,74)
Activiteiten buitenshuis	goed vs. zeer goed	1,44	(1,01-2,06)	0,97	(0,61-1,54)
	0-2 vs. > 5	2,34	(1,67-3,27)		
	2-4 vs. > 5	1,66	(1,14-2,42)		
Begeleiding bij externe sociale integratie	4-5 vs. > 5	1,21	(0,85-1,72)		
	veel vs. weinig	5,01	(3,73-6,72)	1,57	(1,05-2,33)
	gemiddeld vs. weinig	2,21	(1,97-2,97)	1,00	(0,68-1,46)
	% correct voorspeld			79,3%	

drie categorieën, te weten een 'gemiddelde', 'lage' en 'zeer lage begeleidingsintensiteit'.

Eerst zijn de ruwe OR's berekend, waarbij niet gecorrigeerd is voor de invloed die de factoren op elkaar hebben, om een indruk te krijgen van de invloed van elke determinant apart. Hierna is een analyse uitgevoerd, waarbij alleen de variabelen met een significante ($p < 0.05$) invloed op de ingeschatte begeleidingsintensiteit in het model zijn opgenomen.

De psychiatrische diagnose werd niet in de logistische regressie betrokken. Uit de literatuur (Van der Werf 1996) en gesprekken met deskundigen uit de sector beschermd wonen blijkt namelijk dat de diagnose op zich een weinig relevant begripkader vormt als het gaat om begeleiding in RIBW's. Het gaat bij de bepaling van de aard en de intensiteit van begeleiding meer om de gedragingen en vaardigheden van de bewoner. Deze aspecten zullen soms wel, soms niet aan een diagnose gekoppeld zijn. Op grond van deze overweging zal alleen de verdeling van de diagnoses naar categorie van begeleidingsintensiteit weergegeven worden. Op deze manier kan men een indicatie krijgen van de begeleidingsintensiteit van bewoners met een bepaalde diagnose.

RESULTATEN

In de eerste kolom van tabel 1 staan de ruwe OR's per bewonerskenmerk. De categorieën zijn gebaseerd op kwartiel of tertiëlscores van de oorspronkelijke variabelen. Uit de ruwe Odds Ratio's in tabel 1 (eerste kolom) blijkt dat een aantal variabelen naast een significant ook een noemenswaardig effect hebben, namelijk: huishoudelijke vaardigheden, basale zelfredzaamheid, interne en externe integratie of daar veel begeleiding bij nodig hebben, potentiële sociale vaardigheden, activiteiten buitenshuis (0 tot 2 dagdelen per week), somatische klachten en begeleiding ontvangen bij het omgaan met medicatie.

Ongecorrigeerd voor andere factoren geven

de volgende factoren géén noemenswaardig verhoogde kans om als begeleidingsintensief te worden ingeschat: het geslacht van de bewoner, de leeftijd, de opnameduur en psychische klachten.

De tweede kolom van tabel 1 geeft de resultaten weer van de logistische regressieanalyse waarbij de variabelen op onderlinge invloed zijn gecorrigeerd.

Een aantal variabelen blijken een significant én noemenswaardig ($OR > 2,0$) effect te hebben als men in het model rekening houdt met de invloed van alle andere variabelen. Zo blijken vrouwelijke bewoners, in tegenstelling tot wat uit de ruwe berekening blijkt, begeleidingsintensiever te zijn dan mannen.

Geringe huishoudelijke vaardigheden gaan ook na correctie voor de andere factoren samen met een sterk verhoogd risico om als begeleidingsintensief te worden aangemerkt. Het hebben van goede of zeer goede huishoudelijke vaardigheden blijkt dus in beschermende woonvormen een factor van belang te zijn. Ook na correctie voor andere determinanten blijkt dat een geringe basale zelfredzaamheid een verhoogd risico inhoudt om als begeleidingsintensief te worden ingeschat. Dit risico is weliswaar een stuk lager dan de ruwe schatting van het effect, maar het is nog steeds noemenswaardig (OR (zeer slecht) = 4,56; OR (slecht) = 2,07). Blijkbaar heeft in de ruwe OR een deel van het effect van de andere determinanten gezeten, dat er na correctie uit is gehaald en verdeeld is over de andere variabelen.

Bewoners die veel begeleiding nodig hebben bij het verkrijgen en innemen van medicatie, hebben een hoger risico ($OR = 3,34$) om als begeleidingsintensief aangemerkt te worden dan bewoners die deze begeleiding niet nodig hebben. Blijkbaar vraagt het uitdelen en begeleiden bij het innemen van de juiste medicatie iets van de begeleiding, waardoor juist deze bewoners een hogere kans hebben om als begeleidingsintensief ingeschat te worden.

Een factor die eveneens zowel een significant als een noemenswaardig effect heeft op

begeleidingsintensiteit, is het hebben van zeer veel somatische klachten. Een bewoner die volgens de begeleiders erg veel klachten van somatische aard heeft, wordt door hen gezien als begeleidingsintensiever dan een bewoner die minder of geen klachten heeft.

Opmerkelijk is dat wanneer gecorrigeerd wordt voor alle andere variabelen het leeftijdseffect significant is geworden én omgekeerd is ten opzichte van de ruwe berekening. Uit kolom 2 (tabel 1) blijkt dat een hogere leeftijd een sterk verlaagde kans geeft om als begeleidingsintensief te worden ingeschat ten opzichte van de leeftijds-categorie van 18 tot 25 jaar.

Nadat elke variabele samen met leeftijd in een regressiemodel werd geanalyseerd, bleken vooral de volgende determinanten een bijdrage te leveren aan de toename van de Odds Ratio van leeftijd: basale zelfredzaamheid, huishoudelijke vaardigheden, externe sociale integratie, en bege-

leiding bij het innemen en verkrijgen van medicatie. Om de mogelijkheid van effectmodificatie uit te sluiten is er een logistische regressieanalyse uitgevoerd, waarbij van de leeftijd alleen twee, nog goed gevulde, extreme categorieën zijn meegenomen (26-35 jaar en > 65 jaar). Uit de toetsen blijkt dat statistische interactie tussen de variabelen niet aan de orde is.¹ Het gaat waarschijnlijk om confounding. Blijkbaar spelen variabelen zoals een slechte zelfredzaamheid, slechte externe sociale integratie, veel begeleiding nodig hebben bij het innemen en verkrijgen van medicatie en weinig huishoudelijke vaardigheden vooral bij ouderen een rol. Hiervoor gecorrigeerd worden jongeren in werkelijkheid begeleidingsintensiever ingeschat dan ouderen.

Variabelen die wel een significant maar geen noemenswaardig effect op begeleidingsintensiteit hebben, zijn: agressie, interne en externe sociale integratie en begeleiding bij externe

TABEL 2 Diagnoses naar begeleidingsintensiteit volgens de BIB* (%)

	Ze er h o o g	H o o g	G e m i d d e l	L a a g	Z e e r l a a g	n
PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE (TOTAAL)**	3,6	36,8	44,5	12,9	2,2	1285
persoonlijkheidsstoornis	4,8	42,0	37,7	12,1	3,4	207
schizofrenie	2,1	36,0	48,0	12,0	1,9	467
organisch-psychische stoornis	4,7	44,7	41,2	7,1	2,4	85
stemmingsstoornissen	1,9	39,0	42,9	13,5	2,6	310
(licht) verstandelijke handicap	2,2	43,8	38,2	15,2	0,6	178
amnestische stoornis	12,3	52,3	29,2	6,2	-	65
pervasieve ontwikkelingsstoornis (w.o. autisme)	-	44,1	44,1	8,8	2,9	34
stoornissen in alcohol- en/of druggebruik	2,9	34,8	42,0	17,4	2,9	69
LICHAMELIJKE AANDOENINGEN*	5,7	42,2	38,4	12,7	0,9	528
ziekten van het zenuwstelsel	5,6	50,5	29,9	14,0	-	107
ziekten van het bewegingsstelsel	7,6	36,4	39,8	15,3	0,8	118
ziekten van de ademhalingswegen	8,9	35,6	41,1	12,2	2,2	90
ziekten van het hart- en vaatstelsel	5,6	42,2	41,1	10,0	1,1	90
endocriene ziekten	5,2	48,1	40,3	6,5	-	77

* BIB = Begeleidingsintensiteit van Bewoners

** Meerdere diagnoses of lichamelijke aandoeningen bij één persoon zijn mogelijk

sociale integratie. Hoewel deze factoren in eerste instantie, als ze niet gecorrigeerd worden voor de andere factoren, wél een noemenswaardig risico hadden, blijkt dit effect voor een belangrijk deel door de invloed van de andere variabelen te zijn teweeggebracht.

Het percentage door dit model correct voorspelde cases is 79%. Het gaat daarbij om het percentage bewoners dat terecht als begeleidingsintensief is geïdentificeerd op basis van het model.

Verdeling van diagnostische groepen naar begeleidingsintensiteit In tabel 2 staat de verdeling naar begeleidingsintensiteit weergegeven van de meest voorkomende diagnostische groepen. Opgemerkt dient te worden dat hier niet gecorrigeerd is voor de eventuele invloed van andere determinanten.

Uit tabel 2 is af te lezen dat bewoners met ziekten van het zenuwstelsel (waaronder epilepsie), amnestische stoornissen (waaronder Korsakow) en endocriene ziekten (waaronder diabetes mellitus) voor meer dan 50% een hoge tot zeer hoge begeleidingsintensiteit hebben. Met name voor bewoners met pervasieve ontwikkelingsstoornissen (waaronder autisme), stoornissen in alcohol- en druggebruik, stemmingsstoornissen, een (lichte) verstandelijke handicap, een organisch-psychische stoornis, schizofrenie en bewoners met ziekten aan het bewegingsstelsel, ademhalingsstelsel of hart en vaatstelsel, geldt dat de meerderheid van hen niet meer dan gemiddeld begeleidingsintensief is.

DISCUSSIE

Een kanttekening kan geplaatst worden bij het cross-sectionele design. Voor aanvang van het onderzoek werd ingeschat dat longitudinaal onderzoek te lang zou duren en te kostbaar zou worden. Daarnaast was de kans groot dat de ontwikkelingen in het veld sneller zouden zijn dan het beloop van het onderzoek. Dit zou consequenties hebben voor de relevantie van de onder-

zoeksvragen en de resultaten. Cross-sectioneel onderzoek ofwel dwarsdoorsnedeonderzoek betekent echter dat er geen voorspellingen mogen worden gedaan aan de hand van het logistisch model. Doel van dit onderzoek was daarom het ontwikkelen van een 'diagnostisch' model. Dit betekent dat de begeleidingsintensiteit van de bewoner ingeschat kan worden op basis van een aantal determinanten. Voor de toekomst is het aan te bevelen om longitudinaal onderzoek uit te voeren, waardoor het mogelijk is om tot een prognostisch model voor begeleidingsintensiteit te komen. Zo zou men op basis van de determinanten een inschatting kunnen maken van de begeleidingsintensiteit van een bewoner op een later tijdstip.

Voorts is mogelijk maar ten dele voor enkele systematische verschillen tussen instellingen gecorrigeerd. Bij de steekproeftrekking werd gecorrigeerd op grootte van de instelling. Tevens werd ervoor gezorgd dat door stratificatie proportioneel evenveel PWV's als RIBW's bij het onderzoek werden betrokken. Er is echter geen rekening gehouden met verschillen in visie tussen de organisaties. Zo kan men in de ene RIBW van mening zijn dat bewoners actief gestimuleerd dienen te worden om wensen in begeleiding en deelname aan activiteiten kenbaar te maken, terwijl men in andere instellingen en woonvormen van mening is dat bewoners zelf aan moeten geven wat ze wel en niet willen. Door verschillen in begeleidingscultuur is het mogelijk dat bewoners wat betreft begeleidingsintensiteit anders ingeschat worden. Een oudere bewoner die niet mobiel is en vrij weinig activiteiten onderneemt, kan bijvoorbeeld in de ene instelling meer gestimuleerd worden en navenant ook als begeleidingsintensiever ingeschat worden dan in een andere instelling, waar men het eigen initiatief van de bewoner een veel belangrijkere rol laat spelen. Begeleidingscultuur en visies van en binnen instellingen en woonvormen zijn moeilijk te operationaliseren in kwantitatief onderzoek. In dit onderzoek zijn deze variabelen, alhoewel van

belang, buiten beschouwing gelaten.

Een derde kanttekening dient geplaatst te worden bij het afkappunt van de dichotomisatie van begeleidingsintensiteit. Het is de vraag of een ander afkappunt in de dichotomisatie tot dezelfde resultaten leidt. Dit is nagegaan en heeft tot de conclusie geleid dat de richting van de verbanden gelijk blijft. Door de afgenomen kracht om verbanden aan te tonen (power) werden er minder variabelen in het model opgenomen. De voorspellende waarde van dit model is lager dan in het oorspronkelijke model, namelijk 73,8%.

Uit dit onderzoek kunnen we concluderen dat de volgende factoren in één model voor begeleidingsintensiteit opgenomen kunnen worden: leeftijd, geslacht, basale zelfredzaamheid, huishoudelijke vaardigheden, omgaan met medicatie, somatische klachten, agressie, interne sociale integratie, externe sociale integratie en begeleiding daarbij. Een opmerkelijke bevinding hierbij is het effect dat leeftijd heeft op begeleidingsintensiteit. Alleen als men niet corrigeert voor de invloed van andere factoren, blijken bewoners met een hogere leeftijd een iets verhoogde kans te hebben om als begeleidingsintensief te worden ingeschat. Begeleiders zullen als hun gevraagd wordt wie begeleidingsintensiever is, jongeren of ouderen, in eerste instantie oudere bewoners noemen. Als het leeftijdseffect 'gezuiverd' is voor de invloed van zelfredzaamheid, sociale integratie, begeleiding bij medicatie en weinig huishoudelijke vaardigheden, dan blijkt dat begeleiders in werkelijkheid jongeren als begeleidingsintensiever inschatten. Mogelijk hebben jongeren bij andere aspecten begeleiding nodig dan ouderen. Bij jongeren ligt het voor de hand dat het hier gaat om bepaalde psychosociale aspecten waar in de vragenlijst niet naar is gevraagd. Wat echter bij de omkering van het effect van leeftijd op begeleidingsintensiteit wellicht ook een rol speelt, is dat begeleiders aan jongeren wellicht een beter toekomstperspectief toekennen dan aan ouderen. Ook zullen jongeren mogelijk meer dan ouderen om aandacht vragen en meer eisen stel-

len met betrekking tot de begeleiding. Het is echter maar de vraag of ouderen minder begeleiding (van welke aard dan ook) dienen te krijgen dan jongeren, louter op grond van het feit dat ze daar niet om vragen. Het is evenmin te verdedigen dat ouderen een vorm van aandacht niet ontvangen op basis van een minder florissant toekomstbeeld dat ze door de begeleiding toegeschreven krijgen.

Op basis van de verdeling van de diagnoses naar categorie van begeleidingsintensiteit kan voorts geconcludeerd worden dat niet alle diagnostische groepen die de NVB W in haar publicaties noemt, per definitie begeleidingsintensief zijn. Dit geldt met name voor bewoners met pervasieve ontwikkelingsstoornissen (waaronder autisme) en stoornissen in alcohol- en/of druggebruik. Voor bewoners met amnestische stoornissen door alcohol (waaronder Korsakow) en ziekten van het zenuwstelsel (waaronder epilepsie) klopt de veronderstelling ten dele. Het merendeel van deze bewoners heeft een hoge of zeer hoge begeleidingsintensiteit, een deel echter ook niet.

Uit bovenstaande kan afgeleid worden dat de huidige doelgroepbenadering van de NVB W niet bevestigd en gefundeerd wordt door dit onderzoek. De diagnostische groepen die de NVB W noemt, zijn niet per definitie begeleidingsintensief, en een leeftijd hoger dan 70 jaar blijkt uit onderhavig onderzoek alleen een verhoogde kans te geven om als begeleidingsintensief te worden ingeschat als men geen rekening houdt met basale zelfredzaamheid, externe sociale integratie, omgaan met medicatie en huishoudelijke vaardigheden.

De conclusies hebben geleid tot een aantal aanbevelingen op begeleidersniveau, instellingsniveau en beleidsniveau. Allereerst verdient het aanbeveling om de omschrijving en operationalisatie van begeleidingsintensiteit zoals die tot nu toe in publicaties van de NVB W gehanteerd werd, bij te stellen. Het verdient de voorkeur begeleidingsintensiteit niet op grond van diagnostische kenmerken te operationaliseren, maar op basis van demografische en functionele

kenmerken. Conform de resultaten van dit onderzoek betekent dit dat het bij begeleidingsintensieve bewoners gaat om bewoners die volgens de inschatting van de begeleiders vrij veel tot zeer intensieve ondersteuning, stimulering en begeleiding behoeven. Bewoners met een verhoogde kans om als begeleidingsintensief te worden aangemerkt, zijn: jongeren (18-25), vrouwen, bewoners met een geringe basale zelfredzaamheid, mensen met (zeer) geringe huishoudelijke vaardigheden, bewoners met veel somatische klachten, bewoners die veel begeleiding ontvangen bij het omgaan met medicatie, bewoners die (zeer) agressief gedrag vertonen, bewoners met een geringe interne en externe integratie (en begeleiding daarbij).

Op instellingsniveau kan men bij de planningsinstrumenten rekening houden met het model voor begeleidingsintensiteit. Met behulp van deze en soms gemodificeerde items uit de vragenlijst BIB (Coumans 1997) kunnen de belangrijkste determinanten van begeleidingsintensiteit worden gemeten en van begeleidingsdoelen voorzien. Dit moet worden gezien als een aanvulling op bestaande methoden en instrumenten.

Op het niveau van de directe hulpverlening wordt aanbevolen dat men zich tijdens het begeleiden richt op de factoren van begeleidingsintensiteit die in principe door adequate begeleiding te beïnvloeden zijn, te weten: huishoudelijke vaardigheden, basale zelfredzaamheid, omgaan met medicatie, somatische klachten, zowel interne als externe sociale integratie (en benodigde begeleiding daarbij) en agressie. Voor veel van de genoemde factoren geldt dat begeleiders hier samen met de bewoner gericht aan kunnen werken, zodat de bewoner uiteindelijk steeds zelfredzamer, sociaal vaardiger en uiteindelijk minder begeleidingsintensief wordt.

Ten slotte wordt aanbevolen om, gezien het in dit onderzoek gevonden leeftijdseffect, geen onderscheid te maken naar leeftijd (of daaraan gekoppeld toekomstperspectief) bij het begeleiden van bewoners, met name wat betreft psychosociale begeleiding.

NOOT

1. De interactietermen van basale zelfredzaamheid, medicatie, huishoudelijke vaardigheden en externe sociale integratie met leeftijd laten respectievelijk de volgende p-waarden zien: 0,28 (df = 3); 0,47 (df = 2); 0,69 (df = 3); 0,18 (df = 3).

LITERATUUR

- Coumans, A.M. (1997). *Vragenlijst Begeleidingsintensiteit van Bewoners (BIB)*. Maastricht: IPSEER/Universiteit Maastricht.
- Coumans, A.M., Lammers, J., & Haveman, M.J. (1998). *Begeleidingsintensiteit. Een landelijk onderzoek in beschermende woonvormen naar begeleidingsintensiteit van bewoners en tijdsinvestering van begeleidend personeel in beschermende woonvormen*. Maastricht: IPSEER/Universiteit Maastricht.
- GGZ-Nederland (1998). *Beschermde wonen in getallen 1998*. Utrecht: Geestelijke GezondheidsZorg Nederland.
- Hall, J.N., & Baker, R. (1994). *Users Manual for rehabilitation evaluation*. Hall and Baker. Aberdeen: Vine Publishing.
- Haveman, M.J. (1987). *Van klinisch verblijf naar vervangende zorg. Een onderzoek naar ontslagbelemmerende factoren bij lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Enschede: Quick Service Drukkerij.
- Haveman, M.J., & Stoelinga, R. (1994). *G.V.G.G.: Gerontologische vragenlijst voor geestelijk gehandicapten*. Maastricht/Echt: Universiteit Maastricht/Pepijnklinieken.
- Henkelman, L., & Faber, E. (1996). *Zorgaanbod, zorgbehoefte, zorgtoewijzing. Tussen Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis en Beschermende Woonvorm (2)*. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6-96, 597-606.
- Hoekstra, H., Kooistra, A., van 't Klooster, M. (1997). *Beschermde wonen in getallen 1997*. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen.
- Luteijn, F., Hamel, L.F., Bouwman, T.K., e.a. (1984). *H.S.C.L.: Hopkins Symptom Checklist*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Schellings, R., Reijnders, R.J.H.M., & Haveman, M.J. (1995). *Belemmerende muren. Een onderzoek naar vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg.
- Wennink, H.J. (1987). *Beschut Wonen Schaal. Schaal voor het meten van het activiteitenpatroon van chronisch psychiatrische patiënten*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Werf, B. van der (1996). *Welke zorg op welke maat? Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 6-96, 587-596.

- Wisse, R. (1994). 'Normaal gesproken'. Een praktijkboek beschermd wonen. Stadsgevestigd Breda Westelijk Noord-Brabant.
- Zuthem, J.W. van (1991). Wonen als werk. Zorgverleners in beschermende woonvormen (pp. 1-14). Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Zuthem, J.W. van (1994). Vijf jaar Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 1-94, 3-17.

AUTEURS

MONIEK COUMANS, JEROEN LAMMERS en RON SCHELLINGS waren gedurende de uitvoering van onderhavig onderzoek verbonden aan het Institute for Psycho-Social and Socio-Ecological Research (IPSER)/Universiteit

Maastricht. Sinds mei 1998 is Moniek Coumans werkzaam als onderzoeksmedewerker bij het Instituut voor Verslavings Onderzoek (IVO), Jeroen Lammers als onderzoeker bij de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) Oostelijk Zuid-Limburg en Ron Schellings als onderzoekscoördinator bij de vakgroep medische sociologie van de Universiteit Maastricht.

MEINDERT HAVEMAN is als Program Director Comparative Mental Health Services Research verbonden aan IPSER en is hoogleraar Sondererziehung und Rehabilitation aan de Universiteit van Dortmund. Correspondentieadres: Moniek Coumans, GGD Oostelijk Zuid-Limburg, Postbus 155, 6400 AD Heerlen.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 9-7-1998.

SUMMARY Intensity of care in sheltered homes - This article is about a cross-sectional study in sheltered homes. The main objective of this study was to get insight in the most important variables which influence intensity of guidance as assessed by staff members. The random sample consists of 1359 residents living in 20 out of 40 regional institutions for sheltered homes and 5 out of 9 psychiatric residential homes. Data were analysed by means of multiple logistic regression. In accordance with the results, the following residents have an increased probability to have a higher intensity of care than others: woman, younger people (18-25 years), residents who show little activities of daily living, express a lot of physic complaints, show little internal and external social integration, show aggressive behaviour, need guidance dealing with medication, and have little household skills. It is remarkable that a higher age goes along with a high intensity of care only if no other determinants are taken into account. It is recommended to adjust the definition of intensity of care in forthcoming publications in the Netherlands. In institutions for sheltered care it will be possible to take into account the model for intensity of care as presented in this article. While most of the determinants for intensity of care can be influenced by adequate guidance it is recommended for caretakers in sheltered homes to focus especially on these factors. Finally the importance not to distinguish between younger and older inhabitants when assessing the expected intensity of guidance has to be stressed. This applies especially for psychosocial guidance. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 4, 199-208]

KEYWORDS determinants of intensity of care, sheltered homes