

Kenmerken van maatschappelijk gehandicapten Clusters en voorzieningen

door P. Heydendael en M. Nuy

Inleiding

Bij de zorg voor 'maatschappelijk gehandicapten' ('misfits'; cf. Ruesch, 1969) zijn vele instellingen betrokken. In de Nederlandse situatie niet alleen véle, maar ook veelsoortige instellingen. Wanneer we ons beperken tot de intra- en semimurale zorg, zien we een stelsel van vrijwel autonome instellingen, vaak ook nog categoriaal van aard. Eigen besturen, eigen directies, eigen staf en personeel en ook eigen patiënten is voorts een overheersend kenmerk. Wereldjes-op-zich met eigen doelstellingen. In de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg (de termen 'geestelijk' en 'maatschappelijk' laten we voor wat ze zijn) treft men enerzijds categorieën van instellingen aan zoals psychiatrische centra, zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden en inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten, anderzijds een reeks instituten die, zo lijkt het, minder duidelijk zijn te karakteriseren. Deze laatsten worden niet via de AWBZ gefinancierd en hebben vaak ook een semi-muraal karakter. Zo zijn er pensiontehuizen, halfwegtehuizen, hostels, inrichtingen voor thuislozen.

Sinds enkele jaren krijgt de problematiek van de zogenaamde chronische patiënt, ook wel verbijfspatiënt genoemd, steeds meer aandacht (Beenen, 1974; Schudel, 1976). In dit onderzoek beperken we ons tot een viertal categorieën van instellingen, waar mensen langdurige opvang en verzorging in beschutte omgeving kunnen krijgen. Het betreft hier psychiatrische instellingen, een categorie instellingen die we voor het gemak met 'pensiontehuizen' zullen aanduiden (hieronder verstaan we alle instellingen die met termen als halfweghuizen, fasehuizen, tussenvoorzieningen, gezinsvervangende tehuizen en dergelijke worden aangeduid; Van Eynde, 1978; Hardeman, 1978), verder de instellingen op het gebied van de

thuislozenzorg (Van Hazendonk e.a., 1976; Heydendaal, Nuy en Van Hazendonk, 1980) en ten behoeve van psychisch gestoorde delinquenten, de t.b.r.-instellingen (Ministerie van Justitie, 1977). Vaak wordt verondersteld dat de bovengenoemde instellingen *verschillende soorten* van patiënten opvangen, behandelen en begeleiden. In werkelijkheid zijn de scheidslijnen echter vaag waar het gaat om de opvang van langdurig opgenomenen. Desondanks meent men in de gezondheidszorg – en dit is waarschijnlijk meer een kwestie van ideologie dan van werkelijkheidszin –, dat de verschillende soorten instellingen ook verschillende soorten patiënten behandelen. De hulpverleners zijn in ieder geval in staat elkaar en aan de buitenstaanders te doen geloven, dat een psychiatrisch patiënt iets heel anders is dan een thuisloze, of dat in halfwegtehuizen een beter toegeruste patiënt is opgenomen dan een in een hostel of psychiatrisch centrum.

Het idee van het onderzoek, waarvan in dit artikel verslag wordt gedaan, is gevoed van verschillende kanten. Het begrip *samenwerking* is de laatste jaren op de voorgrond komen te staan, vooral door bemoeienissen van de overheid. Wat betreft de gezondheidszorg krijgt men sterk de indruk, dat de gezondheidszorginstellingen, minder uit zichzelf dan wel van boven af gedwongen, zich thans gaan realiseren dat samenwerking noodzakelijk is (Van Gils, 1978; Luscuere, 1978; Van der Zwaan, 1979).

Een tweede reden stamt uit de veronderstelling, dat men misschien wél mag zeggen, dat het *aanbod* van soorten instellingen gevarieerd is, maar dat daarmee niet gezegd is in welk opzicht die variatie dan wel bestaat. Zo is het denkbaar dat twee psychiatrische centra méér van elkaar verschillen wat betreft soort patiënten en soort behandeling dan bijvoorbeeld de afdelingen voor 'chronische' patiënten in een psychiatrisch centrum ten opzichte van een thuislozeninrichting. Toetsing van dergelijke veronderstellingen kan consequenties hebben voor de samenwerking.

Een derde reden voor het onderzoek is, dat er weinig empirisch materiaal voorhanden is over de opgenomenen. De gegevens zoals die onder meer door de hoofdinspectie van de geestelijke volksgezondheid worden gepubliceerd (Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1976, 1978, 1979 en 1980; Giel e.a., 1974, 1978 en 1980) hebben voornamelijk betrekking op demografische kenmerken en op diagnosecategorieën. Het betreft dan ook nog alleen de door de AWBZ gefinancierde instellingen en dan nog niet alle. Van andere – niet door de AWBZ gefinancierde instituten – is vrijwel niets voorhanden, behalve dan de thuislozenzorg (Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak, jaarverslagen). Over het gedrag van de opgenomenen is, behalve in speciale studies, vrijwel niets bekend.

Probleemstelling

De term maatschappelijk gehandicapten duidt hier op een categorie patiënten die in principe tijdelijk, doch in de praktijk veelal blij-

vend is opgenomen in verschillende soorten inrichtingen van intramurale geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om mensen die men in feite heeft opgegeven voor wat betreft doelgerichte therapieën. Het probleem van de hulpverlening en opvang spitst zich in de regel toe op het bieden van een (therapeutisch) leefmilieu en eventueel op stabilisering van de ziekte-toestand. Pogingen deze patiënten te resocialiseren naar andere maatschappelijke systemen (gezin, kosthuis e.d.) mislukken meestal en worden op den duur niet meer ondernomen. De acute aandoening of problematiek is of lijkt opgelost, maar door het langdurig verblijf in de instelling is daar veelal een andere problematiek voor in de plaats getreden: het gebrek aan sociale vaardigheden, in een dusdanige vorm dat afhankelijkheid van een voorziening van geestelijke en/of maatschappelijke gezondheidszorg definitief lijkt te zijn geworden.

De samenwerking tussen deze verschillende soorten van instellingen beperkt zich in de regel tot een zoeken (meestal op basis van bekendheid van de individuele hulpverlener met andere soorten opvang) per patiënt naar een beter lijkende verzorging. Bekendheid met elkaars patiëntenpopulatie, in dit geval de zogenoemde maatschappelijk gehandicapten, is er nauwelijks. Intra- en semimuraal wordt de zorg, zoals bedoeld binnen dit onderzoek, verstrekt door: psychiatrische ziekenhuizen, inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten, instellingen voor thuislozen en de zogenaamde half-way-homes en pensiontehuizen. Hierbij moet worden opgemerkt, dat categorale voorzieningen zoals een verslavingskliniek of neurosenkliniek vanwege de zeer specifieke selectiecriteria en behandelingsmethoden buiten het onderzoekskader vallen, en hun bewoners derhalve ook buiten de omschrijving van 'maatschappelijk gehandicapt'. In de bij het onderzoek betrokken instellingen blijkt ontslag voor de langdurig opgenomenen veelal niet meer mogelijk, aangezien de bewoner elders niet terecht kan vanwege een gebrek aan semi-/extramurale voorzieningen, en/of omdat hij elders zijn leven niet meer zelfstandig kan inrichten. De maatschappelijk gehandicapte blijft dus aangewezen op een beschuttend milieu als zijn 'thuis'-milieu.

In het onderzoek staat de vooronderstelling voorop, dat essentiële kenmerken met betrekking tot de persoonlijke en sociale vaardigheden van de langdurig opgenomenen in de verschillende instellingen sterke overeenkomsten vertonen.

De tweede vraagstelling betreft de consequenties voor de samenwerking tussen de verschillende soorten van de genoemde categorieën van instellingen op grond van de uitkomsten van het onderzoek met betrekking tot de bovengenoemde vooronderstelling. De resultaten van het onderzoek van de tweede vraagstelling zijn door Nuy gepubliceerd in 'M en O, Tijdschrift voor Organisatiekunde en Sociaal Beleid' (1980, p. 490-501). Wij zullen ons in dit artikel beperken tot de eerste vraagstelling.

Methoden van onderzoek

De vragenlijst in zijn uiteindelijke vorm* omvat de volgende onderdelen:

1 – Persoonskenmerken van structurele aard:

– leeftijd, burgerlijke staat, beroep, opleiding, opnameduur, handicaps, verblijf vóór opname, soort sociale uitkering, begaafdheid, verslaving.

2 – Kenmerken met betrekking tot een aantal vaardigheden:

– zelfredzaamheid (ADL-functies, initiatief, zelfstandigheid),
– diversiteit dagelijkse bezigheden (werk, therapie, recreatie, contacten).

Verder hebben we de mate van agressiviteit en het gebruik van psychofarmaca vastgesteld.

3 – Pogingen tot verplaatsing: (a) thans ondernomen, (b) in verleden ondernomen, (c) redenen waarom momenteel in de instelling, (d) bemoeienissen in verband met verplaatsing gedurende de afgelopen 2 jaren.

Voor het *verzamen van het onderzoeksmateriaal* zijn wij na overleg met een epidemioloog en statisticus** uitgegaan van de volgende overwegingen. Generalisering van de onderzoeksresultaten moet in principe voor heel Nederland mogelijk zijn. De spreiding van de vier categorieën van zorg is zodanig gekozen, dat aan deze voorwaarde zo goed mogelijk voldaan kon worden. Binnen elke categorie is per instelling een a-selecte steekproef getrokken. Teneinde vergelijking mogelijk te maken en het probleem niet uit te breiden tot andere zorggebieden is, ook om praktische redenen, de steekproef beperkt tot mannen, die niet behoren tot de categorie zwakzinnigen, die niet ouder zijn dan 65 jaar, die langer dan één jaar zijn opgenomen. Bovendien hebben wij de zgn. sluisinternaten en hostels buiten beschouwing gelaten in de categorie pensionatehuizen vanwege hun geringe aantal.

Bij de categorie psychiatrische instellingen zijn van 5 inrichtingen vragenlijsten ingevuld; in totaal werden 128 vragenlijsten verkregen van verblijfspatiënten (ook wel bewoners van het 'longstay-cluster' genoemd). Het trekken van de steekproef van langer dan één jaar opgenomen leverde geen noemenswaardige problemen op voor het onderzoek (registratie met behulp van kaartenbak). De anonimiteit werd – ingevallen waarin dit problemen kon opleveren – gewaarborgd door het gebruik van een codelijst. Bij de categorie thuislozen evenals bij de categorie pensionatehuizen verliep de medewerking eveneens goed en leverde het trekken van de steekproef weinig of geen problemen op. Ook hier konden via een kaartstelsysteem de voor het onderzoek in aanmerking komende personen geselecteerd worden, waaruit vervolgens een steekproef werd getrok-

* Het bijlagenboek en het volledige rapport zijn tegen kostprijs te verkrijgen bij het Dr. Veegerinstituut te Nijmegen (f 15,- op giro: 96 66 22).

** Veel dank zijn wij verschuldigd aan prof. dr P. Sturmans en aan dr M. van 't Hof voor hun adviezen.

ken. Aldus werden van de thuislozeninstellingen 113 vragenlijsten en van de pensiontehuizen 83 vragenlijsten verkregen. De t.b.r.-instellingen daarentegen leverden enige problemen op bij het verkrijgen van een goede steekproef. Alhoewel ook bij de t.b.r.-instellingen een bepaald 'chronisch bestand' aanwezig is, kon hier toch minder zicht op gekregen worden dan bij de andere onderzoekscategorieën. Waarschijnlijk valt dit voor een deel toe te schrijven aan ons onderzoekscriterium voor in aanmerking komende personen, nl. allen, die langer dan 1 jaar in de betreffende instelling verblijven. Aangezien de behandelingsmethoden bij de t.b.r.-instellingen veelal langer dan een jaar in beslag nemen, kan het zijn dat we niet de voor ons onderzoek het meest in aanmerking komende personen geselecteerd hebben (met andere woorden te veel zogenaamde behandelingspatiënten in tegenstelling tot verblijfspatiënten). De uiteindelijke steekproef bevat relatief veel jonge mensen, en bovendien relatief veel zwakbegaafden, vergeleken met de drie andere onderzoekscategorieën. Rekening houdend met de voortgang van het onderzoek werd besloten ons niettemin tevreden te stellen met de 47 vragenlijsten, afkomstig uit twee t.b.r.-instellingen en een instelling voor forensisch psychiatrische patiënten.

De ruwe data werden opgenomen in een S.P.S.S.-system file (Nie e.a., 1975) met 183 variabelen en 371 cases. Teneinde de variabelen geschikt te maken voor de geplande factoranalyses werd tot de volgende transformaties overgegaan:

- verscheidene nominale variabelen konden tot een ordinaal niveau herleid worden; dit betrof een aantal items waarbij 'ja-nee-soms-(n.v.t.)' werd herleid tot 'ja-soms-nee';
 - verschillende variabelen werden samengetrokken en/of hercodeerd en er werden 25 nieuwe variabelen aan de file toegevoegd.
- De file bestond uit 208 variabelen.

Factoranalyses

Het merendeel van de door ons gehanteerde variabelen die de persoonlijke en sociale redzaamheid van de bewoners moeten meten, zijn ontleend aan de vragenlijst zoals die door Schudel werd gebruikt in zijn onderzoek bij psychiatrische patiënten (1976). Teneinde de vergelijkbaarheid van deze variabelen in onze populatie na te gaan werd besloten de 38 items waarmee Schudel zijn uiteindelijke Basale Sociale Vaardigheden-vragenlijst heeft geconstrueerd te factoranalyseren. Uit deze analyse kan geconcludeerd worden dat de factoren die Schudel gevonden heeft in de B.S.V.-items, vergelijkbaar zijn met de factoren in onze steekproef. De verdeling van de items over de factoren is niet geheel identiek met de verdeling bij Schudel. Een analyse van alle redzaamheidsitems tesamen werd mede daardoor noodzakelijk geacht. Op alle items die vragen naar zelfredzaamheid en naar diversiteit in de dagelijkse bezigheden, totaal 52 items, werd een factoranalyse gedaan. Na orthogonale rotatie (varimax) leverde een analyse met 10 factoren interpreteerbare resultaten op. De items 'deelname therapie' en 'opstaan' waren niet interpreteerbaar binnen de factorstructuur en werden

daarom verwijderd.

De verdeling van de overgebleven 50 items over 10 factoren fungeerde als basis voor een nieuwe factoranalyse waarbij elke groep items die in de oorspronkelijke analyse onder één factor was gekomen, gefactoranalyseerd werd. De voornaamste reden hiervoor was dat bij deze populatie en bij deze verzameling items een model met onafhankelijke factoren minder geschikt lijkt. Als er voor het bepalen van het aantal factoren uitgegaan werd van een Eigenwaarde van minimaal 1,0, bleek elk van de 10 deellijsten 1 factor op te leveren. Factoranalyse op de 5 A-items, die de mate van agressiviteit meten, leverde 1 factor op. Deze items zijn afkomstig uit de Beoordelingsschaal voor Oudere Patiënten (B.O.P.; Van der Kam e.a., 1971). Op deze wijze zijn er 11 nieuwe variabelen gecreëerd:

- prognose redzaamheid,
- zelfstandigheid,
- basale redzaamheid,
- lichaamsverzorging,
- arbeid,
- contacten met de buitenwereld,
- gemeden worden door medebewoners,
- contacten op de afdeling,
- contact met het oorspronkelijk milieu,
- vrije tijd,
- agressiviteit.

Deze variabelen zijn, als factorscores, aan de system file toegevoegd. De system file bestaat nu uit 219 variabelen.

Over de factorscores werd een correlatiematrix berekend. Tussen de 11 nieuwe variabelen werden Pearson correlatie-coëfficiënten berekend. In 42 van de 55 combinaties was het significantieniveau 0,001. In 15 gevallen was de correlatie-coëfficiënt groter dan 0,35. De uitkomsten wijzen erop dat de gehanteerde methode van data-reductie heeft geleid tot variabelen, die zinvol voor verdere clusteranalyse gebruikt kunnen worden (Wishart, 1978).

Resultaten

De verschillen tussen de categorieën. De structurele variabelen

Via reductie van de vele afzonderlijke vragen zijn door middel van factoranalyse 11 variabelen geconstrueerd, die op hun beurt zullen worden gebruikt in een clusteranalyse. Bij deze analyse zijn ongebruikt gebleven de persoonskenmerken van meer structurele aard, het gebruik van psychofarmaca en de pogingen tot verplaatsing. Deze groep variabelen heeft betrekking op op niet-gedragmatige kenmerken van de opgenomenen. Het zijn gegevens die min of meer ook de instelling karakteriseren (onder meer opname- en ontslagbeleid, aanwezigheid van therapie, voorschrijven van medicijnen, gebruik van diagnoses). In het volgende zullen slechts die verschillen tussen de vier categorieën van instellingen besproken worden, welke statistisch significant zijn (chikwadraat, $p < 0.05$).

Relatief het meeste *gebruik van psychofarmaca* is te zien bij pensiontehuizen (77%) en psychiatrie (73%), daarentegen 45% bij de t.b.r. en 40% bij de thuislozen, tegenover 61% van het totaal.

Opvallend is dat bij de pensiontehuizen voor 53% als *reden van verblijf* wordt opgegeven: beschermd milieu nodig (t.o. 35% van het totaal). Bij de thuislozen en de t.b.r. wordt voor 41% resp. 40% als verblijfsreden opgegeven: geen andere opvang mogelijk (t.o. 30% van het totaal).

WAO- en AWW/TRM-uitkeringen komen in grote mate voor bij de psychiatrie en t.b.r. (84% resp. 89% t.o. 63% van het totaal). Bij de thuislozen zijn de *ouderen* het sterkst vertegenwoordigd (63% t.o. 46% van het totaal), ook bij de psychiatrie zijn veel ouderen, dat wil zeggen 51-65 jarigen (52% t.o. 46% van het totaal).

De *middenmoot* zit iets meer bij de pensiontehuizen (46% t.o. 39% van het totaal), terwijl de *jongeren*, de groep 18-30 jaar, voor namelijk bij de t.b.r. te vinden zijn (60% t.o. 15% van het totaal).

Verslaving en alcohol is voornamelijk kenmerkend voor de thuislozen (48% t.o. 23% van het totaal). De minste verslaving komt voor bij pensiontehuizen (8%).

Degenen met *lange verblijfsduur* (> 10 jaar) komen relatief en absoluut het meest voor bij de psychiatrie (46% t.o. 20% van het totaal).

De bewoners van de pensiontehuizen zijn er vooral sinds hun *eerste opname* (85% t.o. 89% van het totaal), terwijl tweede en meer opnames in iets grotere mate dan gemiddeld voorkomen bij de t.b.r. en thuislozen (45% resp. 39% t.o. 31% van het totaal).

Het meest *zelfstandig verblijf vóór opname* komt relatief het vaakst voor bij psychiatrie en thuislozen (71% resp. 65% t.o. 56% van het totaal). Het minst zelfstandig verblijf voor opname komt vooral voor bij pensiontehuizen en t.b.r. (68% resp. 55% t.o. 36% van het totaal).

Pensiontehuizen *recruter*en vaak uit psychiatrische inrichtingen, terwijl de t.b.r.-instellingen onderling nogal veel uitwisselen.

In de psychiatrie-instellingen zijn relatief iets meer *ongehuwden* (80% t.o. 75% van het totaal), terwijl de gehuwd-geweest-zijnden vooral voorkomen bij de thuislozen (32% t.o. 20% van het totaal).

Degenen die relatief veel *bezoek* krijgen zitten vooral in de pensiontehuizen (20% dagelijks of wekelijks t.o. 13% van het totaal en 43% tweewekelijks of maandelijks t.o. 28% van het totaal), terwijl degenen die nooit bezoek krijgen zich vooral bevinden onder de t.b.r. en de thuislozen (36% resp. 32% t.o. 22% van het totaal). Minder dan maandelijks bezoek komt relatief veel voor bij psychiatrische instellingen (48% t.o. 38% van het totaal).

De *psychische handicap* komt het minst voor bij pensiontehuizen en thuislozen (85% resp. 84% t.o. 91% van het totaal dat psychisch gehandicapt is, althans volgens de hulpverleners).

Bij thuislozen komt *overleg met betrekking tot overplaatsing* niet of nauwelijks voor (98%), bij t.b.r. komt overleg het meeste voor (slechts in 42% niet). In totaal is er in 76% géén overleg gepleegd

met betrekking tot verplaatsing ten tijde van het onderzoek en wel, omdat de vraag naar eventuele verplaatsing niet opkwam bij de hulpverlener of cliënt.

Neuroleptica en anti-parkinsonmiddelen (samengetrokken) worden vooral gegeven in psychiatrische instellingen (30% t.o. 23% van het totaal), terwijl tranquillizers, sedativa en anti-depressiva (samengetrokken) het meest worden voorgeschreven aan thuislozen (17% t.o. 9% van het totaal). Géén gebruik van *medicijnen* komt ook het meeste voor bij thuislozen (58% t.o. 40% van het totaal).

De overeenkomsten tussen de categorieën. De gedragsvariabelen

Clusteranalyse is een methode die aangewend wordt bij het oplossen van classificatieproblemen. Voor de clusteranalyse is een hiërarchische procedure gekozen volgens de methode van Ward, een modificatie van de techniek van Johnson (1967) en beschreven door o.a. Anderberg (1973). De procedure is afkomstig van Clustan IC (Wishart, 1978). Met dit programma hebben wij in eerder onderzoek (cf. Prahl-Andersen, Kowalski en Heydendael, 1979; Heydendael, 1980) ervaring opgedaan.

De best hanteerbare classificatie bleek een indeling in 4 clusters te zijn (N=342). Van het oorspronkelijk aantal respondenten, 371, pasten er 29 niet in deze classificatie (na RELOC). Deze 'eenzame' punten waren in gelijke mate over de categorieën verdeeld.

Benoeming van de clusters

Cluster 1 heeft op bijna alle variabelen een hoge F-ratio, hetgeen op een hoge homogeniteit wijst bij de tot het cluster behorende personen met betrekking tot de 11 variabelen. Alleen met betrekking tot de laatste variabele (vrijtijdsactiviteit) zien we een grotere spreiding.

We zouden dit cluster daarom kunnen benoemen als het cluster van de 'actieve en zelfstandige personen'.

Bij *cluster 2* wordt de homogeniteit met betrekking tot de 11 variabelen wat minder. Vergeleken met cluster 1 valt op dat er veel mensen zijn, die weinig vrijtijdsactiviteiten hebben en bovendien zijn de contacten met anderen – vooral buiten de instelling – veel minder. We zouden dit cluster daarom willen aanduiden met 'minder actieve, en – vooral naar buiten – contactarme personen'.

Cluster 3 blijkt in tegenstelling tot de overige clusters gekenmerkt door passiviteit en contactloosheid. Vooral de slechte prognose van de staf aangaande hun eventuele redzaamheid in de maatschappij (zonder begeleiding dus) is opvallend. Dit cluster is daarom te karakteriseren als het cluster van de 'passieve, sociaal geïsoleerde personen'.

Cluster 4 lijkt nogal op cluster 2 wat betreft de activiteit, echter de contacten met andere personen zijn redelijk goed te noemen. Een bijkomend kenmerk van cluster 4 is evenwel de vrij veel voorkomende hogere mate van agressiviteit. Dit cluster is daarom het best aan te duiden met 'contactueel redelijk goede, maar tevens enigszins agressieve personen'.

Beschrijving van de clusters verdeeld over de instellingen

Uit de clusteranalyse valt af te leiden dat de naar voren gekomen verschillen tussen de clusters van zodanige aard zijn, dat van een vrij homogene populatie gesproken kan worden, zij het met uitzondering van cluster 3, dat immers veel personen omvat die als sociaal geïsoleerd en passief omschreven kunnen worden. Dit cluster is evenwel klein: 41 van de 342 personen (12%). Van een typologie van maatschappelijk gehandicapten kan dan ook nauwelijks worden gesproken. Verder is gebleken dat de 4 clusters bij alle vier categorieën voorkomen (zie hiervoor de tabel).

Tabel: Verdeling in percentages van de 4 clusters over de 4 categorieën van instellingen

	psych. instell.	thuis- lozen	pension- tehuizen	t.b.r. instell.	totaal
cluster 1	33	31	58	43	39
cluster 2	38	26	18	20	28
cluster 3	12	19	5	5	12
cluster 4	17	24	19	32	21
procentueel	100	100	100	100	100
absoluut	113	109	76	44	342

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de steekproef maatschappelijk gehandicapten vrij gelijkelijk over de 4 categorieën van instellingen verdeeld is. Ook al zijn de gevonden kleine verschillen significant ($p=0,0003$; chi-kwadraat), het is zeker *niet* zo dat een bepaald cluster typerend zou zijn voor de thuislozen bijv. of voor de in psychiatrische instellingen verblijvende personen. Het grootste verschil vinden we bij de pensiontehuizen in cluster 1 ($58\% - 39\% = 19\%$). Cluster 1 zou daarom als typerend voor de pensiontehuizen aangemerkt kunnen worden, ware het niet dat ook in de 3 overige categorieën cluster 1 in grote mate aanwezig is.

In absolute getallen blijken bij de pensiontehuizen 76 personen aanwezig in de clusteranalyse, van hen zitten er 44 in cluster 1 ($=58\%$), maar in cluster 1 zijn tevens 37 personen afkomstig uit psychiatrische instellingen ($=33\%$), 34 uit thuislozeninstellingen ($=25\%$) en ook nog 19 uit t.b.r.-instellingen ($=43\%$).

Bezien we de samenstelling van cluster 1 naar categorie van herkomst dan blijkt dat 33% afkomstig is uit de pensiontehuizen, 28% uit de psychiatrische instellingen, 25% uit de thuislozeninstellingen en 14% uit de t.b.r.-instellingen. Soortgelijke gegevens zijn bij de 3 overige clusters te zien.

Nadere beschouwing van de clusters

In het volgende zal worden nagegaan in hoeverre er verbanden bestaan tussen clusters, categorieën en structurele variabelen. Op deze manier kan duidelijk worden in hoeverre met betrekking tot een structurele variabele bij een bepaalde categorie van instellingen verschillen bestaan tussen de clusters, bijvoorbeeld in hoeverre het

gebruik van psychofarmaca in psychiatrische instellingen, pensiontehuizen, thuislozeninstellingen en t.b.r.-instellingen verschillen laten zien tussen de 4 clusters.

Niet significante verschillen waren er met betrekking tot: reden van huidig verblijf, sociale uitkering, begaafdheid, laatste beroep, hoeveelste opname in deze instelling, burgerlijke staat, overleg met betrekking tot overplaatsing en gebruik soort medicijnen. Wel werden er verschillen gevonden bij gebruik van psychofarmaca, leeftijd, verslaving, datum huidige opname en bezoeksfrequentie.

Psychofarmaca — Bij de categorieën van instellingen hebben we een significant verband gevonden ten aanzien van het gebruik van psychofarmaca; géén verband is gevonden tussen gebruik van psychofarmaca en de 4 clusters. Vergelijken we nu het psychofarmacagebruik, de categorieën en de clusters met elkaar, dan zien we dat het psychofarmacagebruik niet alleen relatief vaak voorkomt in de psychiatrische instellingen en de pensiontehuizen, maar tevens dat er tussen de clusters onderling verschil blijkt te bestaan met betrekking tot het psychofarmacagebruik. Dit is echter alleen zo bij de thuislozeninstellingen (cluster 3 springt eruit met relatief meer psychofarmacagebruik, 65%, dit is ongeveer evenveel als bij de psychiatrische instellingen) en bij de t.b.r.-instellingen (cluster 2 en 4 springen eruit met relatief veel psychofarmacagebruik, ook ongeveer evenveel als bij de psychiatrische instellingen en de pensiontehuizen). Kortom: we kunnen stellen dat gebruik van psychofarmaca vooral voorkomt in de psychiatrische ziekenhuizen en de pensiontehuizen, én bij de thuislozeninstellingen van cluster 3 én bij de t.b.r.-mensen van cluster 2 en 4 (resp. 74%, 76%, 65%, 78% en 64% psychofarmacagebruikers).

Leeftijd — Ouderen bleken vooral voor te komen bij de thuislozen en bij de psychiatrische instellingen. Vergelijken we de leeftijd met de clusters, dan zien we dat in cluster 1 en 4 relatief meer jongeren zitten (resp. 20% en 24% tegen 16% van het totaal), terwijl in de clusters 2 en 3 relatief meer ouderen zitten (51% en 51% tegen 45% van het totaal van ouderen). Vergelijken we de 3 soorten van variabelen met elkaar, dan zien we alleen bij de t.b.r.-instellingen een significant verband optreden en wel in die zin, dat de jongeren iets meer voorkomen in de clusters 4 en 3 terwijl de middengroep vooral voorkomt in cluster 2 en de ouderen in cluster 1. Kortom: ouderen blijken vooral te zitten bij thuislozeninstellingen en bij psychiatrische instellingen en tevens in de clusters 2 en 3. Echter bij de t.b.r.-instellingen komen relatief veel ouderen voor in cluster 1 (16% tegen 7% ouderen van het totaal). Gezien de geringe aantallen echter mag ons inziens hier niet veel waarde aan worden gehecht.

Verslaving — Bij de thuislozen bleken relatief veel (alcohol) verslaafden voor te komen (47% tegen 22% ten opzichte van het totaal aantal respondenten). Verslaving bleek tevens relatief het meeste voor te komen in cluster 3 (37% tegen 24% van het totaal) en het minst in cluster 2 (16% tegen 24% van het totaal). Vergelijking tussen verslaving, clusters en categorieën laat zien dat een

significant verband alleen optreedt bij de thuislozen. Bij psychiatrische instellingen, pensionatehuizen en t.b.r.-instellingen is tussen de clusters onderling geen of nauwelijks verschil met betrekking tot het voorkomen van verslaving, echter bij de thuislozen is er wél een verschil tussen de 4 clusters onderling. De thuislozen in cluster 3 zijn namelijk sterker verslaafd dan de thuislozen in de andere clusters, en wel 71% tegen 47% van het totaal aantal verslaafde thuislozen. Kortom: Verslaving aan alcohol komt relatief het meeste voor bij de thuislozen, maar komt in nóg sterkere mate voor bij de thuislozen in cluster 3.

Datum huidige opname – De langste verblijfsduur bleek voor te komen in de psychiatrische instellingen en de kortste bij de t.b.r.-instellingen. Géén significant verband werd gevonden tussen verblijfsduur en clusters. Bij een vergelijking tussen verblijfsduur, clusters en categorieën vinden we alleen een significant verband bij de psychiatrische instellingen en wel zodanig, dat degenen met de langste verblijfsduur vooral in cluster 3 worden aangetroffen en degenen met de kortste verblijfsduur vooral in cluster 4. Kortom: degenen met de langste verblijfsduur vinden we in de psychiatrische instellingen; tussen verblijfsduur en clusters is in het algemeen geen verband, echter met uitzondering van de clusters bij de psychiatrische instellingen. Hier komen degenen met de langste verblijfsduur het meeste voor in cluster 3, terwijl degenen met de kortste verblijfsduur in cluster 4 relatief het meeste voorkomen.

Frequentie bezoek – Het meeste bezoek kregen de bewoners van pensionatehuizen, het minst bezoek kregen bewoners van t.b.r.-instellingen en thuislozeninstellingen. Tussen frequentie van bezoek en de clusters bleek een significant verband te bestaan. Het meeste bezoek kreeg cluster 1, het minste cluster 3. Vergelijking van bezoekfrequentie, clusters en categorieën levert alleen een significant verband op bij de thuislozen. Het zijn vooral de thuislozen in de clusters 3 en 4 die weinig of nooit bezoek krijgen. Kortom: bewoners in pensionatehuizen krijgen het meeste bezoek, het minste bezoek krijgen bewoners van t.b.r.-instellingen en thuislozeninstellingen, waarbij van deze laatste met name degenen in cluster 3 en 4 het minste bezoek krijgen (67% resp. 50% krijgt nooit bezoek tegen 31% van het totaal aantal thuislozen dat nooit bezoek krijgt).

Samenvatting

(1) Er kan gesteld worden dat, hoewel de vergelijking met de structurele variabelen en de categorieën iets meer kleur geeft aan de clusters, de eenmaal gegeven interpretatie van de clusters voldoende duidelijk lijkt en dat er ons inziens geen reden is iets aan de gegeven interpretaties te wijzigen.

(2) Er is in het algemeen weinig verband gebleken tussen de structurele variabelen, categorieën en clusters. *Dit bevestigt de hypothese dat er grote overeenkomsten bestaan in de gedragskenmerken van maatschappelijk gehandicapten. Immers, deze gedragskenmerken worden niet of nauwelijks beïnvloed door structurele variabelen of door het verblijf in welke van de vier categorieën van instellingen dan ook.*

Conclusies

1 – In het onderzoek hebben we onze hypothese kunnen bevestigen dat er tussen maatschappelijk gehandicapten (langdurig verblijvenden) in diverse soorten van instellingen (psychiatrische instellingen, pensiontehuizen, thuislozeninstellingen en t.b.r.-instellingen) grote overeenkomsten bestaan in gedragskenmerken (redzaamheid, zelfstandigheid, activiteiten, contacten e.d.). Met andere woorden: we hebben géén gedragskenmerken gevonden die specifiek zijn voor maatschappelijk gehandicapten, verblijvend in de ene, dan wel in de andere instelling. Van belang is dat men zich steeds realiseert dat het hier personen betreft, die reeds gedurende lange tijd in de betreffende instelling verblijven (minstens een jaar). We hebben ons beperkt tot mannen, voor zover niet bejaard en niet zwakzinnig.

2 – Uit het onderzoek bleek tevens dat de populatie maatschappelijk gehandicapten vrij homogeen van aard is met betrekking tot de onderzochte gedragskenmerken en met betrekking tot kenmerken als burgerlijke staat, sociale uitkering, opleidingsniveau en geringe deelname aan therapieën (afgezien van arbeids-, bezigheids- of creatieve therapie). De overgrote meerderheid is redelijk redzaam en zelfstandig te noemen (in min of meer beschermd woonmilieu wel te verstaan), is alleenstaand, geniet een WAO- of AAW-uitkering, heeft een laag opleidingsniveau (69% heeft alléén lager onderwijs, onder wie 20% alléén buitengewoon lager onderwijs) en verblijft in de betreffende instelling zonder dat er (nog) pogingen worden ondernomen tot verplaatsing. Van de totale populatie gebruikt 61% psychofarmaca. Agressief gedrag komt nauwelijks voor. De sociale geïsoleerdheid blijkt onder andere uit het gegeven dat 38% minder dan maandelijks bezoek krijgt, terwijl bovendien nog eens 22% helemaal géén bezoek krijgt.

3 – Uit bestudering van de pogingen tot verplaatsing naar een andere instelling of afdeling, die door hulpverleners of cliënten in de afgelopen twee jaar ondernomen werden (cf. Van de Munckhof, 1979), bleek dat verplaatsing evenals pogingen tot verplaatsing over het algemeen weinig voorkwamen, met uitzondering van de t.b.r.-instellingen. Contacten met andere instellingen met betrekking tot maatschappelijk gehandicapten komen dan ook slechts sporadisch voor.

4 – Gezien de wijze waarop de steekproef is getrokken mag – zij het met de gebruikelijke voorzichtigheid – worden aangenomen, dat de onderzoeksresultaten generaliseerbaar zijn voor heel Nederland.

5 – In de tweede fase van het onderzoek (zie Nuy, 1980) is meer aandacht besteed aan de mogelijkheden tot samenwerking tussen de instellingen waarin maatschappelijk gehandicapten verblijven. Gebleken is onder andere dat de doelstellingen van de betreffende instellingen zeer ruim zijn en niet of nauwelijks specifiek gericht op de opvang en begeleiding van langdurig verblijvenden (maatschappelijk gehandicapten). De hulpverlening blijft vooral gericht op het

bieden van een thuis en van een dagbesteding (arbeid, recreatie, bezigheid). Bij de t.b.r.-instellingen wordt iets meer aandacht besteed aan therapie en aan het zoeken naar mogelijkheden van opvang buiten de instelling. Alhoewel er contacten bestaan met andere instellingen en instanties (collega-instellingen, gemeentelijke sociale diensten, maatschappelijk werk, C.A.D., S.P.D., reclassering, huisarts en PAAZ bijvoorbeeld) blijken deze contacten aanzienlijk minder te zijn, waar het langverblijvers (maatschappelijk gehandicapten) betreft. Alleen S.P.D. en reclassering worden hier relatief vaak genoemd. Overigens blijken deze contacten met betrekking tot maatschappelijk gehandicapten vaak incidenteel te zijn en veelal afhankelijk van bepaalde hulpverleners (meestal maatschappelijk werkers). De bekendheid met andere instellingen is slechts oppervlakkig van aard. Opvallend is dat de meeste hulpverleners de resultaten van het beschreven onderzoek min of meer verwacht hadden. Dit duidt erop dat men de gesignaleerde verschijnselen wel kent, maar ze als niet zo problematisch ziet, ofwel zich bij een nu eenmaal bestaande situatie min of meer heeft neergelegd. Vanuit de psychiatrische instellingen werd de wens geuit tot een betere afstemming te komen tussen psychiatrische instellingen en pensiontehuizen. De t.b.r.-instellingen en de pensiontehuizen toonden sterke behoefte aan functie-differentiatie van tehuizen. Een onderscheid tussen 'doorstromers' en 'blijvers' leek hen daarom wenselijk.

6 – De huidige financiële regelingen, waarbij sommige instellingen door de AWBZ gefinancierd worden (psychiatrische instellingen en onder deze ressorterende pensiontehuizen) en andere door de A.B.W. (thuislozeninstellingen en pensiontehuizen), werden door alle hulpverleners als een grote barrière ervaren om te komen tot een betere onderlinge samenwerking (cf. Commissie Riemen, 1978).

Literatuur

- Anderberg, H. F. (1973), *Clusteranalysis for Applications*. New York.
- Beenen, F. (1974), *Hoe langer . . . hoe gekker . . . ?* Groningen.
- Commissie Riemen (1978), *Rapport financiering – verzorgingskosten verzorgingstehuizen 3*. Nederlandse Federatie Bejaardenbeleid, Den Haag.
- Eynde, I. E. I. M. van (1978), Enkele nieuwe woonvormen voor psychiatrische patiënten. *T. Psychiat.*, 20, 79-94.
- Eysvoogel, J. (1978), *Werkoverleg in de gezondheidszorg*. Scriptie keuzevak sociale geneeskunde, Nijmegen.
- Giel, R. en J. R. van Weerden-Dijkstra (1974), Mededelingen uit het centrale patiëntenregister voor psychiatrische ziekenhuizen en universiteitsklinieken (2). *T. Psychiat.*, 16, 542-545.
- Giel, R. en J. R. van Weerden-Dijkstra (1978), De nieuwe chronische patiëntenpopulatie. Mededeling uit het centrale patiëntenregister (10). *T. Psychiat.*, 20, 601-609.
- Giel, R., H. C. Sauër, C. J. Slooff en D. Wiersma (1980), Over de epidemiologie van functionele psychosen en invaliditeit. *T. Psychiat.*, 22, 710-722.
- Gils, M. R. van (1978), De organisatie van organisatie: aspecten van inter-organisatiele samenwerking. *M en O, T. Organisatiekunde Sociaal*

Beleid, 1, 9-31.

- Hardeman, W. J. (1978), Het pensiontehuis en andere beschuttende woonvormen. *Hulpverleners en veranderen*, afl. 10 en 15.
- Hazendonk, A. van, e.a. (1976), *De zorg voor de thuisloze mens*. Rapport van Stichting 'de Hulsen' en Stichting 'het Hoogeland', Nijmegen.
- Heydendaal, P. (1980), *Thuislozenzorg... voor wie? Een sociaal-psychologisch onderzoek naar de opgenomenen*. Rapport Dr. Veegerinstituut en Instituut voor Sociale Geneeskunde, Nijmegen.
- Heydendaal, P., F. Boersma, M. Nuy en A. Vissers (1980), *Kenmerken maatschappelijk gehandicapten. Eindverslag en Samenvatting*. Rapport, Nijmegen.
- Heydendaal, P., M. Nuy en A. van Hazendonk (1980), *Uit de Pas. Denkbeelden, theorieën en onderzoek over thuislozen en andere maatschappelijk gehandicapten*. Nijmegen.
- Johnson, S. C. (1967), Hierarchical clustering schemes. *Psychometrica*, 32, 241-254.
- Kam, P. van der, F. Mol en M. Wimmers (1971), *Beoordelingsschaal voor oudere patiënten*. Deventer.
- Landelijke Stichting voor Thuislozenzorg en Onderdak: *Jaarverslagen*. Den Haag.
- Luscuere, C. (1978), Samenwerking tussen organisaties - ideologieën en dilemma's. *M en O, T. Organisatiekunde Sociaal Beleid*, 1, 49-60.
- Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Verslagen Adviezen Rapporten: *Patiëntenregister intra-murale voorzieningen geestelijke gezondheidsvoorzieningen in Nederland*, nr. 13, 1976. *Overzicht gegevens van psychiatrische instellingen in Nederland*, nr. 23, 1979 (over 1976); nr. 48, 1979 (over 1977); nr. 48, 1980 (over 1978). *Overzicht gegevens m.b.t. de inrichtingen voor psychisch gestoorde delinquenten*, 1974 en 1975, nr. 19, Den Haag, 1978.
- Ministerie van Justitie (1977), *Documentatie-brochure*. Den Haag.
- Munckhof, A. van de (1979), *De groep van negenentachtig*. Scriptie keuzevak sociale geneeskunde, Nijmegen.
- Nie, N. H., e.a. (1975), *S.P.S.S. Statistical Package for the Social Sciences*, (2nd ed.). New York.
- Nuy, M. (1980), Onderzoek kenmerken van maatschappelijk gehandicapten. *M en O, T. Organisatiekunde Sociaal Beleid*, 34, 490-501.
- Prahl-Andersen, B., Ch. Kowalski en P. Heydendaal (eds.) (1979), *A mixed-longitudinal interdisciplinary Study of Growth and Development*. New York.
- Ruesch, J. (1969), 'Social Disability', the problem of misfits in society. Paper presented at the Conference of the World Federation for Mental Health and Social Psychiatry on 'Toward a Health Community', Edinburgh.
- Schudel, W. J. (1976), *Opgenomen... opgegeven? Een exploratief onderzoek naar het gebruik van bedden in psychiatrische ziekenhuizen*. Deventer.
- Tax, B. (1979), Socio-Cultural Milieus: a Cluster-Analytic Approach to the Identification of Social Classes. In: Prahl-Andersen, B., Ch. Kowalski en P. Heydendaal (eds.), *A mixed-longitudinal interdisciplinary Study of Growth and Development*. New York.
- Wishart, D. (1978), *Cluster User Manual*. University of St. Andrews, Scotland.
- Zwaan, A. H. van der (1979), Interorganisatiele samenwerking in de gezondheidszorg. *T. Sociale Geneeskunde*, 57, 151-159, 164.