

Maatschappelijk kwetsbaar en langdurig psychiatrisch ziek zijn

door A. Escher, M. Romme, M. Breuls en G. Driessen

Samenvatting

Tussen mei 1981 en juni 1985 maakten wij vanuit de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Limburg een sociaal-demografische inventarisatie bij 541 patiënten die in die periode bij de SPD van de RIAGG te Maastricht in behandeling waren. Wij keken daarbij of er patiëntengroepen te onderscheiden zijn die door een kwetsbare maatschappelijke positie een groter risico lopen om chronische patiënt te worden of te blijven. De inventarisatie geeft aanwijzingen dat de volgende risicogroepen te onderscheiden zijn:

- werkloze mannen (90%);
- ongehuwde mannen tussen de 20 en 30 jaar, die in een leeftijdsfase zitten waarin ze maatschappelijke identiteit in beroep en huwelijk moeten realiseren;
- gescheiden vrouwen (25%), die in een sociaal geïsoleerde positie verkeren en geringe financiële mogelijkheden hebben;
- vrouwen die alleen lagere-schoolopleiding volgden (50%);
- gehuwde vrouwen tussen de 50 en 60 jaar, waarbij het uit huis gaan van de kinderen rolverlies tot gevolg heeft.

Inleiding

Hoe met de chronisch psychiatrische patiënt moet worden omgegaan is al lang een onderwerp van felle discussie. De Cliëntenbond heeft zijn opvattingen geformuleerd op congressen en in geschriften (Van der Wilk 1983); psychiaters en gedragswetenschappers hebben hun mening hierover gegeven in de dag- en weekbladders (Van der Poel 1985). In dit tijdschrift heeft een wetenschappelijke discussie over dit onderwerp gestaan (Giel 1985; Romme 1985). Zowel het onderzoek als de discussie over de chronisch psychiatrische patiënt speelde zich vooral af rondom de vraag of deze patiënt beter in het psychiatrisch ziekenhuis of in een alternatieve voorziening behandeld kan worden, zoals de beschermende woonvorm, de dagvoorzieningen of in de thuiszorg (Mosher, Menn 1978; Herz e.a. 1971; Marx e.a. 1973; Test e.a. 1978; Braun e.a. 1981; Wiersma 1984).

Voor hulpverleners die met ambulant chronisch psychiatrische pa-

tiënten omgaan is het niet zinnig in de discussie over 'een verblijfsplaats' te blijven hangen. Het is interessanter kennis te vergaren over de kenmerken, behandelings- en verzorgingsbehoeften van de ambulante patiënten en hun subgroepen. Onderzoek in deze richting kan een antwoord geven op de vraag hoe het beste met deze patiënten kan worden omgegaan.

Over diverse aspecten van de ambulant chronisch psychiatrische patiënt hebben wij vanuit de capaciteitsgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg in samenwerking met hulpverleners van de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) Maastricht van 1981 tot 1985 een exploratief onderzoek gedaan. In dit onderzoek is onder andere gekeken naar omvang van het sociale netwerk, aard en frequentie van lichamelijke afwijkingen, diagnose volgens DSM-III criteria en zijn sociale, demografische en hulpverlenersgegevens systematisch geïnventariseerd. Er is gekeken of er patiëntengroepen te onderscheiden waren die op grond van hun maatschappelijke positie een groter risico liepen om chronisch psychiatrische patiënt te worden en te blijven. In dit artikel wordt na een afbakening van kenmerken van de chronisch psychiatrische patiënten, die in de literatuur worden genoemd, ingegaan op één van de facetten van ons onderzoek: de inventarisatie van de sociaal demografische patiëntgegevens.

Setting

In Maastricht is de geestelijke gezondheidszorg sinds 1976 georganiseerd volgens het RIAGG-model. In deze constructie werken vier centrale teams en vier rayonteams. De rayonteams zijn multi-disciplinair samengesteld en zij hebben als curatieve taak kortdurende behandelingen te verzorgen. Indien geïndiceerd verwijzen zij patiënten naar een van de centrale teams: de afdeling psychotherapie, jeugdzorg, het sociaal psychogeriatrisch team of het team langdurig structurerende begeleiding (LSB). Dit laatste team houdt zich bezig met de patiëntengroep die voor een belangrijk deel bestaat uit mensen met een langdurende patiëntencarrière: de ambulant chronisch psychiatrische patiënt. Het geheel van functies van het LSB-team komt overeen met de functies van teams die bij andere stichtingen SPD-team genoemd worden. Voor het gemak van de lezer zal in dit artikel het LSB-team SPD genoemd worden.

Doelgroep

Het is erg moeilijk een exacte definitie van de ambulant chronisch psychiatrische patiënt te geven. De diagnose geeft onvoldoende typing van chroniciteit en de lengte van de behandeling geeft geen inzicht over de aard van de problematiek. In de literatuur (Gruenberg 1967, 1974; Paul 1969; Lamb 1976; Test en Stein 1978; Romme e.a.

1981) zijn wel meerdere kwalitatieve kenmerken te vinden. Deels laten deze kenmerken geen verschil zien tussen mensen die in een acute crisis met psychiatrische symptomatologie voor een opname in aanmerking komen en mensen met een langdurende patiëntencarrière. In de literatuur worden kenmerken genoemd als een ernstig gestoord probleem oplossend vermogen, extreme afhankelijkheid van de omgeving, een subjectieve ervaringswereld die tot isolatie kan leiden en gedrag dat door de omgeving als bedreigend wordt ervaren. Voor een juistere definiëring van de ambulante chronisch psychiatrische patiënt moet er eveneens sprake zijn van 'chroniciteit', van tijdsduur of onveranderlijkheid. Gruenberg (1967, 1974) komt met zijn beschrijving van het Social Breakdown Syndrome (SBS) aan deze eis tegemoet. Als kenmerken voor chroniciteit noemt hij:

- sterke identificatie met de rol van hulpbehoevende. Dit komt onder andere tot uitdrukking in het feit dat deze mensen in het voorzien van hun dagelijkse behoeften afhankelijk van anderen zijn;
- relatief geringe stress leidt tot verhoudingsgewijs ernstige psychopathologische verschijnselen;
- stereotype interactiepatronen met de omgeving, waarin deze vaak een ambivalente houding heeft van verzorgend en tegelijkertijd afwijzend;
- een verarmd 'marginaal' functioneren op het gebied van wonen, werken, recreatie en intieme relaties.

In ons onderzoek hebben wij ons gericht op de patiënten in behandeling bij de SPD van de RIAGG te Maastricht. Daar geldt als selectie criterium voor het in behandeling nemen de aanwezigheid van een psychiatrische ziekte en het reeds daarvoor elders in behandeling zijn geweest. Deze selectiecriteria hebben tot resultaat dat de populatie van de SPD van de RIAGG te Maastricht te rekenen valt tot patiënten met een langdurige psychiatrische carrière. De gemiddelde duur van de carrière bleek bij berekeningen ruim 9 jaar te zijn.

De ontwikkeling van de vraagstelling

Bij het lezen van de literatuur valt op dat de kwalitatieve kenmerken vaak zodanig geformuleerd zijn dat ze de suggestie wekken alsof het om individuele gebreken van de patiënt gaat of om gebreken in het sociaal functioneren die een gevolg zijn van de ziekte. Volgens Kuypers en Bengston (1973) gaat het bij de verschijnselen van het SBS-syndroom ook om een sociale labeling. Zij stellen dat:

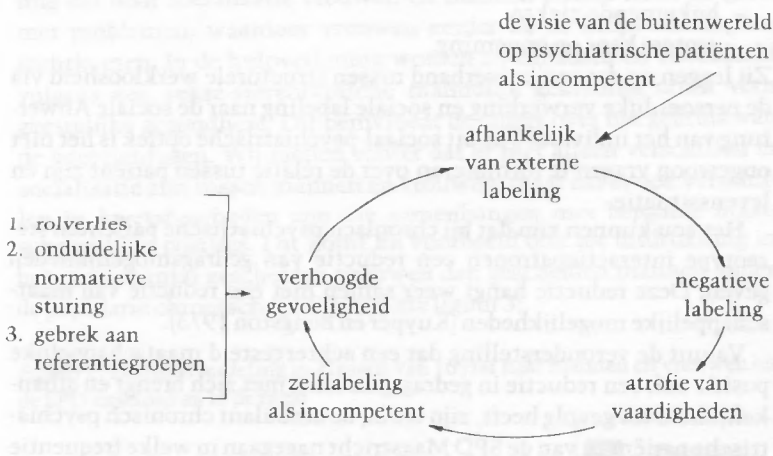
- het zelfgevoel in het individu,
- zijn mogelijkheden te bemiddelen tussen zichzelf en de omgeving en
- het besef van zijn persoonlijke mogelijkheden en overwicht (personal mastery),

alle drie functies zijn van de wijze waarop het individu door de sociale

omgeving wordt gelabeld. Deze sociale labeling komt op gang wanneer er sprake is van de drie samengaannde fenomenen, te weten rolverlies, onduidelijke normatieve sturing en gebrek aan referentiegroepen. Deze fenomenen komen niet alleen voor als gevolg van ziekte, maar veel vaker nog als gevolg van levenssituatieverandering en kunnen ook aanleiding worden tot ziekte.

Kuypers en Bengston brengen dit proces als volgt in beeld (zie figuur 1).

Figuur 1: Een vicieuze cirkel met negatieve input



Zij laten in deze figuur zien dat rolverlies, onduidelijke normatieve sturing en gebrek aan referentiegroepen op twee punten een negatieve input vormen in de vicieuze cirkel, namelijk via de negatieve sociale labeling en via de verhoogde gevoeligheid voor labeling. Het zou dus ook bij de chronisch psychiatrische patiënten kunnen zijn dat rolverlies, onduidelijke normatieve sturing en gebrek aan referentiegroepen vanwege maatschappelijke veranderingen (zoals werkloosheid, scheiding etc.) invloed heeft op het chronisch worden en dat daarvoor zeker niet alleen de ziekte aansprakelijk gesteld kan worden.

Dit uitgangspunt was voor ons reden geïnteresseerd te zijn in kwetsbare maatschappelijke posities of andere risico's voor sociale labeling, die bij de chronische-patiëntenpopulatie zouden voorkomen. Het zou kunnen zijn dat de maatschappelijke positie van patiënten aanleiding is tot achterstelling, hulpbehoevendheid, afhankelijkheid van anderen en dat hiermee een grotere gevoeligheid voor stress gepaard gaat en leidt tot een reductie van gedragsmogelijkheden wat weer invloed kan hebben op het ontstaan van stereotype-interactiepatronen. Deze reductie hangt weer samen met een reductie van maatschappelijke mogelijkheden (Kuyper en Bengston 1973).

Ook Bastiaan en Kaiser (1982) leggen een relatie tussen labeling van

de omgeving en geestelijke gezondheid. Deze auteurs beschrijven de gevolgen van werkloosheid vanuit het verschil tussen werknemer en werkgever. Hierbij komt eenzelfde patroon van consequenties naar voren voor de werknemers, zoals:

- armoe met verlies aan zelfwaardering, verlies aan contacten, met als gevolg personalisering van het structurele probleem via schuldgevoel en voorts verwijdering van de maatschappelijke relaties via extra binding en afhankelijkheid binnen de familie met daaruit weer als gevolg:
- terugval in ziekte,
- bijkomende ziekte,
- grotere kans op opneming.

Zij leggen op deze wijze verband tussen structurele werkloosheid via de persoonlijke verwerking en sociale labeling naar de sociale Abwertung van het individu. Vanuit sociaal-psychiatrische optiek is het niet ongewoon vragen te formuleren over de relatie tussen patiënt zijn en levenssituatie.

Het zou kunnen zijn dat bij chronisch psychiatrische patiënten stereotype interactiepatronen een reductie van gedragsmogelijkheden geven. Deze reductie hangt weer samen met een reductie van maatschappelijke mogelijkheden (Kuyper en Bengston 1973).

Vanuit de veronderstelling dat een achtergesteld maatschappelijke positie ook een reductie in gedragspatronen met zich brengt en afhankelijkheid tot gevolg heeft, zijn we bij de ambulante chronisch psychiatrische patiënten van de SPD Maastricht nagegaan in welke frequentie deze patiënten in maatschappelijk kwetsbare posities leven.

Inventarisatie

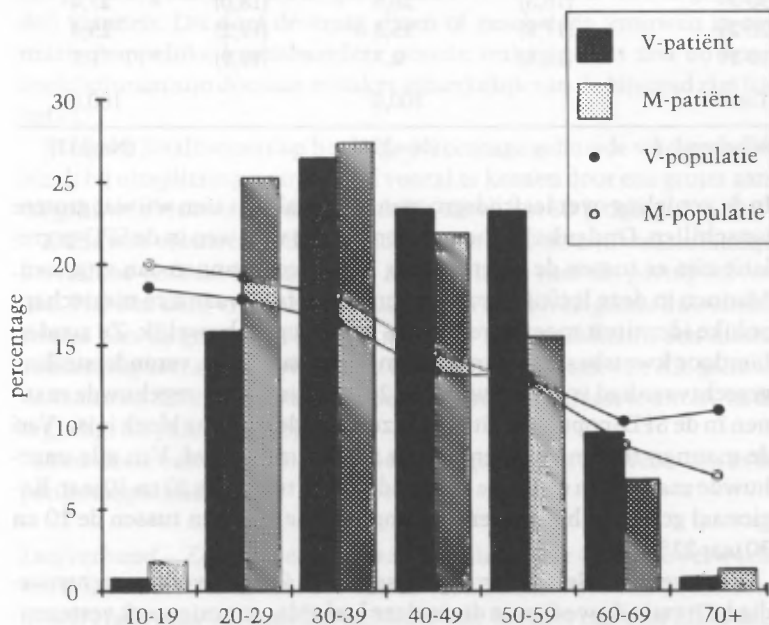
Van alle 541 patiënten die van mei 1981 tot juni 1985 bij de SPD-caseload hoorden, zijn de volgende gegevens geregistreerd:

- geslacht;
- leeftijd bij het eerste contact;
- burgerlijke staat;
- leefverband;
- behuizing;
- werksituatie;
- inkomstenbron;
- opleiding;
- hulpverleningsgeschiedenis.

Geslacht – De regionale verdeling van mannen en vrouwen is respectievelijk 51% mannen en 49% vrouwen. De verdeling mannen en vrouwen bij de SPD komt overeen met de gegevens van 43 Nederlandse SPD's over 1977 en 1980 (Bauduin 1980). Die verdeling is: vrouwen 55% (N = 10.255) en mannen 45% (N = 8.306). Bij deze 43 SPD's was

de leeftijdsverdeling van de populatie anders dan bij de Maastrichtse SPD-populatie. Er waren vooral meer oudere, ongehuwde vrouwen, hetgeen overeenkomt met de opbouw van de hedendaagse bevolking. Bij correctie naar leeftijd en burgerlijke staat blijft bij het door Bauduin gebruikte cijfermateriaal een verschil tussen mannen en vrouwen bestaan (ongeveer 6%). Bij de SPD-caseload is dit verschil 10%. Wij zijn het met Bauduin eens dat uit deze kwantitatieve gegevens slechts verschillen in hulpvraaggedrag tussen mannen en vrouwen te zien zijn. Over verschillen in psychische gezondheid valt niets te zeggen. Aan de hand van diverse onderzoeken verdedigt Bauduin de plausibele stelling dat door socialisatie vrouwen en mannen anders leren omgaan met problemen, waardoor vrouwen eerder bij de hulpverlening terecht komen. In de hulpverlening worden zij benaderd en beoordeeld volgens een sekse-stereotypische mannelijk gekleurde norm voor geestelijke gezondheid. Dit beïnvloedt de cijfers over het gebruik van de voorzieningen. Wij menen echter dat er niet alleen verschillen in socialisatie zijn tussen mannen en vrouwen, maar dat er ook verschillen in kwetsbaarheden zijn die samenhangen met bepaalde maatschappelijke posities. Dit komt bij voorbeeld ook tot uitdrukking in het groter aantal gescheiden vrouwen dan gescheiden mannen onder de populatie chronische patiënten (zie figuur 3).

Figuur 2: Leeftijdsverdeling in klassen van 10 jaar naar mannen en vrouwen bij de SPD-caseload en in de regio



De gemiddelde leeftijd voor de vrouwen is 43,95 en voor de mannen 40,81. Van de SPD-cliëntèle te zamen is de gemiddelde leeftijd 42,56. De standaarddeviatie is 12,77; de mediaan ligt bij 41,37. We zien in figuur 2 dat de leeftijdsklasse 30- tot 40-jarigen het hoogste percentage cliënten te zien geeft. Opvallend is het geringe aantal mensen onder de 20 en boven de 65 jaar. Het lagere percentage cliënten onder de 20 is mogelijk specifiek voor deze RIAGG. Gegevens uit het Groningse Psychiatische Case Register tonen althans een verschil met de RIAGG in deze regio (Brook, Hamers 1985; Hamers, Brook 1986). De afwezigheid van een grote groep mensen boven de 65 wordt verklaard door een aparte sociaal-geriatrie dienst in Maastricht. De leeftijdsverdeling geeft geen aanwijzingen voor kwetsbaarheden samenhangend met de leeftijd, maar laat alleen zien dat de SPD zich vooral richt op 20- tot 60-jarigen. Iets anders ligt dit voor een combinatie van leeftijd en geslacht (tabel 1).

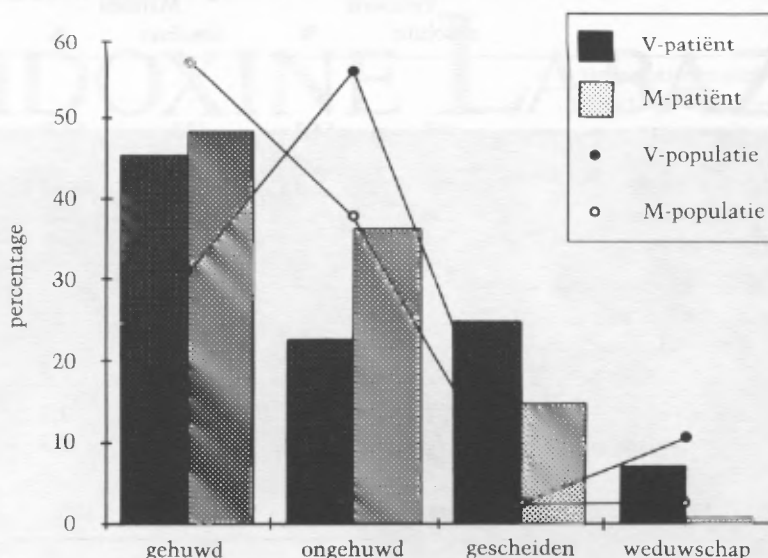
Tabel 1: Cliënten LSB tot juni 1984 in percentages naar geslacht en leeftijd

Leeftijd	Vrouwen		Mannen	
	regio	patiënt	regio	patiënt
70+	(11,0)	0,7	(6,9)	1,3
60-69	(10,2)	9,7	(8,9)	6,8
50-59	(12,9)	23,2	(12,6)	15,6
40-49	(13,3)	23,4	(14,5)	21,9
30-39	(16,3)	26,5	(18,0)	27,4
20-29	(17,8)	15,8	(19,2)	25,3
10-19	(18,5)	0,7	(19,9)	1,7
Totaal		100,0		100,0
onbekend: 6		(N=298)		(N=237)

In de verdeling over leeftijdsgroepen naar geslacht zien wij wat grotere verschillen. Ondanks het hogere percentage vrouwen in de SPD-populatie zijn er tussen de 20 en 30 jaar 10% meer mannen dan vrouwen. Mannen in deze leeftijdsgroep zitten in een fase waarin ze maatschappelijke identiteit moeten realiseren in beroep en huwelijk. Ze zouden hierdoor kwetsbaarder kunnen zijn. Vandaar dat de veronderstelling gerechtvaardigd is dat er tussen de 20 en 30 jaar veel ongehuwde mannen in de SPD-populatie zitten. Deze veronderstelling bleek juist. Van de mannen tussen de 20 en 30 jaar is 75% ongehuwd. Van alle ongehuwde mannen in de totale caseload is 50% tussen de 20 en 30 jaar. Regionaal gezien is het percentage ongehuwde mannen tussen de 20 en 30 jaar 22%.

Vrouwen in de leeftijdsgroep tussen 50 en 60 zijn oververtegenwoordigd. Dit zijn de weduwen die in deze leeftijdscategorie sterk vertegenwoordigd zijn onder de patiëntenpopulatie, namelijk 43% en in de regio 29%.

Figuur 3: Burgerlijke staat bij mannen en vrouwen bij zowel de SPD-patiëntenpopulatie als in de regio



Burgerlijke staat – Figuur 3 laat zien dat het percentage gescheiden mensen bij de SPD-patiënten fors hoger is dan in de regio bevolking. Dit geldt nog sterker voor de gescheiden vrouwen dan voor de gescheiden mannen. Dit doet de vraag rijzen of gescheiden vrouwen in een maatschappelijke kwetsbaardere positie verkeren. Dit zou bij voorbeeld kunnen zijn doordat ze vaker afhankelijk van de bijstand zijn (tabel 7).

In figuur 3 valt voorts op het hoge percentage gehuwde vrouwen. Dit bleek bij uitsplitsing naar leeftijd vooral te komen door een groter aantal gehuwde vrouwen in de leeftijdsklasse 40- tot 50-jarigen.

Gehuwde vrouwen in de leeftijdscategorie 40-50 zijn waarschijnlijk kwetsbaar doordat kinderen het huis verlaten met als gevolg rolverlies. Hebben deze vrouwen bovendien een onbevredigende huwelijksrelatie dan is, gezien de leeftijd, het niet zo gemakkelijk een nieuw zelfstandig bestaan op te bouwen. In de caseload bleek van alle gehuwde vrouwen 32% in de leeftijdsgroep tussen 40 en 50 jaar te zitten. In de regio ligt dit percentage op 22%.

Ten slotte valt nog op het lage percentage ongehuwde vrouwen in de patiëntpopulatie.

Leefverband – Zoals bij een sociaal psychiatrische dienst te verwachten is laat tabel 2 zien dat 93% van de vrouwen en 90% van de mannen in een eigen maatschappelijk milieu leven. Slechts een zeer klein deel woont in een of andere beschermende woonvorm. Dit geringe percentage is het gevolg van werkafspraken binnen de regio. Hoewel de bege-

Tabel 2: Leefverband naar geslacht

	Vrouwen		Mannen	
	absoluut	%	absoluut	%
<i>Vrije maatschappij:</i>				
- samen met partner, eigen gezin	163	54,3	123	52,3
- alleenstaand, éénoudergezin	19	6,3	1	0,4
- alleenwonend	76	25,3	44	18,7
- bij ouders, familie	22	7,3	45	19,1
<i>Beschermende woonvorm:</i>				
- pensioentehuis, kloosterlingen, andere voorzieningen	12	4,1	12	7,3
- Zwervend	2	0,7	4	1,7
- Woonsituatie aan het veranderen	6	2,0	1	0,5
Totaal	300	100	230	100

leiding van cliënten die in beschermende woonvormen verblijven wel geschiedt door twee medewerkers van de sociaal psychiatrische dienst, staan de meeste cliënten echter niet ingeschreven in de SPD-caseload.

Tabel 2 laat bovendien nog zien dat:

- er meer vrouwen dan mannen als alleenstaande in een éénoudergezin leven. In deze situatie hebben vrouwen het vaak moeilijk door hun nogal sociaal geïsoleerde positie en hun geringe financiële mogelijkheden;
- er meer vrouwen alleenstaand zijn;
- er meer mannen dan vrouwen zijn die bij hun ouders of familie wonen.

Gezien de verschillen tussen mannen en vrouwen geeft tabel 2 aanleiding tot uitsplitsing naar burgerlijke staat.

De helft van de ongehuwde vrouwen (51%) woont alleen. Dit percentage is bij de ongehuwde mannen veel lager (27%). Bijna de helft van de ongehuwde mannen woont bij ouders of familie (45%); bij de ongehuwde vrouwen is dit 25%. Dit betekent ons inziens dat vrouwen beter in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Gezien de verschillen in opvoeding en rolpatronen bij mannen en vrouwen is dit niet zo vreemd. Omdat ze minder goed in staat zijn voor zichzelf te zorgen zouden ongehuwde mannen ook kwetsbaarder kunnen zijn.

Tabel 3 en 4 laten zien dat het leefverband van gescheiden mannen en vrouwen verschillend is. Meer gescheiden vrouwen (20%) dan gescheiden mannen leven als alleenstaande in een éénoudergezin; meer gescheiden mannen (42%) dan gescheiden vrouwen (35%) wonen al-

Tabel 3: Leefeenheid mannen naar burgerlijke staat (in percentages)

	Ongehuwd	Gehuwd	Gescheiden	Weduwschap
– samen met partner, eigen gezin	9,3	92,0	31,4	0
– alleenstaand, éénooudergezin	0	0	2,9	0
– alleenwonend	27,9	3,5	42,9	100
– bij ouders, familie	45,3	3,5	5,7	0
– pensiontehuis, klooster, andere voorzieningen	5,8	0	0	0
– APZ Vijverdal, PAAZ	9,3	0,9	8,6	0
– zwervend	1,2	0	8,6	0
– woonsituatie aan het veranderen	1,2	0	0	0

onbekend: 3

Tabel 4: Leefeenheid vrouwen naar burgerlijke staat (in percentages)

	Ongehuwd	Gehuwd	Gescheiden	Weduwschap
– samen met partner, eigen gezin	8,8	97,8	24,3	23,0
– alleenstaand, éénooudergezin	4,4	0	20,3	4,0
– alleenwonend	51,5	0	35,1	71,4
– bij ouders, familie	25,0	0,7	5,4	0
– pensiontehuis, klooster, andere voorzieningen	3,0	0,7	4,1	0
– APZ Vijverdal, PAAZ	5,9	0	2,7	0
– zwervend	0	0	2,7	0
– woonsituatie aan het veranderen	1,5	0,7	5,4	0

onbekend: 3

leen. Gescheiden vrouwen zouden kwetsbaarder kunnen zijn doordat ze vaker de zorg voor kinderen hebben en dit alleen moeten doen of afhankelijk zijn van een nieuwe partner.

Zelfstandige behuizing – Uit tabel 5 constateren we dat 80% van de vrouwen en 63% van de mannen over een eigen woning beschikt. Mannen beschikken dus minder vaak over een zelfstandige behuizing dan vrouwen. Hier lijkt de vrouw in het voordeel.

Toch zou het verschil tussen mannen en vrouwen wel iets anders kunnen liggen. Onder de vrouwen die over een eigen woning beschik-

Tabel 5: Geslacht naar zelfstandige behuizing

	Vrouwen		Mannen	
	absoluut	%	absoluut	%
Kamerhuur	12	4,1	17	7,3
Hoofdhuur/eigendom	239	81,6	147	63,4
Geen zelfstandige behuizing	42	14,3	68	29,3
Totaal	293	100	232	100

onbekend: 16

ken zijn ook de gehuwden meegerekend. Voor hen is het de vraag of zij daarmee niet juist erg afhankelijk zijn van de man. Ook voor de gescheiden vrouw kan samenwonen met een man allerlei bedreigingen of consequenties hebben. Het verlies van een uitkering is een voorbeeld hiervan. Voor de man kan een eigen woning met vrouw een bescherming betekenen, zonder vrouw een bedreiging.

Onder kamerhuurders en mensen zonder zelfstandige behuizing komen meer mannen dan vrouwen voor. Dit komt overeen met wat eerder opgemerkt werd over de kwetsbaarheid van mannen ten aanzien van hun zelfstandigheid in de zelfverzorging.

Tabel 6: Geslacht naar werksituatie

	Vrouwen		Mannen	
	absoluut	%	absoluut	%
- normaal arbeidsproces, ziektewet	18	6	43	18,1
- huishouding	180	60,2	5	2,1
- studie, school	9	3	7	2,9
- gedeeltelijk normaal	0		4	1,7
- arbeidsproces/parttime, huishouding/parttime	8	2,7	1	0,4
- voorziening dagactivering	0		2	0,8
- voorziening WSW/MTB	9	3	14	5,9
- geen werk	75	25,1	162	68,1
Totaal	299	100	238	100

onbekend: 4

Werksituatie – Tabel 6 laat zien dat bijna 70% van de mannen geen werk heeft. Dit is een ruim driemaal zo hoog percentage als in de plaatselijke populatie voorkomt (20%). Belangrijk is dan ook de vraag welke rol arbeidsloosheid speelt in de ziektegeschiedenis.

Zoals de inleiding van dit artikel al stelt verhoogt werkeloosheid de kwetsbaarheid van mensen door rolverlies, gebrek aan referentiegroepen en onduidelijke normatieve sturing zoals Kuypers en Bengston

(1973) en ook Bastiaan en Kaiser (1982) beschreven. Volgens tabel 6 doet 60% van de vrouwen de huishouding. Vrouwen lijken dus niet zo zeer kwetsbaar door werkeloosheid, maar door de financiële afhankelijkheid van hun echtgenoot.

In deze tabel valt het lage percentage patiënten dat de WSW-voorziening gebruikt op, terwijl hier juist een aanzienlijk percentage te verwachten zou zijn. Van de WSW-voorziening wordt zo weinig gebruik gemaakt als gevolg van de veranderde wetgeving in het begin van de jaren zeventig (v. Londen 1969; Romme 1969).

Doordat het voor de chronisch psychiatrische patiënten niet gemakkelijk is van deze voorziening gebruik te maken, is het niet mogelijk op deze manier gebrek aan verloren werk te compenseren. Waarschijnlijk is de kwetsbaarheid van werkeloze mannen hierdoor verhoogd.

Tabel 7: Geslacht naar inkomstenbron

	Vrouwen		Mannen	
	absoluut	%	absoluut	%
– salaris uit normaal arbeidsproces	21	7,2	31	13,2
– geld ouders; studie	6	2,1	14	1,8
– gepensioneerd, AOW	15	5,1	13	5,5
– verwikkeld in WAO-procedure; arbeidsongeschiktheid AAW/WAO werkloosheidswet WW,	71	24,3	109	46,3
– overige uitkeringen, o.a. RWW/WWV, ziekwet	18	6,2	50	21,2
– algemene bijstandswet	43	14,7	7	3,0
– weduwen en wezenwet	11	3,8	0	
– salaris echtgenoot/echtgenote/alimentatie	51	17,5	2	0,9
– uitkering echtgenoot/echtgenote	37	12,6	0	–
– niet van toepassing	19	6,5	19	8,1
Totaal	292	100	235	100

onbekend: 14

Inkomstenbron – Tabel 7 toont ons inziens de volgende opvallende verschijnselen:

- slechts weinig SPD-cliënten ontvangen een normaal salaris (10%). Het percentage patiënten met een uitkering uit de sociale zekerheidswetgeving ligt dan ook erg hoog: 180 = 34% WAO of AAW; 50 = 9,5% ABW en 68 = 12,9% uit WW e.d. Dit laat zien dat 56,5% van de groep niet in staat geacht wordt te werken;
- 70% van de mannen heeft geen werk (WAO, AAW, WW, RWW, Ziektewet, ABW);
- veel meer mannen dan vrouwen krijgen een WAO-uitkering;
- veel meer vrouwen komen in de Algemene Bijstandswet;
- meer mannen dan vrouwen hebben betaald werk;
- een ander verschil tussen mannen en vrouwen zien we wat betreft de financiële afhankelijkheid van de partner. Leven van een salaris dat de echtgeno(o)t(e) verdient of de uitkering die deze krijgt, komt vrijwel alleen bij vrouwen voor.

Deze resultaten bevestigen wat reeds eerder werd gesteld ten aanzien van het rolverlies van werkloze mannen; de afhankelijkheidspositie van vrouwen of van het inkomen van hun echtgenoot dan wel van de bijstandswet.

Tabel 8: Opleiding en geslacht

	Vrouwen		Mannen	
	absoluut	%	absoluut	%
– lagere school	105	36,1	62	26,6
– lagere school met doublures	20	6,9	17	7,3
– buitengewoon onderwijs, b.v. BLO of ITO	18	6,2	7	3,0
– voortgezet lager onderwijs, LHNO, MAVO	77	26,5	79	33,8
– middelbaar onderwijs, HAVO/VWO	43	14,8	36	15,5
– middelbare beroepsop- pleiding MEAO, MTS, MBO	11	3,7	13	5,6
– hoger onderwijs, HBO, universiteit	17	5,8	19	8,2
Totaal	291	100	233	100

onbekend: 7

Opleiding – In tabel 8 constateren we dat bijna 50% van de vrouwen niet meer dan lager onderwijs heeft gevolgd. Bij de mannen is dit onge-

veer eenderde van de populatie (39%). Bijna de helft van de mannen volgde enige vorm van vervolgonderwijs; de vrouwen minder vaak (41%). Ook bij het hoger onderwijs is het aandeel van de mannen groter. Uit deze gegevens rijst de vraag of er sprake is van meer maatschappelijke achterstelling bij de vrouwen en of deze achterstelling hun patiëntencarrière negatief beïnvloedt. Bij voorbeeld doordat zij bij lager opleidingsniveau kwetsbaarder zijn dan mannen en hun afhankelijkheid van de man groter is en daarmee evenredig hun onvrede. Wat de man betreft zou deze kwetsbaarder zijn bij hogere opleiding bij voorbeeld vanwege hogere eisen die aan hem gesteld worden en de mogelijke discrepantie tussen wat hij aankan en wat van hem geëist wordt (Peter's principle).

Discussie

De verschillen tussen mannen en vrouwen roepen vragen op voor verder onderzoek. Zou bij voorbeeld de maatschappelijke achterstelling van chronisch psychiatrische patiënten hun patiëntencarrière negatief beïnvloeden? Een vierde van de vrouwelijke patiënten van het SPD-team is gescheiden. Zou het niet kunnen zijn dat gescheiden vrouwen een extra handicap hebben doordat ze afhankelijk zijn van de ABW. Aan de andere kant zou de financiële afhankelijkheid van gehuwde en/of samenwonende vrouwen eveneens een negatieve invloed kunnen hebben op de oplosbaarheid van hun problemen. Zouden mannen door rolverlies als gevolg van werkloosheid en hiermee samengaan hun afhankelijkheid van sociale uitkeringen kwetsbaarder gemaakt worden? In de literatuur (o.a. Ciompi 1979; Strauss en Carpenter 1977; Wiersma e.a. 1983) is beschreven dat bij schizofrene mannen het niveau van sociale vaardigheden, waaronder ook de rolvervulling in het werk, invloed heeft op het ziekteverloop. Wetenschappelijk onderzoek bij de ambulant chronisch psychiatrische patiënten zou moeten gaan over het aandeel dat ziekte en daaruit volgend dysfunctioneren heeft op het werk en of maatschappelijke achterstelling een verklaring kan geven voor de lengte van de patiëntencarrière.

Conclusie

De inventarisatie bij 541 SPD-patiënten geeft duidelijke aanwijzingen dat er onder de ambulant chronisch psychiatrische patiënten risicogroepen te onderscheiden zijn. Voorbeelden hiervan zijn de gescheiden vrouwen en de werkloze mannen. De inventarisatie levert echter nog te veel veronderstellingen op. Er zal nader onderzoek gedaan moeten worden naar 'kwetsbare maatschappelijke posities' van deze patiëntengroep. Met behulp van het Mental Health Case Register zijn we hier inmiddels aan begonnen en we hopen er in dit tijdschrift te zijner tijd over te kunnen rapporteren.

Literatuur

- Bastiaan, P., en E. Kaiser (1982), Arbeitslosigkeit und psychische Erkrankung. *Soziale psychiatrische Informationen*, 81.
- Bauduin, D. (1980), Vrouwen in tel. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 67, 464-491.
- Brook, F.G., en H.J.F.R. Hamers (1985), GGZorg gepeild. Een vergelijkend onderzoek met behulp van twee registers voor de geestelijke volksgezondheid. *T.v.Psychiatrie*, 27, 115-128.
- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro, S. Greenberg, J.E. Gudeman, S. Johnson en M.F. Shore (1981), Overview: Deinstitutionalization of psychiatric patients. A critical review of outcome studies. *Am. J. Psychiatry*, 138, 736-749.
- Ciompi, H., P. Dauwalder en H.P. Aqué (1979), Ein Forschungsprogramm zur Rehabilitation psychisch Kranker III. *Der Nervenarzt*, 50, 366-378.
- Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. *T.v.Psychiatrie*, 26, 244-262.
- Gruenberg, E.M. (1967), The social breakdown syndrome - some origins. *Am. Handbook of Psychiatry*, 123, 12, 1483-1489.
- Gruenberg, E.M. (1974), The social breakdown and its prevention. *Am. Handbook of psychiatry*, deel 11, hst. 47, 697-711.
- Hamers, H.J.F.R., en F.G. Brook (1986), De GGZ in het noorden en zuiden des lands in 1981. *T.v.Psychiatrie*, 28, 254-266.
- Herz, M.J., J. Endicott en R.L. Spitzer (1971), Day versus inpatient hospitalization: a controlled study. *Am. J. Psychiatry*, 127, 1371-1382.
- Kuypers, J.A., en V.L. Bengston (1973), Social Breakdown and Competence. *Human Development*, 16, 181-201.
- Lamb, H.R. (1976), *Community survival for long-term patients*. Jossey Bass Publ., San Francisco.
- Londen, J. van (1969), Beperkt de WSW de opvangmogelijkheden voor geestelijk gehandicapten. *Tijdschrift voor Soc. Geneeskunde* 47, 97-102.
- Marx, A.J., M.A. Test en L.L. Stein (1973), Extro hospital management of severe mental illness. *Arch. Gen. Psychiatry*, 29, 505-511.
- Mosher, L.K., en A.Z. Menn (1978), Community residential treatment for schizophrenia: a two-year follow-up. *Hospital & Community Psychiatry*, 29, 715-723.
- Paul, G.L. (1969), Chronic mental patient: current status-future directions. *Psychological bulletin*, 71, 2, 81-94.
- Poel, E. van der, M.A.J. Romme, K. Trimbos en H. van der Wilk (1985), *Het psychiatrisch ziekenhuis in discussie*. Initiatiegroep Moratorium Bouw Psychiatrische Ziekenhuizen, Amsterdam.
- Romme, M.A.J. (1969), Sociale wetgeving remt revalidatie van de psychiatrische patiënt in de maatschappij. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 24, 87-92.
- Romme, M.A.J., H. Kraan en R. Rotteveel (1981), *Wat is sociale psychiatrie*. Stafleu, Alphen aan den Rijn.
- Romme, M.A.J. (1985), Bedenkingen bij de regionale geestelijke gezondheidszorg in Nederland. *T.v. Psychiatrie*, 7, 439-446.
- Romme, M.A.J., A. Escher, D. Radstake en M. Breuls, Een indeling in groepen van patiënten met een langdurige patiëntencarrière, *T.v.Psychiatrie*, 29, 197.

- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1977), The prediction of outcome in schizophrenia III. *Arch. Gen. Psychiatry*, 34, 159-163.
- Test, M.A., en L.L. Stein 1978, Community treatment of the chronic patient; a research overview. *Schizophrenia Bulletin* 4, 3, 350-364.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en, C.J. Slooff (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychose II. *T.v. Sociale Gezondheidszorg* 61, nr. 5, 168-174.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en, C.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *T.v. Psychiatrie* 26, 402-419.
- Wilk, H. v.d. (1982), *Het netwerk van de geestelijke gezondheidszorg*. Pandora, Amsterdam.
- Wilk, H. v.d. (1983), Patiënten, consumenten en de WVG. *Medisch Contact* 32, 999-1000.

Schrijvers zijn respectievelijk als journaliste, als hoogleraar, als psychologe en als psycholoog verbonden aan de capaciteitsgroep sociale psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg.

"Schakenbosch" is een psychiatrisch centrum in Leidschendam.

SCHAKENBOSCH

Er bestaat thans een vacature voor 36 uren per week voor een
psychiater m/v

Schakenbosch beschikt over 481 klinische behandelplaatsen en 12 plaatsen voor deeltijdbehandeling.

Op drie plaatsen in de regio worden poliklinische spreekuren gehouden.

De plannen voor fusie met het nabij gelegen psychiatrisch centrum de Ursula Kliniek verkeren in een vergevorderd stadium.

De taken van de aan te stellen functionaris liggen voornamelijk op een afdeling voor acute psychiatrie/opname, terwijl ook poliklinisch werk tot de mogelijkheden behoort.

De salariering geschiedt op basis van het functiewaarderingssysteem voor de gezondheidszorg tot een maximum van f 9.209, — bruto per maand.

Nadere informatie over de functie wordt gaarne verstrekt door de algemeen directeur drs. W.J. Binnema, telefoon 070 - 20 92 52.

Schriftelijke sollicitaties te richten aan de heer W.J. de Haan, hoofd personeelszaken.

Schakenbosch psychiatrisch centrum Leidschendam

Veursestraatweg 185 2264 EG Leidschendam Tel. 070-209252



Schakenbosch maakt deel uit van "de open Ankh", stichting dienstverlening geestelijke gezondheidszorg en heeft een christelijke signatuur.