

## Beschermd wonen als psychiatrische en welzijnszorg; verslag van een inventariserend landelijk onderzoek

door M. J. Haveman, F. G. Brook en J. Burger

### Inleiding

Voor bijna ieder psychisch leed kan men in Nederland wel een psychologische of psychiatrische pleister vinden. Dit geldt met name voor de markt van de kleine psychiatrie (conflictreacties, persoonlijkheidsstoornissen, neurosen, e.d.). De keuzemogelijkheid tussen de produkten van individuele en georganiseerde hulpverleners is hier betrekkelijk groot. Niet iedereen lukt het echter om zijn problemen buiten de deuren van een psychiatrische instelling te houden. De gedragsstoornis kan te ernstig zijn en de onmacht van familieleden en extramuraal hulpverleners te groot. Bij gebrek aan alternatieven is in dit stadium van keuzevrijheid veelal geen sprake. Men wordt verwezen naar de dichtstbijzijnde instelling, een PAAZ of psychiatrisch ziekenhuis. Een werkelijk alternatief voor een klinische behandeling, in de vorm van een 'tussen'-voorziening is nauwelijks te vinden.

In de meeste gevallen duurt een opname in een psychiatrisch ziekenhuis korter dan één jaar. Binnen dat jaar wordt ongeveer 85% van de opgenomen patiënten weer ontslagen. Hiervan keert meer dan 4/5 terug naar het oorspronkelijke woonmilieu, of vindt elders woonruimte bij voorbeeld bij familieleden of particulieren (GHIGV, 1981). De resterende 15% van de opgenomen patiënten is minder succesvol. Zij verblijven na één jaar nog steeds in de instellingen.

Met de toename van de verblijfsduur vinden steeds minder ontslagen plaats. Deze relatie kan zowel worden verklaard door selectiviteit (de eerder ontslagen personen zijn meer sociaal redzaam, beschikken over een intact en steunend thuismilieu), als ook door hospitaliserende processen in de instelling. Na een opnameduur van 1 á 2 jaar blijkt behandeling weinig baat meer te hebben, en leidt eerder tot aanpassing binnen de instelling dan tot herintegratie in het maatschappelijk leven buiten de instelling (Stein & Test,

---

M. Haveman en J. Burger zijn verbonden aan de Capaciteitsgroep Epidemiologie van de Rijksuniversiteit Limburg. F. G. Brook is verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Groningen.

1978). In de meeste psychiatrische ziekenhuizen wordt deze reactie versterkt door de clustering in 'short'- en 'long stay'-afdelingen (Scholte & Uffing, 1982). Zo kan de overplaatsing naar een verblijfsafdeling of paviljoen door de patiënt worden gevoeld als een 'diploma van onvermogen', van niet meer kunnen aarden in het leven buiten de instelling. Tevens kan een dergelijke overplaatsing gepaard gaan met gevoelens van zekerheid en berusting, namelijk niet meer te hoeven kiezen voor het onbekende, bedreigende en verwarrende leven buiten het instituut. Door de geringe doorstroming op de afdeling wordt deze houding alleen maar versterkt. In enkele psychiatrische ziekenhuizen worden op dit moment pogingen ondernomen om deze 'self-fulfilling prophecy' te doorbreken, met name door het scheppen van meer plaatsen in kleinschalige 'beschutte' woonvormen. In deze voorzieningen wordt gestreefd naar zo min mogelijke institutionele afhankelijkheid, veel privacy, uitbreiding van sociale contacten en voorkomen van stigmatiserende effecten door klinische behandeling. Het gaat daarbij om ca. 500 plaatsen, oftewel 2% van de totale capaciteit van psychiatrische ziekenhuizen.

Ook enkele Riagg's beheren een aantal kleinschalige woonvormen. Daarnaast zijn er in Nederland ongeveer 115 vooral particuliere voorzieningen die een woon- en begeleidingsfunctie vervullen voor ex-psychiatrische patiënten en die indirect door de bijstandswet worden gefinancierd. Deze instellingen staan bekend als pensiontehuis, psychiatrisch hostel, half-way house, sluisinternaat, nazorghuis, wegloophuis, grouphome, psychiatrisch verpleeghuis en gezinsvervangend tehuis voor ex-psychiatrische patiënten. Vroeger werden deze instellingen met de verzamelnaam 'psychiatrische tussenvoorzieningen' of 'beschutte woonvormen' aangeduid. Met het verschijnen van het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen (IWBW, 1981) is op deze instellingen een nieuw etiket geplakt. De naam van de werkgroep zegt het al. Voor de bestaande voorzieningen is het een nieuw label voor een oud produkt. Het gaat om een uiterst heterogene verzameling van instellingen die onderling aanzienlijk verschillen in grootte, doelstelling, rechtspersoon, bewoners, organisatiegraad en behandelingsintensiteit. Zowel het kosthuis voor 4 à 5 bewoners die zich zonder al te veel bemoeienis van een oud-verpleegkundige en haar man weten te redden, als ook instellingen met meer dan 100 vooral oudere bewoners die qua gebouw, personeel, administratie eerder op een verzorgingshuis lijken, worden tot deze sector gerekend.

### **Vraagstelling en dataverzameling**

Over de sector beschermende woonvormen bestaan weinig gegevens. Dit gebrek aan informatie was de belangrijkste aanleiding voor de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid om in het najaar 1981 een inventariserend onderzoek uit te voeren naar capaciteits-, doorstromings-, bewoners- en

personeelsgegevens over het jaar 1980, en naar de samenwerking van beschermende woonvormen met andere GGZ-voorzieningen. Over de resultaten is onlangs gerapporteerd (Haveman, 1982). In dit artikel zal nader worden bekeken in hoeverre de beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen en de particuliere sector (CRM-gesubsidieerd) verschillen in:

1. de verblijfsduur van de bewoners en het ontslagbeleid,
2. het opnamebeleid,
3. de kenmerken van de bewoners en
4. de personeelsformatie.

In dit onderzoek werden de 114 indirect door de Algemene Bijstandswet gefinancierde instellingen (CRM) benaderd, en tevens met dezelfde vragenlijst 39 algemene psychiatrische ziekenhuizen. In het geheel hebben 91 (80%) beschermende woonvormen (CRM) hun medewerking verleend aan dit onderzoek. Van de psychiatrische ziekenhuizen reageerden 35 (90%) instellingen. Hiervan beschikken 21 instellingen niet over beschermende woonvormen (vgl. definitie IWBW-rapport), 9 instellingen over één en 5 instellingen over twee. De 19 beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen (p.z.-en) worden door de instellingen zelf aangeduid als: pensiontehuis (7x), psychiatrisch hostel (4x), sociowoning (4x), half-way house (2x), sluisinternaat (1x), gezinstehuis (1x). De gegevens van de 91 beschermende woonvormen (CRM) en de 19 beschermende woonvormen (p.z.-en) vormen het uitgangspunt voor de navolgende beschouwing.

## Resultaten

### *Verblijfsduur en ontslag*

De functie 'beschermd wonen' wordt vooral vervuld door kleinschalige CRM-voorzieningen. De doorstroming in de voorzienin-

Tabel 1: Omvang en capaciteit van beschermende woonvormen

| Omvang/<br>Capaciteit        | Beschermende woonvormen<br>psychiatrische ziekenhuizen<br>(n=19) | Beschermende woonvormen<br>CRM gesubsidieerd<br>(n=91) |
|------------------------------|--|--|
| gemiddeld aantal<br>plaatsen | 27.7<br>(s=21.6)   | 24.4<br>(s=20.4)                                       |
| aantal plaatsen<br>totaal    | 526  | 2132   |
| aantal bewoners<br>totaal    | 468  | 2007   |
| aantal opnemingen<br>totaal  | 167*   | 601**  |
| aantal ontslagen<br>totaal   | 123  | 542  |

\* waarvan 1.8% heropnemingen binnen dat jaar.

\*\* waarvan 13% heropnemingen binnen dat jaar.

gen van beide sectoren is gering. In 1980 kon per vier plaatsen slechts één opname worden gerealiseerd.

Beschermde wonen betekent dan ook vooral langdurig wonen. Bijna driekwart (73.5%) van de bewoners van de beschermende woonvormen (p.z.-en) en tweederde (66.1%) van de bewoners van CRM-instellingen verblijven langer dan twee jaar in dergelijke voorzieningen (zie tabel 5). De meeste voorzieningen zijn dan ook geen 'doorstroom' - of 'tussen'-voorzieningen, maar voorzieningen voor langdurig wonen. In tabel 2 is aangegeven hoe het aantal langwonenden ( $\geq 2$  jaar) over de instellingen is verdeeld.

Tabel 2: Aandeel bewoners in beschermende woonvormen met een verblijfsduur van langer dan 2 jaar

| % bewoners langer dan 2 jaar | Beschermende woonvormen psychiatrische ziekenhuizen (n=19) |    | Beschermende woonvormen CRM gesubsidieerd (n=91) |    |
|------------------------------|--|----|--|----|
|                              | abs.   | %  | abs  | %  |
| 0%                           | 4  | 21 | 6  | 7  |
| 1 - 24%                      | -  | -  | 6  | 7  |
| 25 - 49%                     | 4  | 21 | 9  | 10 |
| 50 - 74%                     | 2  | 10 | 29   | 32 |
| 75 - 99%                     | 2  | 10 | 27   | 30 |
| 100%                         | 7  | 37 | 14   | 15 |

Uit tabel 2 blijkt dat slechts 4 respectievelijk 12 instellingen minder dan 25% lang-verblijvende bewoners hebben. Bij strikte hantering van het verblijfsduurcriterium komen in beide sectoren slechts enkele instellingen in aanmerking voor de omschrijving 'psychiatrisch hostel'. De meeste instellingen hebben zowel langdurig als kortdurig wonenden, en zijn geenszins de ideaaltypische doorstroom- of langverblijfhuisen van het IWBW-rapport.

De personen die in 1980 de instellingen wel konden verlaten keerden vooral terug naar hun eigen milieu zoals ouderlijk huis, eigen gezin, pleeggezin, familie, of gingen al dan niet zelfstandig op kamers wonen. Dit gold voor 54% van het aantal ontslagen van beschermende woonvormen (p.z.-en) en voor 37% van de CRM-instellingen. Een ander deel werd over- of teruggeplaatst naar een psychiatrische instelling, namelijk 37% van de ontslagen van beschermende woonvormen (p.z.-en) en 22% van de CRM-instellingen. De vergrijzing in een aantal CRM-instellingen leidde er tevens toe dat 21% van de ontslagen uit deze voorzieningen eigenlijk overplaatsingen zijn naar verpleeg- en bejaardenhuizen.

### Opnamebeleid

Vanuit welke sectoren worden deze vrijgekomen plaatsen weer aangevuld? Tabel 3 geeft een belangrijk verschil aan tussen de twee soorten voorzieningen.

Door de organisatorische link met de 'moeder'-instelling worden

Tabel 3: Aantal opnemingen in beschermende woonvormen naar verblijfsituatie voor opname

| verblijfsituatie voor opname        | beschermende woonvormen             |       | beschermende woonvormen CRM gesubsidieerd |       |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------|---|-------|
|                                     | psychiatrische ziekenhuizen<br>abs. | %     | abs.                                      | %     |
| psychiatrisch ziekenhuis            | 139                                 | 83.2  | 222                                       | 36.9  |
| psychiatrische universiteitskliniek | 2                                   | 1.2   | 13  | 2.2   |
| psych. afd. algemeen ziekenhuis     | 1                                   | 0.6   | 57  | 9.4   |
| beschermende woonv.                 | -                                   | -     | 44  | 7.3   |
| eigen milieu/kamerbewoning          | 15                                  | 9.0   | 170                                       | 28.3  |
| justitiële instell.                 | -                                   | -     | 5   | 0.8   |
| crisiscentrum                       | -                                   | -     | 5   | 0.8   |
| anderszins/onbekend                 | 10                                  | 6.0   | 85  | 14.2  |
| totaal                              | 167                                 | 100.0 | 601                                       | 100.0 |

voor de vrije plaatsen van beschermende woonvormen (p.z.-en) vooral personen uit het psychiatrisch ziekenhuis gerecruteerd, namelijk 83% van alle opnemingen. Voor 9% was plaatsing direct vanuit de thuissituatie mogelijk. De 'instroom' in de beschermende woonvormen van CRM daarentegen is gevarieerder. Met 37% ligt het aantal plaatsingen vanuit een psychiatrisch ziekenhuis aanzienlijk lager. Ook werden meer personen opgenomen vanuit de thuissituatie (28%). Daarnaast werd een aantal personen direct geplaatst vanuit een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis of een beschermende woonvorm.

In tegenstelling tot de CRM-instellingen hebben dus de beschermende woonvormen (p.z.-en) geen duidelijke regionale opnamefunctie. Ze zijn niet voorgeschakeld aan het psychiatrisch ziekenhuis, maar vormen de psychiatrische achterhoede. De werving en selectie is vooral gericht op patiënten van het psychiatrisch ziekenhuis waaraan men is gelieerd, en niet op extra-muraal verblijvende patiënten en patiënten van andere instellingen. Hier ligt dus een fundamenteel verschil tussen de instellingen van beide sectoren. Dit verschil komt ook tot uiting in de samenwerking en het overleg met andere GGZ-instellingen. Zo hadden beduidend meer CRM-instellingen dan beschermende woonvormen (p.z.-en) regelmatig contact met sociaalpsychiatrische diensten over het plaatsen van bewoners (69% versus 42%). Op het eerste gezicht is het daarentegen verrassend dat op de vraag: 'met welke psychiatrische zieken-

huizen had u in 1980 regelmatig overleg over het plaatsen van bewoners in uw voorziening' 80% van de CRM-instellingen tenminste één psychiatrisch ziekenhuis noemde tegenover slechts 53% van de beschermende woonvormen (p.z.-en). De overige 47% gaf niet eens regelmatig overleg met de 'moeder'-instelling aan. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de plaatsingen binnen één en dezelfde organisatie vooral op informele basis geschieden, met name doordat de arts, psycholoog of maatschappelijk werker vaak op verschillende afdelingen/paviljoenen van het psychiatrisch ziekenhuis werkt.

Een andere vraag ten aanzien van de beschermende woonvormen van beide sectoren is, in hoeverre zij verschillen in de opnamecriteria. In beide sectoren gaat het vooral om kleine voorzieningen waar de bewoners zonder al te veel begeleiding langdurig op elkaar zijn aangewezen. De gegadigden voor een plaats worden dan ook beoordeeld en geselecteerd naar de mogelijkheden om zonder al te veel problemen binnen dit geheel te functioneren (Delimon, 1980). Het criterium is dan de inpasbaarheid in de woon- en leefsfeer van de instelling. Daarnaast gelden ook een aantal min of meer vaststaande criteria die een verblijf in een beschermende woonvorm uitsluiten. In het onderzoek werd naar de volgende criteria gevraagd: leeftijd, geslacht, kerkgenootschap, alcoholisme, drugmisbruik, zwakzinnigheid, slechte zelfredzaamheid, crimineel verleden en acting-out gedrag. Meer dan tweederde van de beschermende woonvormen over beide sectoren noemde 5 of meer van bovengenoemde opname-uitsluitende criteria. In tabel 4 is aangegeven voor hoeveel instellingen ieder criterium geldt.

Diep zwakzinnigen en drug- en alcoholmisbruikers blijken in beide sectoren bij de meeste instellingen niet voor opname in aanmerking te komen. Voor de diepzwakzinnigen is dit in zoverre begrijpelijk omdat voor deze personen aparte voorzieningen bestaan in de vorm van dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen. Meer dan

Tabel 4: Beschermende woonvormen naar opname-uitsluitende criteria

| opname-<br>uitsluitende<br>criteria | beschermende woonvormen<br>psychiatrische<br>ziekenhuizen (n=19) |     | beschermende woonvormen<br>CRM gesubsidieerd (n=91) |    |
|-------------------------------------|--|-----|---|----|
|                                     | abs.   | %   | abs.  | %  |
| diep zwakzinnig                     | 19   | 100 | 83  | 91 |
| drugmisbruik                        | 17   | 90  | 77  | 85 |
| alcoholisme                         | 16   | 84  | 67  | 74 |
| slecht zelfredzaam                  | 15   | 79  | 42  | 46 |
| acting-out gedrag                   | 13   | 68  | 48  | 53 |
| leeftijd                            | 11   | 58  | 58  | 64 |
| licht zwakzinnig                    | 4  | 21  | 34  | 37 |
| crimineel verleden                  | 2  | 10  | 33  | 36 |
| geslacht                            | 1  | 5   | 13  | 14 |

driekwart van de beschermende woonvormen (p.z.-en) gaf dan ook aan op zelfredzaamheid te selecteren, tegenover minder dan de helft van de CRM-instellingen. Naast 'acting-out gedrag' wordt in vele instellingen ook de leeftijd (vooral 55 jaar en ouder) genoemd als een factor die een opname uitsluit. Tevens zijn er vooral in de

Tabel 5: De bewoners per 31-12-'80 van beschermende woonvormen naar een aantal kenmerken in percentages

| kenmerken<br>bewoners                         | beschermende woonvormen                                  |   |
|---|--|---|
|   | psychiatrische<br>ziekenhuizen<br>(N <sub>B</sub> = 468) | beschermende woonvormen<br>CRM gesubsidieerd<br>(N <sub>B</sub> = 2007) |
| <i>geslacht</i>                               |  |   |
| man   | 47.2   | 55.0  |
| vrouw   | 52.8   | 45.0  |
| <i>leeftijd</i>                               |  |   |
| - 25  | 3.0  | 4.8   |
| 25 - 44                                       | 23.7   | 34.3  |
| 45 - 64                                       | 56.4   | 46.9  |
| 65+   | 16.9   | 14.0  |
|   | 73.3   | 60.9  |
| <i>verblijfsduur</i>                          |  |   |
| < 6 mnd                                       | 7.1  | 10.8  |
| 6 mnd - 2 jaar                                | 19.4   | 23.2  |
| 2 - 5 jaar                                    | 16.9   | 24.2  |
| ≥ 5 jaar                                      | 56.6   | 41.9  |
| <i>werksituatie</i>                           |  |   |
| loondienst                                    | 2.1  | 4.4   |
| soc. werkplaats                               | 19.4   | 39.0  |
| huisdienst                                    | 17.3   | 18.1  |
| zonder werk                                   | 14.5   | 23.9  |
| anderszins                                    | 46.6   | 14.6  |
| <i>intramuraal psychiatrisch<br/>verleden</i> |  |   |
| psychiatrisch ziekenhuis                      | 75.9   | 66.4  |
| paazpuk                                       | 1.1  | 3.8   |
| andere instelling                             | 1.9  | 8.6   |
| geen opname                                   | 13.9   | 18.6  |
| onbekend                                      | 7.3  | 2.7   |
| <i>alcoholproblemen</i>                       |  |   |
| ja  | 4.3  | 6.4   |
| nee   | 95.7   | 93.6  |
| <i>drugproblemen</i>                          |  |   |
| ja  | 0.4  | 0.4   |
| nee   | 99.6   | 99.6  |
| <i>geestelijke handicap</i>                   |  |   |
| geen  | 88.3   | 87.1  |
| licht   | 11.7   | 12.2  |
| diep  | -  | 0.8   |

CRM-sector een aantal beschermende woonvormen die uitsluitend mannen of vrouwen opnemen.

### *Kenmerken van bewoners*

Door deze selectie bij opname stonden op 31 december 1980 betrekkelijk weinig diep geestelijk gehandicapte personen en personen met alcohol- en drugproblemen als bewoner ingeschreven. Eveneens werden geen verschillen gevonden in het aantal contacten met familieleden en externe vrienden/kennissen. Zo had 61% van de bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) in 1980 zes of meer keer persoonlijk contact met familieleden en 62% van de bewoners van de CRM-instellingen. Met 50%, respectievelijk 49%, hadden minder bewoners dergelijk regelmatig contact met vrienden/kennissen buiten de instelling. De bewoners verschillen wel op basis van een aantal andere aspecten.

In vergelijking tot de CRM-gesubsidieerde instellingen verbleven in beschermende woonvormen (p.z.-en): meer vrouwen, meer ouderen, meer personen met lange verblijfsduren ( $\geq 5$  jaar), meer personen die in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen waren geweest, minder personen die in sociale werkplaatsen werkzaam zijn, maar meer personen die aan de arbeids- en bezigheidstherapie van het psychiatrisch ziekenhuis deelnemen. In beide sectoren is het aantal in loondienst werkenden, met 2% respectievelijk 4% buitengewoon gering.

Het merendeel van de bewoners is voor inkomsten afhankelijk van uitkeringen. De bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) zijn vooral aangewezen op de Algemene Arbeidsongeschiktheid Wet en de Wet Arbeidsongeschiktheidsverzekering (71%). Ook een deel van de bewoners van de CRM-instellingen verkrijgt zijn inkomen vanuit AAW/WAO (35%). Daarnaast vormt voor 44% van de bewoners van de CRM-instellingen de bijstands- en werkloosheidsuitkering de belangrijkste bron van inkomsten, veelal aangevuld en uitbetaald door de sociale werkplaatsen. Verder kan men nog een derde groepering onderscheiden, namelijk studenten, huisvrouwen en gepensioneerden, 18% respectievelijk 16% in CRM-instellingen, die weer van andere financiële bronnen afhankelijk is.

### *Personeelsformatie*

In hoeverre verschillen de instellingen van beide sectoren in de personeelsformatie? Tabel 6 geeft een eerste indruk.

Bij tabel 6 zijn alle personeelsleden meegeteld die op 31 december 1980 werkzaam waren, incl. stagiaires en vrijwilligers. Tevens is gevraagd naar het gebruik van de personeelsbezetting van de overkoepelende organisatie, psychiatrisch ziekenhuis of stichting/vereniging. Ook deze personeelscijfers zijn in tabel 6 en 7 verwerkt en herberekend als full-time-equivalenten (fte) per 100 bewoners. Uit tabel 6 blijkt dat in de door CRM gesubsidieerde voorzieningen gemiddeld meer personeelsleden werkzaam zijn dan in de beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen. Zo heeft



Tabel 6: Aantal personeelsleden (fte) per 100 bewoners van beschermende woonvormen

| aantal personeel per 100 bewoners | beschermende woonvormen psychiatrische ziekenhuizen |    | beschermende woonvormen CRM gesubsidieerd |    |
|-----------------------------------|---|----|---|----|
|                                   | abs.  | %  | abs.                                      | %  |
| totaal personeel:                 |   |    |   |    |
| < 10                              | -   | -  | 2   | 2  |
| 10 - 29                           | 11  | 58 | 25  | 27 |
| 30 - 49                           | 3   | 16 | 30  | 33 |
| 50 - 89                           | 3   | 16 | 23  | 25 |
| ≥ 90                              | 2   | 10 | 11  | 12 |

70% van de CRM-instellingen een personeelsbezetting van 3 of meer medewerkers per 10 bewoners, tegenover 42% van de woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen. Interessanter dan dit gegeven is de samenstelling van het personeel. Zo blijkt dat het verschil in personeel vooral te herleiden is tot een groter aantal personeelsleden met technische, administratieve of huishoudelijke beroepen.

Het is de vraag of dit verschil is terug te voeren tot systematische onderschatting van dergelijke diensten vanuit het psychiatrisch ziekenhuis, of dat sprake is van een meer efficiënt personeelsgebruik door een grotere organisatie. Het personeel, dat direct bij de begeleiding van de bewoners is ingeschakeld, verschilt in aantal

Tabel 7: Gemiddeld aantal personeelsleden (fte) per 100 bewoners van beschermende woonvormen

| personeels-kategorie                   | beschermende woonvormen psychiatrische ziekenhuizen | beschermende woonvormen CRM gesubsidieerd |
|--|---|---|
| 1. med./soc.wet/maatsch.werk           | 1.5   | 1.6                                       |
| 2. gedipl.verpleegk. personeel         | 13.4  | 9.9                                       |
| 3. overig verpleegk. verzor. personeel | 1.9   | 1.6                                       |
| 4. ander begeleidend personeel         | 9.0   | 11.3                                      |
| 5. tech./adm./huish. personeel         | 1.2   | 11.3                                      |
| 6. stagiaires/vrijwilligers            | -   | 0.9                                       |
| totaal                                 | 27.0  | 36.6                                      |

nauwelijks in de twee onderscheiden sectoren. Dit geldt ook voor de categorie medisch en sociaal-wetenschappelijk personeel en maatschappelijk werkers. Binnen deze personeelscategorie zijn wel aanzienlijke verschillen. Zo was aan 13 van de 19 beschermende woonvormen (p.z.-en) één psychiater part-time verbonden. Bij de CRM-voorzieningen was dat slechts bij 6 van de 91 voorzieningen het geval, waarbij tevens twijfel bestond, of er geen sprake was van een consulentschap vanuit een SPD of Riagg. In de CRM-sector bestaat de eerste personeelscategorie bijna uitsluitend uit maatschappelijk werkers.

Het aantal gediplomeerde verpleegkundigen per 100 bewoners was in beschermende woonvormen (p.z.-en) gemiddeld iets groter dan in CRM-instellingen. In de beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen waren nauwelijks leerling-verpleegkundigen werkzaam. Hetzelfde gold in beide sectoren ten aanzien van zieken- en bejaardenverzorgsters (categorie 3). De vierde personeelscategorie is, zoals de omschrijving al doet vermoeden, buitengewoon heterogeen van samenstelling qua beroep en opleiding. Zowel personen met een afgesloten beroepsopleiding inrichtingswerk of sociale dienstverlening, activiteits-, bezigheids- en creativiteitstherapeuten, maar ook personen met aan andere beroepsopleiding – of zonder – zijn hier meegeteld. Als het maar duidelijk was dat zij bij de begeleiding van de bewoners waren betrokken. Soms werd ook alleen de functie of taak aangegeven zoals 'gastvrouw' of 'nachtwacht'.

## Samenvatting

Wat levert deze vergelijking op instellingsniveau op, als het gaat om de planning van het toekomstige voorzieningenstelsel? De volgende punten willen wij onder de aandacht brengen:

(1) Er bestaat een aanzienlijke functie-overlap tussen beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen en de CRM-sector. De verschillen binnen iedere sector zijn groter voor wat betreft het aantal plaatsen, de doelgroep en opnamecriteria dan de verschillen tussen de sectoren. Uitbreiding van het aantal beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen beperkt dan ook de substitutiemogelijkheden door CRM-instellingen.

(2) De doorstroming is in beide sectoren met 1 opname per 4 plaatsen gering. Bijna driekwart van de bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) en tweederde van de bewoners van CRM-instellingen verblijven daar langer dan twee jaar.

(3) Slechts enkele beschermende woonvormen in beide sectoren komen in aanmerking voor de omschrijving 'psychiatrisch hostel', alleen al op basis van de veelal lange verblijfsduur van de bewoners. De meeste beschermende woonvormen kennen een naar verblijfsduur gemengde populatie, en zijn geenszins de ideaal-typische doorstroom- of langverblijfhuizen van het IWBW-rapport.

(4) Per jaar verlaat één op de vier bewoners de beschermende woonvorm, waarbij beschermende woonvormen (p.z.-en) meer

dan de helft terugkeert naar het eigen milieu of zelfstandig gaat wonen, tegenover iets meer dan éénderde van de ontslagen bewoners van de CRM-instellingen. De sluisfunctie naar zelfstandig wonen of wonen bij familie/kennissen wordt door de instellingen dus maar in geringe mate uitgeoefend. Een deel van de bewoners kan zich niet in de beschermende woonvormen handhaven. Zo werd van het totaal aantal ontslagen meer dan éénderde van de bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) en éénvijfde van de CRM-instellingen teruggeplaatst naar het psychiatrisch ziekenhuis. Ook bij de toekomstige planning zal men rekening moeten houden met een dergelijke terugstroom van bewoners.

(5) De vergrijzing in een aantal CRM-instellingen leidde er tevens toe dat éénvijfde van de ontslagen eigenlijk overplaatsingen zijn naar verpleeg- en bejaardentehuizen. Bij de beschermende woonvormen (p.z.-en) werd in 1980, ondanks een groter percentage bejaarde bewoners, geen van de bejaarden naar een verpleeg- of bejaardenhuis verwezen. Het lijkt er opdat in dit opzicht in de beschermende woonvormen (p.z.-en) een ander beleid wordt gevoerd dan in CRM-instellingen. In CRM-instellingen is niet alleen het lichamelijk en sociaal functioneren van belang voor plaatsing elders, maar ook de leeftijd van bewoners. Zo komen de beschermende woonvormen (CRM) in conflict met de Wet op de Bejaardenoorden (1963), als zij duurzame huisvesting verlenen aan meer dan vier bewoners ouder dan 65 jaar. Deze wettelijke regeling bevestigt nog eens de stelling: 'Altern ist heute primär soziales Schicksal und erst sekundär funktionelle oder organische Veränderung' (Thomae, 1968).

(6) De beschermende woonvormen (p.z.-en) en CRM-instellingen verschillen wezenlijk in opnamebeleid. De beschermende woonvormen (p.z.-en) recrutereren hun bewoners bijna uitsluitend uit het eigen psychiatrisch ziekenhuis, terwijl iets meer dan eenderde van de nieuwe bewoners van CRM-instellingen direct vanuit een psychiatrisch ziekenhuis wordt geplaatst. De andere bewoners komen of vanuit het eigen milieu, of werden daarvoor in een andere intra- of semimurale GGZ-instelling behandeld. De beschermende woonvormen (p.z.-en) vervullen dus geen regionale opnamefunctie, maar zijn achtergeschakeld aan het psychiatrisch ziekenhuis.

(7) Personen met een zware geestelijke handicap en personen met alcohol- en drugmisbruik bleken bij bijna alle beschermende woonvormen niet voor opname in aanmerking te komen. Ook werd sterk geselecteerd op basis van criteria als zelfredzaamheid, acting-out gedrag en leeftijd (vooral 55 jaar en ouder).

(8) De bewoners van CRM-instellingen hadden niet meer maar ook niet minder persoonlijk contact met familieleden en vrienden/kennissen, dan de bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en).

(9) Het aantal bewoners dat in loondienst werkzaam is, is met 2% respectievelijk 4%, voor beide sectoren buitengewoon gering. De bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) zijn in 71% van de gevallen voor inkomsten aangewezen op de AAW/WAO

uitkeringen. Dit geldt ook voor 35% van de bewoners van CRM-instellingen. Daarnaast vormt voor 44% van de bewoners van CRM-instellingen de bijstands- en werkloosheidsuitkering de belangrijkste bron van inkomsten, veelal aangevuld en uitbetaald door de sociale werkplaatsen.

(10) Bij de begeleiding van de bewoners van beschermende woonvormen (p.z.-en) en CRM-instellingen zijn gemiddeld evenveel personeelsleden ingeschakeld, namelijk één personeelslid per 4 bewoners. Wel zijn er per sector verschillen in het soort personeel. Tot de personeelsformatie van beschermende woonvormen (p.z.-en) worden bij voorbeeld veel meer psychiaters (part-time), veel minder maatschappelijk werkers en meer gediplomeerde verpleegkundigen gerekend. Aan de CRM-instellingen is tevens beduidend meer technisch, administratief en huishoudelijk personeel verbonden, dan aan de beschermende woonvormen van psychiatrische ziekenhuizen.

*'... and I hope in the future we don't just put all of the people coming out of hospitals in places like group homes and residences, not unless they really need to be there. I just think we don't know what a patient needs for sure unless we have more than one way of doing it. What we need are choices, some different opportunities. Then we can find out what's really best for each individual'.*

*(Peterson, ex-patient, 1978)*

## Beschouwing

De beschermende woonvormen zijn pas in de 80-er jaren herontdekt voor het beleid van de geestelijke gezondheidszorg. De afgelopen twee jaar werd een begin gemaakt met het beleid de beschermende woonvormen te integreren in het stelsel van de GGZ-voorzieningen, en werd gestreefd naar kleinschaligheid, en naar spreiding en capaciteitsreductie van psychiatrische ziekenhuizen. Ook de ontwikkelingen in het zorgveld zelf, zoals grotere doorstroming in psychiatrische ziekenhuizen (meer patiënten blijven korter), meer problemen bij het vinden van huisvesting voor ex-psychiatrische patiënten en het gebrek aan mogelijkheden om in crisis-situaties tijdelijk opgevangen te worden, hebben bijgedragen tot meer aandacht voor de sector beschermende woonvormen. In dit kader zijn de aanbevelingen te noemen van de Werkgroep Huisvesting Psychiatrie met betrekking tot de fase 2, de richtlijnen ex artikel 3 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, en het Rapport van de Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen (IWBW, 1981). Maar ook op provinciaal niveau zijn vele activiteiten, initiatieven en plannen ontplooid ten aanzien van deze sector. Bij de beleidsvoornemens zoals die nu voorliggen, zijn een tweetal hoofddoelstellingen te onderscheiden. Eén daarvan is integratie

van bestaande beschermende woonvormen in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg door de vorming van regionale instellingen van beschermende woonvormen. Voorwaarde hiervoor is, dat de nomenclatuur voor te onderscheiden voorzieningen (b.v. psychiatrisch hostel, pensiontehuis) aansluit bij duidelijk gedefinieerde functies, en dat de voorzieningen in hetzelfde financierings- en planningskader worden opgenomen als de andere toekomstige Rigg-partners (Van der Grinten, 1981).

Een tweede hoofddoelstelling is: stimulering en uitbreiding van de sector 'beschermende woonvormen' die bedden/plaatsen van psychiatrische ziekenhuizen moeten vervangen. In het voorlopig regeeringsstandpunt bij het IWBW-rapport wordt daarbij uitgegaan van het principe van strikte substitutie: een toename van het aantal plaatsen in beschermende woonvormen moet gepaard gaan met een evenredige daling van het aantal plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen. Het is nog onduidelijk hoeveel en welke plaatsen van psychiatrische ziekenhuizen in principe te vervangen zijn door beschermende woonvormen. Uit het panelonderzoek van het NCGV (De Haen; Schretlen, 1981) blijkt dat per sector hierover door deskundigen en bestuurders van instellingen, heel verschillend wordt gedacht. Zo kwam het panel, dat uit intramurale deskundigen was samengesteld, tot een veel beperkter 'patiëntenprofiel' voor potentiële bewoners van psychiatrische hostels, dan het semi-muraal samengestelde panel. De substitutiemarge van hostels ten aanzien van psychiatrische ziekenhuizen viel daardoor met 140 tot 2775 plaatsen/bedden wat breed uit.

Interessant is in dit verband ook het onderzoek van Heyendael en Nuy (1981). In hun onderzoek naar kenmerken van maatschappelijk gehandicapten (mannen jonger dan 65 jaar) vonden zij relatief weinig verschillen tussen langverblijvende bewoners (> 1 jaar) van o.a. psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen (pensiontehuizen). De bewoners van beide soorten voorzieningen bleken vrij homogeen van aard te zijn ten aanzien van gedragskenmerken als zelfredzaamheid, zelfstandigheid, activiteiten en contacten, maar ook in burgerlijke staat, bron van inkomsten, opleidingsniveau en deelname aan therapieën. Het is moeilijk om dergelijke overeenkomsten in bewonersprofielen te vertalen naar plaatsen in nieuwe voorzieningen. Tussen het constateren van een overlapping qua doelgroep bij verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en pensiontehuizen, het creëren van modelvoorzieningen, en het plaatsen van doelgroep-bewoners, ligt een wereld van variabelen die de uitkomst (substitutie) beïnvloeden. Dergelijk onderzoek geeft dan ook meer de theoretische mogelijkheden aan, de potentiële beleidsruimte, dan wat werkelijk aan substitutie zal worden gerealiseerd. In deze zin is het een 'next best'-taxatie voor substitutiemogelijkheden bij gebrek aan tijd en mogelijkheden voor het uitvoeren van gecontroleerd experimenteel onderzoek met a-select aanbieden van verschillende soorten van zorg. Bij experimenteel onderzoek worden naast opmerkingen over de generaliseerbaarheid van de resultaten ook vaak ethische kante-

keningen geplaatst. Zo zou de experimentele groep blootgesteld zijn aan nieuwe soorten zorg of interventies, waarvan de consequenties nog niet geheel duidelijk zijn. Evengoed kan men echter ethische vragen stellen ten aanzien van de patiënten van de controlegroep, de personen die gedurende het onderzoek in de huidige traditionele zorgvorm (psychiatrisch ziekenhuis) verblijven. De vraag kan bij voorbeeld luiden of het verantwoord is om patiënten *niet* een nieuw soort zorg aan te bieden gezien de leefsituatie op de afdeling, de consequenties van langdurig verblijf en de ontslagprognose. Is de huidige zorg wel goed genoeg in het licht van bestaande of te scheppen alternatieven? De beste manier om antwoord op deze vragen te krijgen is door het uit te proberen, en de veranderingen met onderzoek te begeleiden.

## Literatuur

- Delimon, J. A. C. (1980), Sociowoningen; een verslag na 2 jaar praktijkervaring, *T. v. Psychiatrie* 22, 696-709.
- GHIGV (1981), Algemene psychiatrische ziekenhuizen; Gegevens uit de *Patiëntenregistratie Intramurale Geestelijke Gezondheidszorg* 1978, Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.
- Grinten, T. van der (1981), Op weg naar een beleid: beschermende woonvormen in de geestelijke gezondheidszorg, *MGV* 10, 859-871.
- Haen, F. de en Schretlen, E. (1981), *In plaats van een bed*, NCGV-reeks nr. 36.
- Haveman, M. J. (1982), Beschermende woonvormen; Verslag van een inventariserend onderzoek naar psychiatrische hostels en pensionthuizen over het jaar 1980, *GHIGV*, afdeling Onderzoek.
- Heyendal, P. en Nuy, M. (1981), Kenmerken van maatschappelijk gehandicapten; clusters en voorzieningen, *T. v. psychiatrie* 7/8, 473-486.
- IWBW (1981), Aanbevelingen voor een beleid ten aanzien van hostels voor psychiatrische patiënten en pensionthuizen voor psychosociaal kwetsbare mensen, *Ministerie CRM en Ministerie Volksgezondheid en Milieuhygiëne*, Staatsuitgeverij 's Gravenhage.
- Peterson, R. (1978), What are the needs of chronic mental patients? in (Talbot, J. A. ed.) *the Chronic Mental Patient-Problems, Solutions and Recommendations for a public Policy*, APA Washington, DC.
- Scholte, J. A., Uffing, J. en Romme, M. A. J. (1982), *Langdurig verblijf in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis*; een vergelijkende studie, RU Limburg.
- Test, M. A. en Stein, L. I. (1978), Community treatment of the chronic patient: research overview, *Schizophrenia Bulletin* 4, 350-364.
- Thomae, H. (1968), Psychische und soziale Aspekte des Alterns, *Zeitschrift für Gerontologie* 1, 43-55.