

## Beschermende woonvormen

Een onderzoek naar de invulling van een vraagstuk

*door T.F. van Wel en A.C. van den Hout*

### Samenvatting

Tot nu toe zijn visies over de invulling van het beschermd-wonenvraagstuk op een nauwelijks geordende manier naar buiten gebracht. In dit onderzoek worden meningen hierover echter op een systematische wijze geïnventariseerd. De BW'en blijken een opvang-, resocialisatie- en verblijfsfunctie te moeten hebben; elke BW-eenheid legt het accent op één van deze drie functies. Wanneer dit in verband gebracht wordt met de gewenste verschillen in groeps grootte, kunnen twaalf varianten van BW'en worden getypeerd die in een vervolgonderzoek op hun empirische waarde moeten worden getoetst. Binnen deze marges dient de geboden begeleiding flexibel van aard te zijn. Uit de onderzoeksgegevens blijkt onder andere dat de opname van nieuwe doelgroepen vermeden kan worden door voorlopig eerste opnemingen in BW'en louter na een verblijf in een APZ te laten plaatsvinden. Budgettaire neutraliteit lijkt een nauwelijks haalbare eis.

### Inleiding

Hoe moeten de beschermende woonvormen (BW'en) gestalte gaan krijgen? Over deze vraag zijn reeds veel ideeën naar voren gebracht, echter nauwelijks op een systematische wijze. Dit komt de ontwikkeling in het denken hierover niet ten goede. In een onderzoek, uitgevoerd door de KU te Nijmegen (Van Wel 1987), heeft niet alleen een inventarisatie van ideeën plaatsgevonden, maar tevens een confrontatie. De opzet van het onderzoek kan vergeleken worden met een drietrapsraket: de sleutelfiguren zijn in drie opeenvolgende onderzoeksfasen benaderd. Allereerst zijn dat de bestuurders, vervolgens de direct betrokkenen en ten slotte opnieuw (andere) bestuurders.

De eerste onderzoeksfase richtte zich op de bestuurders: sleutelfiguren verbonden aan de Gelderse Raad voor de Volksgezondheid (GRV), het Psychiatrisch Centrum te Nijmegen (PCN), de Psychiatrische Universiteitskliniek (PUK), het Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), het Regionaal Instituut Beschermende Woonvormen (RIBW), de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU) en de Stichting Tussenvoorzieningen.<sup>1</sup>

In de tweede onderzoeksfase hebben gesprekken plaatsgehad met direct betrokkenen. Dit zijn de (potentiële) BW-bewoners, afkomstig uit het PCN, de SBWU, Stichting Groenhoven<sup>2</sup> en Stichting Tussenvoorzieningen. Tevens zijn er gesprekken geweest met hulpverleners die dagelijks met of voor deze (potentiële) BW-bewoners werken: mensen uit de Cliëntenbond, het PCN, Stichting Groenhoven, Stichting Pandora en Stichting Tussenvoorzieningen. De doelstelling van deze tweede fase was om overeenkomsten en verschillen tussen ideeën van de bestuurders en direct betrokkenen op het spoor te komen.

In de derde onderzoeksfase zijn de gegevens uit de vorige fases toegepast, samengevat en aan sleutelfiguren uit een aantal instellingen voorgelegd, te weten: het Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid (NcGv), de Psychiatrische Afdeling van het Algemene Ziekenhuis (PAAZ), het PCN, het RIBW, Stichting Groenhoven en Stichting Tussenvoorzieningen.

Bovengenoemde gesprekken zijn op een semi-gestructureerde wijze met behulp van een topiclijst gevoerd. In de topiclijsten voor de tweede en derde onderzoeksfase zijn de gegevens uit de daaraan voorafgaande fase(s) verwerkt, zodat de meningen van de verschillende sleutelfiguren, weliswaar indirect, met elkaar geconfronteerd konden worden.

De psychiatrie is voor velen vooral inrichtingspsychiatrie. Sinds de publikatie van Goffman in 1961 is de gedachte doorgedrongen dat het verblijf in een 'totaalinstituut' kwalijke gevolgen kan hebben voor de bewoners. Er komt een beweging op gang die het verblijf in zulke massale inrichtingen afwijst. In de Verenigde Staten, Engeland en Italië werden maatregelen genomen om het aantal instituutplaatsen te verminderen. Er wordt echter met gemengde gevoelens naar de gevolgen hiervan gekeken: men had er meer en ook wat anders van verwacht (Braun e.a. 1981; Gersons 1982; Haveman 1982; Nuy 1982; Stolk 1987; Van de Klippe 1982; Whitmer 1980). Cruciaal is dat er naast het verminderen van het aantal inrichtingsplaatsen ook vervangende voorzieningen komen.

In Nederland probeert men gelijktijdig met het geleidelijk terugbrengen van het aantal 'bedden' volwaardige alternatieve behandel mogelijkheden te creëren.

Vanuit het particuliere initiatief zijn er al sinds de jaren vijftig pogingen ondernomen om psychiatrische patiënten op een alternatieve wijze op te vangen. Belangrijke vorderingen in de ontwikkeling van de psychofarmaca en de ontwikkeling van het extramurale welzijnswerk maken het mede mogelijk dat er allerlei soorten van BW'en ontstaan, zoals halfway-houses, pens iontehuizen, sluisinternaten en dergelijke.

In de loop van de jaren zeventig is ook de overheid zich hiermee gaan bezighouden (IWBW 1981). Zij wil meer grip krijgen op de kwaliteit van deze instellingen en de continuïteit van de zorg. Tevens wil zij na gaan in hoeverre de aangekondigde nieuwbouwplannen, zoals vermeld bij de Aktie Huisvesting Psychiatrie, ook door BW'en kunnen

worden ingevuld. Het definitieve regeringsstandpunt daarover verschijnt in 1984. Er is sprake van een substitutie van APZ-bedden door kleinschalige voorzieningen: de BW'en zullen 2000 APZ-plaatsen gaan vervangen. Deze substitutie zal op een budgettair neutrale wijze moeten worden gerealiseerd. Allerm minst is echter duidelijk welke vorm daaraan moet worden gegeven.

### Aanleiding en vraagstelling

Aanleiding om de BW-vormgeving nader te onderzoeken en daarmee tevens de aanleiding tot genoemd exploratief onderzoek, is de situatie in de gezondheidsregio Nijmegen.

Begin 1986 heeft het bestuur van de Stichting Beschermende Woonvormen Regio Nijmegen (SBWRN) – waarvan het in 1983 opgerichte PCN deel uitmaakt – verzocht om te onderzoeken aan welke criteria toekomstige BW'en in de regio Nijmegen en Rivierenland moeten voldoen, en welke psychiatrische patiënten hiervoor in aanmerking komen. Ook het PCN zal immers te maken krijgen met een toename van chronische patiënten, terwijl bij de planning van de omvang van het PCN al rekening gehouden is met in de toekomst op te richten BW'en. De BW'en voor deze regio zullen zodoende uit een zekere dwang ontstaan.

De vraagstelling van dit exploratieve onderzoek valt in drie deelvragen uiteen.

1. wat is een BW?
2. hoe moet een BW eruit gaan zien c.q.  
wie kunnen er in een BW geplaatst gaan worden?
3. in hoeverre is het financieel realiseerbaar en hoe moet een RIBW eruit gaan zien?

Ter verduidelijking van de vraagstelling wordt een aantal subvragen geformuleerd:

1. – wat wordt onder het begrip BW verstaan en wat zijn de doelstellingen ervan?
2. – welke begeleiding moet men bieden?
  - welk personeel moet er aangesteld worden?
  - hoe ziet de daginvulling eruit?
  - op basis van welke criteria zijn variaties van BW'en gewenst?
  - aan welke eisen dienen de BW-woningen te voldoen?
  - welke toelatingscriteria moeten worden gehanteerd?
  - bestaat het gevaar dat nieuwe doelgroepen (zoals vermeld in het regeringsstandpunt) worden opgenomen? Zo ja, hoe kan men dit voorkomen? Op welke wijze moet over de toelating worden beslist?
3. – is de vereiste budgettaire neutraliteit haalbaar?
  - hoe functioneert de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)-eigen-bijdrageregeling?
  - hoe staat men tegenover een RIBW?

### **Wat wordt er onder 'BW' verstaan/wat is haar doelstelling?**

Ondanks de veelheid aan begrippen in de literatuur, zoals beschut, beschermend en beschermd wonen, zijn er volgens de sleutelfiguren geen essentiële verschillen: meestal bedoelt men dezelfde woonvoorziening. Beschermende woonvorm wordt als verzamelbegrip geaccepteerd; beschermd wonen doe je in een BW.

Opmerkelijk is dat de respondenten er niet in slagen de BW te plaatsen: elke sleutelfiguur situeert de BW tussen, in of naast andere echelons. Met betrekking tot taken en functies blijkt dat de BW gericht zal moeten zijn op verblijf, resocialisatie en opvang.

Als belangrijkste taak van de BW wordt de verblijfsfunctie genoemd. Men vindt het hierbij van belang dat de bewoners er kunnen verblijven zonder dat er op hen enige druk wordt uitgeoefend tot resocialisatie. Het regeringsbeleid zal erop gericht zijn deze functie bij het APZ grotendeels in mindering te brengen.

Naast de verblijfsfunctie dient de BW volgens de informanten evenwel ook een resocialisatiefunctie te hebben. Vooral de hulpverleners die werkzaam zijn in de BW'en, zijn hier voor. De beide doelstellingen kunnen verwezenlijkt worden door deze in verschillende BW-eenheden onder te brengen.

Bij de aanwezigheid van gedifferentieerde BW-eenheden is het volgens de deskundigen mogelijk om de BW ook een opvangfunctie toe te delen. Zonder dat de patiënt eerst in een APZ opgenomen is geweest, is plaatsing in een opvang-BW mogelijk. Deze BW kan worden benut om een spanningsvolle thuissituatie te ontvluchten, 'even uit de brand te zijn', zonder dat er specifieke GGZ-begeleiding noodzakelijk is; dit wordt ook wel als hotelfunctie omschreven. Naast deze hotelfunctie zal men tevens in crisissituaties een meer intensieve begeleiding moeten kunnen bieden. De opvang-BW krijgt zodoende een voordeursfunctie. Het verblijf is in principe van korte duur, daarna keert de bewoner terug naar de thuissituatie, of wordt naar een andere BW (of GGZ-instantie) doorverwezen. Deze functie vertoont gelijkenis met wat in Amerikaans onderzoek naar dagbehandeling 'crisis-support-program' wordt genoemd (Scheffer e.a. 1985). De populatie zal waarschijnlijk vooral bestaan uit langdurig ambulanten die meer begeleiding nodig hebben en uit mensen die (nog) niet met de psychiatrie in aanraking zijn geweest.

Het is gewenst om BW'en in te richten met het accent op één van de drie functies. Deze accentuering bevordert niet alleen de organisatorische werkbaarheid. Het wordt voor de bewoners ook wenselijk geacht wanneer zij bij mensen met eenzelfde toekomstperspectief wonen. Met name de bewoners in een BW met het accent op een verblijfs- of resocialisatiefunctie zijn bang dat, door een aantal medebewoners met een afwijkend perspectief en het daarmee samenhangende te verwachten verloop, een onrustige sfeer in het huis ontstaat.

Wanneer de functies over verschillende BW'en gespreid worden, wil dat niet zeggen dat de geboden zorg niet flexibel dient te zijn. De zorg zal nu eens geïntensiveerd en dan weer gematigd moeten kunnen worden naar gelang de behoefte. Bij een wijziging in het behoeft patroon moet een bewoner niet onmiddellijk naar een andere BW worden doorverwezen, waardoor deze moet verhuizen.

### De begeleiding

De begeleiding die in een BW geboden wordt, zal volgens de sleutelfiguren anders zijn dan die in het APZ. Diagnostiseren, behandelen, verplegen en verzorgen horen in een BW niet thuis. In de BW is men (minder pretentief) gericht op het omgaan met een overgebleven handicap: de complementaire vaardigheden staan dan ook centraal. Dit in tegenstelling tot het APZ, waar de tekortkomingen van de patiënt in het centrum van de belangstelling staan. Een andere wijze van begeleiden is vereist, namelijk: onderhandelen. Daarop wijzen ook Holman en Wennink (1985). De eigen verantwoordelijkheid van de bewoner staat centraal, de begeleiding zal in principe pas op initiatief van de bewoner worden verleend. Bijna alle experts verwachten dat met een goed opgezette BW, de kwaliteit van de zorg zal blijven gehandhaafd, of zelfs kan worden verbeterd.

### Het personeel

Over het inzetten van vrijwilligers zijn de meningen van de informanten verdeeld. De helft is tegenstander van dit idee, de andere helft is er voor, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan. Zo zullen de vrijwilligers een duidelijk omschreven taak moeten krijgen en zal de privacy van de bewoners gewaarborgd dienen te zijn. De respondenten wijzen het aanstellen van psychiaters en psychologen af. Indien nodig, kan daarvoor een beroep worden gedaan op de reeds bestaande voorzieningen, met name het RIAGG.

Een geschikte opleiding voor de begeleiding in een BW bestaat niet. Men denkt vooral aan B-verpleegkundigen, activiteitenbegeleiders, maatschappelijk werkers en aan mensen uit de sociale dienstverlening en het inrichtingswerk. Ook mensen met een 'doe-mentaliteit', met een ruime levenservaring, van wie juist van belang is dat zij *niet* psychiatrisch geschoold zijn, worden geschikt bevonden. De sleutelfiguren vinden het belangrijk om de bewoners (zeker degene die lang verblijf houden) bij eventuele sollicitatieprocedures in te schakelen. De eindverantwoordelijkheid dient volgens de informanten bij iemand te liggen die wel ervaring heeft met de psychiatrie. Een B-verpleegkundige lijkt daarvoor dan de eerst aangewezen.

## De daginvulling

Een goede daginvulling achten de informanten van groot belang voor de BW-bewoners. Aansluiting bij reeds bestaande voorzieningen op dit gebied is het meest gewenst. Hoewel dat niet altijd reëel is, moet er wel steeds naar worden gestreefd. Daarnaast stelt men een categoriale psychiatrische voorziening voor daginvulling voor, waarvan behalve de BW-populatie ook anderen uit de GGZ gebruik kunnen maken.

Voordat er tot de oprichting van zo'n categoriale voorziening wordt overgegaan, lijkt het wenselijk om voor een bepaalde periode een 'bemiddelaar' aan te stellen, die naast het stimuleren van bestaande voorzieningen ook zelf allerlei projecten kan opzetten. Het voordeel daarvan is dat de BW-bewoners gemakkelijker het psychiatrische circuit kunnen verlaten. Veel bewoners willen namelijk ook uit het 'psychiatrische sfeertje' weg.

Natuurlijk is het mogelijk om verschillende vormen van daginvulling te verzorgen, waarbij naast de invulling door de sector van buiten de GGZ, voor een beperkte populatie ook een specifiek psychiatrische daginvulling (analoog aan die van het APZ) mogelijk is.

## Criteria voor BW-variaties

De belangrijkste kenmerken op basis waarvan de BW'en volgens de respondenten kunnen variëren zijn: personeelsomvang, groepsgrootte, leeftijd en functie.

De personeelsomvang is omgekeerd evenredig met de mate van zelfstandigheid van de BW-bewoner. Het is mogelijk dat de samenhang tussen personeelsomvang en zelfstandigheid van de bewoners parallel loopt aan de indeling in groepsgroottes. Vier verschillende groottes komen naar voren: één persoon, twee personen, kleine groepen (van 3 à 4 tot 6 personen) en grote groepen (van 8 tot 12 personen). Volgens de respondenten betekent dit dat in grotere groepen gemiddeld meer personeelsleden per bewoner nodig zullen zijn. In kleine eenheden leeft men zelfstandiger.

Zowel de leeftijd als het geslacht worden door de respondenten van secundaire betekenis geacht, hoewel men er wel rekening mee moet houden. Er wordt beweerd dat sommige bewoners het liefst in een gemeleerd gezelschap vertoeven, terwijl andere een voorkeur voor leeftijd- en seksegenoten hebben. Hoewel er in dit opzicht volgens de sleutelfiguren verschillende mogelijkheden zijn, lijkt een geheel aparte indelingsdimensie op basis daarvan overbodig.

De differentiatie naar functie heeft betrekking op de bovengenoemde opvang-, resocialisatie- en verblijfsfunctie. Wanneer we de functie-differentiatie in verband brengen met de groepsgrootte en de daarmee samenhangende personele bezetting, dan ontstaat de volgende schematische indeling:

| functie \ personeelsbezetting en<br>groeps grootte | veel personeel<br>grote groep | weinig<br>klein |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
|                                                    |                               |                 |
| opvang                                             | BW-1                          | BW-2            |
| resocialisatie                                     | BW-3                          | BW-4            |
| verblijf                                           | BW-5                          | BW-6            |

BW-1 is bedoeld voor degenen met een grote behoefte aan begeleiding en eventueel ook voor mensen die in een crisis verkeren.

BW-2 kan vergeleken worden met een hotel: het even uit de brand zijn zonder dat er veel personeel bij betrokken is.

In BW-3 wordt intensief gewerkt aan de resocialisatie, terwijl BW-4 meer gericht is op de mensen die reeds in grote mate zelfstandig zijn en nu werken aan een spoedig ontslag.

In BW-5 richt men zich op verpleegbehoefte mensen; er zal veel overeenkomst zijn met het huidige sociowoningenbestand.

In BW-6 kunnen relatief zelfstandige chronische bewoners terecht. Zij zijn niet in staat geheel zelfstandig te wonen, maar in deze setting kunnen zij zichzelf goed redden. De begeleiding kan hier eventueel louter op oproepbasis worden geregeld.

De personeelsbezetting en de groeps grootte gaan hand in hand. Dit houdt in dat er in grote groepen niet alleen absoluut maar ook relatief meer personeel nodig is dan in kleine. Met deze horizontale dimensie kan ook de afstand tot het personeel of tot de begeleiders samenhangen, bij voorbeeld de afstand tot een eventueel moederhuis.

De horizontale dimensie [personeelsbezetting en groeps grootte] zal, gezien de door de sleutelfiguren voorgestelde vier verschillende groeps groottes, uit vier onderdelen bestaan. De personeelsbezetting zal het hoogste zijn in de grote groep en naarmate de omvang van de groep afneemt, wordt het aantal personeelsleden per bewoner ook minder. Zo zouden we met drie verschillende functies en vier verschillende groeps groottes (c.q. aantal personeelsleden per bewoner) in het totaal van twaalf BW-typen kunnen spreken. In een vervolgonderzoek dienen deze op hun empirische waarde en hanteerbaarheid te worden onderzocht.

### De BW-woning en haar plaats

Uit het onderzoek blijkt dat de BW-woning – elk type woning lijkt mogelijk – in bijna iedere geografische omgeving is te plaatsen. Wel is een verdeling over de regio gewenst, waarbij de sleutelfiguren kleine woonkernen niet geschikt vinden, gezien het ontbreken van de noodzakelijk geachte ontspanningsmogelijkheden en de te grote sociale

controle. Over het vestigen van BW-woningen in nieuwbouwwijken (aan de rand van Nijmegen) zijn de meningen verdeeld: de ene helft van de respondenten denkt dat dit goed mogelijk is terwijl de andere helft dit afwijst. De meningen van de bewoners zelf over de plaats van de BW zijn van groot belang. Het belangrijkste criterium is dat er geen concentratie van problemen in de betreffende wijk bestaat.

### De toelatingscriteria

Voor toelating tot een BW blijken zowel de bewoners als de niet-bewoners de volgende criteria uit de lijst van De Haen en Schretlen (1981) het meest relevant te vinden:

- thuismilieu
- zelfstandigheid
- verloop van de behandeling
- motivatie
- verhouding draagkracht/draaglast

De bewoners voegen daar aan toe: 'inzicht en besef in het eigen ziek zijn' en 'het vermogen en bereidheid om werkzaamheden te verrichten'. De niet-bewoners vinden 'pathologie' en 'medicijnen' van groot belang.

Over het algemeen leggen de sleutelfiguren (inclusief de bewoners) uit de eerste twee onderzoeksfases de meeste nadruk op de volgende drie criteria:

- zelfstandigheid
- motivatie
- verhouding draagkracht/draaglast

En vervolgens:

- thuismilieu
- verloop van de behandeling
- inzicht en besef in het eigen ziek zijn
- medicijnen

De zeven criteria zijn aan de informanten uit de derde onderzoeksfase voorgelegd. Deze vinden alle criteria op één na relevant. Het medicijngebruik wordt als criterium afgewezen. Het is namelijk niet van belang welke medicijnen de bewoner gebruikt; hij/zij moet deze wel zelfstandig kunnen innemen (dat valt onder 'zelfstandigheid'). De zes andere criteria worden als volgt ingevuld. De BW-bewoner moet een zekere mate van zelfstandigheid hebben, of in de nabije toekomst kunnen krijgen. Naast het in staat zijn tot de algemene dagelijkse levensfuncties zal de bewoner tot op zekere hoogte een dagindeling moeten kunnen maken en het eigen geld kunnen beheren. De motivatie hoeft slechts minimaal te zijn. Het is volgens de sleutelfiguren niet nodig deze op zijn realiteitsgehalte te toetsen, aangezien de BW voor veel patiënten een negatieve keuze is. De verhouding draagkracht/draaglast dient in zoverre in evenwicht te zijn dat deze de overige bewoners geen

grote overlast bezorgt. Er moet een thuismilieu zijn dat ontoereikende ondersteuning biedt. In het verloop van de behandeling zullen er volgens de informanten voldoende pogingen moeten zijn ondernomen om geheel zelfstandig te gaan wonen. Hiermee hangt samen dat er een zeker inzicht en besef van het eigen ziek zijn dient te zijn, c.q. dat men beseft dat de eigen mogelijkheden beperkt zijn.

De respondenten vullen deze zes criteria aan met het criterium van de pathologie. Dit heeft betrekking op de contra-indicaties, namelijk: agressiviteit, alcohol- of drugsverslaving en zwakzinnigheid.

Twee experts vinden ook de opnameduur van belang. Dit heeft betrekking op het negatieve indicatiecriterium. Het is opvallend dat slechts twee experts dit criterium noemen, aangezien de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in haar advies (1986) dit het meest belangrijke indicatiecriterium vindt. Dit houdt in dat de patiënt, na een bepaalde periode in het APZ opgenomen geweest te zijn, automatisch naar de BW wordt overgeplaatst, zonder dat een indicatiecommissie optreedt. Het APZ zal derhalve moeten aantonen dat iemand *niet* voor een BW geschikt is in plaats van omgekeerd.

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat de pathologie centraal staat voor de (terug)plaatsing vanuit een BW naar het APZ. Wanneer de pathologische symptomen opleven, kan een tijdelijke (her)plaatsing in het APZ geïndiceerd zijn. De draagkracht van het BW-team kan hierbij ook een rol spelen. Veelal weet de bewoner (wanneer hij/zij niet in een crisis verkeert) zelf heel goed wat er met hem/haar gedaan moet worden tijdens crisissituaties; 'informed consent' lijkt een zeer waardevol idee.<sup>3</sup>

### Nieuwe doelgroepen en de toelatingsprocedure

Een groot aantal sleutelfiguren is van mening dat er geen gevaar bestaat dat er in een BW nieuwe doelgroepen zullen worden opgenomen. Sommigen zijn er zelfs voorstander van dat dit wél zou gebeuren.

Om eventuele nieuwe doelgroepen effectief te weren, wordt voorgesteld om voorlopig de eerste BW-plaatsing pas na een opname in een APZ te laten geschieden; de voordeursfunctie blijft daarmee beperkt tot die mensen die al eens eerder in een BW gewoond hebben.

Indien er aan de populatie zoals beschreven in het regeringsstandpunt strikt moet worden vastgehouden, is hier een taak weggelegd voor een indicatiecommissie. Deze zal dan, gezien de substitutie binnen de psychiatrie, louter psychiatrische toelatingscriteria mogen hanteren. In deze commissie hebben in ieder geval vertegenwoordigers van het APZ, het RIAGG en het RIBW zitting. Daar de commissie vanwege de werkbaarheid niet te groot mag zijn, stelt men voor om via een rouleringssysteem andere (verwijzende) instanties hierin op te nemen.

Na een positieve beslissing van deze commissie volgt er een intake

in de betreffende BW, waarbij wordt nagegaan of de potentiële bewoner goed past in de groep van eventuele medebewoners en begeleiders.

Naast de idee om de indicatiecommissie zoals boven beschreven gestalte te geven, zijn er ook plannen om één indicatiecommissie voor de gehele GGZ in te stellen. Dit zal een reorganisatie in de GGZ noodzakelijk maken.

### **Financiële haalbaarheid en de AWBZ-eigen-bijdrageregeling**

De eis van een budgettair neutrale operatie lijkt volgens de sleutelfiguren op korte termijn niet realiseerbaar. Over de haalbaarheid op lange termijn zijn de meningen verdeeld. Maar zelfs indien de budgettaire neutraliteit op lange termijn wel wordt gerealiseerd, dient opgemerkt te worden dat er vanwege de stijging van de gemiddelde prijs van de APZ-bedden, voor de GGZ als geheel geen financiële winst te behalen valt. Sterker nog, hoogstwaarschijnlijk zal er geld moeten worden bijgelegd (Van den Hout 1986).

De situatie in de gezondheidsregio Nijmegen wijkt enigszins af. Er is geen sprake van een omzetting van APZ-bedden in BW-plaatsen die op een budgettair neutrale wijze zou moeten geschieden. Indertijd is bij de planning van de omvang van het nieuwe APZ (het PCN) al met de nog op te richten BW'en rekening gehouden. In de regio Nijmegen gaat het om het creëren van BW-plaatsen in plaats van APZ-bedden; daardoor is er geen sprake van een omzettingsoperatie met alle financiële problemen van dien. Het oprichten van BW'en lijkt daarom voor deze regio wél financieel haalbaar.

De sleutelfiguren zijn ontevreden over de AWBZ-eigen-bijdrageregeling: het resterende zakgeld is te laag, het kan de eventuele resocialisatie bemoeilijken.<sup>4</sup> Zij zijn voor een andere wijze van financiering: elke bewoner moet een eigen onafhankelijk inkomen hebben.

### **Het RIBW**

Uit de onderzoeksgegevens blijkt dat in Nijmegen een RIBW gewenst is. Over de organisatorische vormgeving daarvan verschilt men van mening. De meeste experts zijn niet voor een federatie, maar voor een zelfstandig instituut. Dit heeft dan een eenhoofdige leiding en alle BW'en uit de regio vallen eronder. Het zal met het APZ en het RIAGG zowel op het bestuurlijke als op het uitvoeringsniveau moeten samenwerken.

### **Conclusies**

– De BW'en (BW wordt als verzamelnaam geaccepteerd) dienen een drietal functies te vervullen: de opvang-, resocialisatie- en verblijfsfunctie. Bij elke BW ligt het accent op een van deze drie functies.

- Afhankelijk van de eigen mogelijkheden van de bewoners variëren de begeleiding en de personele bezetting per BW. Desalniettemin zal de geboden zorg flexibel moeten zijn.
- Het is wenselijk om in elke regio iemand aan te stellen speciaal voor het stimuleren van bestaande en het opzetten van nieuwe voorzieningen van daginvulling.
- Het opnemen van nieuwe doelgroepen kan worden vermeden door voorlopig de voordeursfunctie voor eerste opnemingen in een BW te vermijden; de eerste opname in een BW volgt dan louter na een APZ-opname.
- Budgettaire neutraliteit lijkt in het algemeen niet haalbaar (in de Nijmeegse situatie speelt dit overigens geen rol van betekenis).
- Er kunnen twaalf varianten van BW'en worden getypeerd die een verdere empirische onderbouwing behoeven.

## Noten

1. Stichting Tussenvoorzieningen is een vrijwilligersorganisatie in Nijmegen, die in 1976 is opgericht en zich tot doel stelt '...woon- en leefmogelijkheden te scheppen voor hen, die door welke omstandigheden dan ook in de onmogelijkheid verkeren via bestaande kanalen een adequate huisvesting te vinden...' (Stichting Tussenvoorzieningen Nijmegen 1986). Naast drie andere stichtingen maken 'De Uitricting' en 'De Nuts' deel uit van de Stichting Tussenvoorzieningen. Deze twee zijn te beschouwen als begeleid-wonenprojecten voor (ex)-psychiatrische patiënten. Voor meer informatie verwijzen wij naar Geutjes (1984) en Van Lieshout (1985).
2. Stichting Groenhoven heeft als doelstelling 'de begeleiding, verzorging en behandeling van maatschappelijk gehandicapten, in het bijzonder mensen met psychosociale problemen...' (Stichting Groenhoven 1986). Zij beheert 12 BW'en die in 14 huizen gevestigd zijn, waarvan vier in de regio Nijmegen en Rivierland. Daarmee behoort zij tot de grootste instellingen in Nederland op dit gebied.
3. Voor meer informatie hierover verwijzen wij naar de uitgebreide literatuurlijst van Van Gelderen-Vera en Bauduin (1986).
4. Zie hiervoor de publikatie (1983) van de Stichting Antonia Wilhelmina Fonds.

## Afkortingen

|      |                                                       |
|------|-------------------------------------------------------|
| APZ  | Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis                     |
| AWBZ | Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten                  |
| BW   | Beschermende Woonvorm                                 |
| GGZ  | Geestelijke Gezondheidszorg                           |
| GRV  | Gelderse Raad voor de Volksgezondheid                 |
| IWBW | Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen |
| KU   | Katholieke Universiteit                               |
| NcGv | Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid        |
| NRV  | Nationale Raad voor de Volksgezondheid                |

PAAZ Psychiatische Afdeling Algemeen Ziekenhuis  
PCN Psychiatrisch Centrum Nijmegen  
PUK Psychiatrische Universiteitskliniek  
RIAGG Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg  
RIBW Regionaal Instituut Beschermende Woonvormen  
SBWRN Stichting Beschermende Woonvormen Regio Nijmegen  
SBWU Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht

## Literatuur

- Braun, P., G. Kochansky, R. Shapiro e.a. (1981), Overview: Deinstitutionalisation of psychiatric patients, a critical review of outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 138, 736-749.
- Definitief regeringsstandpunt ten aanzien van beschermende woonvormen voor (ex-)psychiatrische patiënten en psychosociaal kwetsbaren, Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 18463, nr. 3.
- Gelderen-Vera, A.G.C. van, en D.M.J. Bauduin (1986), *Literatuurlijst 'Autonomie en informed consent'*. In: D.M.J. Bauduin (red.), *Andermans eigenbelang. Morele dilemma's in de geestelijke gezondheidszorg*. NcGv-reeks 88, Utrecht, p. 63-86.
- Gersons, B.P.R. (1982), Het lot van de chronische psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 37, 1023-1036.
- Geutjes, P. (1984), *Alternatieve Psychiatrie. Van inrichting naar Uitrichting*. Doctoraalscriptie in de andragogie, Nijmegen.
- Goffman, E. (1984), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Richard Clay, Middlesex.
- Haveman, M.J. (1982), De ontvolking van de psychiatrische staatsziekenhuizen in de Verenigde Staten. Enkele oorzaken en gevolgen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 37, 258-279.
- Haen, F. de, en E. Schretlen (1981), *In plaats van een bed*. NcGv-reeks 36, Utrecht.
- Holman, E.M.P., en H.J. Wennink (1985), Niet behandelen maar onderhandelen. Over een nieuwe begeleidingsmethodiek voor beschermende woonvormen. *Metamedica*, 64, 303-314.
- Hout, A.C. van den (1986), *Psychiatrische patiënten: daar heeft het APZ moeite mee*. In: N. Nelissen e.a. (red.), *Het verkennen van beleidsproblemen*. Kerckebosch BV, Zeist.
- IWBW (1981), *Aanbevelingen voor een beleid ten aanzien van hostels voor psychiatrische patiënten en pensiontehuizen voor psychosociaal kwetsbare mensen*. Ministerie van CRM en V&M.
- Klippe, C.J. van de (1982), Het Italiaanse voorbeeld. Een kritisch literatuuroverzicht over de betekenis van de democratische psychiatrie voor Nederland. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 37, 1037-1053.
- Lieshout, P. van (1985), De inrichting uit, de Uitrichting in. *Marge*, 9, 70-71.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (1986), *Advies inzake plaatsing van patiënten uit algemeen psychiatrische ziekenhuizen in beschermende woonvormen. Een aanvulling op het Raadsadvies beschermende woonvormen*. Ministerie van WVC.
- Nuy, M. (1982), *Beschermde wonen. Over het leven en werken in een pensionte-*

- huis en andere vormen van wonen*. Dekker & Van de Vegt, Nijmegen.
- Stichting Antonia Wilhelmina Fonds (1983), *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en Psychiatrie. Gevolgen gewijzigde eigen-bijdrageregeling nader onderzocht*.
- Scheffer, W., N. van Weert, en A. van den Hout (1985), *Psychiatrische dagbehandeling. Een overzicht van Amerikaans onderzoek*. ITS, Nijmegen.
- Stichting Groenhoven (1986), *Jaarverslag 1985*. 's-Hertogenbosch.
- Stichting Tussenvoorzieningen Nijmegen (1986), *Nota 1983 t/m 1985*. Nijmegen.
- Stolk, P.J. (1987), De mythe van de dehospitalisatie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 131, 395-398.
- Wel, T.F. van (1987), *Beschermende woonvormen. Een oriënterend onderzoek naar bestaansvoorwaarden*. KU, Nijmegen.
- Whitmer, G.E. (1980), From hospital to jails: the fate of California's deinstitutionalized Mentally ill. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 65-75.

---

Schrijvers zijn respectievelijk klinisch psycholoog/medisch socioloog. Adres: Muzenplaats 205, 6525 JC Nijmegen en medisch socioloog, universitair hoofddocent bestuurskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen. Adres: Postbus 9108, 6500 HK Nijmegen.

Het artikel is geaccepteerd voor publikatie op 19-1-'88.