

Thuis in de GGZ

Achtergrondstudie

Thuis in de GGZ

Achtergrondstudie

Drs. I. van Liempd en drs. E. Hoekstra

AKTA, onderzoeks- en adviesbureau voor gebruikskwaliteit van leef- en werkruimte

Dr. A.L.C.M. Henkelman, Rijksuniversiteit Utrecht

Extern adviseur AKTA

Achtergrondstudie bij het advies Thuis in de GGZ van de voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening

Zoetermeer, november 1996

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Gevolgde werkwijze	6
3.	De acht projecten	8
3.1	Zelfstandig Wonen Project (ZWoP)	8
3.2	Woon- en verblijfsceircuit P.C.Bloemendaal	19
3.3	Readaptatieproject Ouderen West-Friesland: Het Liornehuis	29
3.4	Project Traploze Zorgschakering	37
3.5	Sociaal Pension Fokke Simonszhuus	46
3.6	RIBW Oost-Brabant	56
3.7	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT)	71
3.8	Surinameplein Woongemeenschap en Integratieproject Geo7'	
4.	Samenvatting en conclusies	93
4.1	Doelstellingen projecten	93
4.2	Doelgroep	94
4.3	Indicatiestelling	97
4.4	Zorg- en dienstverlening	100
4.5	Wonen	104
4.6	Dagbesteding	109
4.7	Financiën	111
5	Tot slot	113
	Bijlagen	
1	Vragenlijst projecten	119
2	Lijst van afkortingen	127
3	Literatuur	129

1 Inleiding

De voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) heeft het verzoek gekregen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een advies uit te brengen over het wonen van chronische psychiatrische patiënten en de rol van de GGZ daarbij. Ten behoeve van het opstellen van dit advies wenste de RVZ onder andere meer inzicht in de praktijk. Hij heeft daarom Bureau AKTA de opdracht gegeven om verschillende combinaties van wonen, zorg en welzijn van chronische psychiatrische patiënten kwalitatief te inventariseren. Het betreft acht zorgvernieuwingsprojecten met het accent op verbetering van de woonkwaliteit van chronisch psychiatrische patiënten.

2 Gevolgde werkwijze

Het project is gestart met een literatuuronderzoek (zie de literatuurlijst voor een overzicht van de geraadpleegde literatuur).

Op basis van dit onderzoek en de vragen van de RVZ zijn de volgende onderwerpen vastgesteld voor de kwalitatieve inventarisatie van de projecten:

- het doel van het project;
- de kenmerken van de doelgroep en de indicatiestelling;
- de keuzemogelijkheden van cliënten;
- het zorgaanbod;
- de dagbesteding;
- de huisvesting en het wonen;
- de financiering van het project.

Bij de selectie van projecten hebben verschillende criteria een rol gespeeld. Op de eerste plaats zouden de projecten de volgende doelstellingen min of meer moeten hanteren:

- maatschappelijke integratie bevorderen;
- normaliseren van het wonen;
- waarborgen van continuïteit van zorg (door middel van bijvoorbeeld casemanagement/zorgcoördinatie);
- flexibiliteit in woon- en zorgaanbod bieden;
- scheiding van wonen en zorg ofwel een duidelijke woonfilosofie ontwikkelen;
- bestemd zijn voor de chronisch psychiatrische patiënt.

Daarnaast hebben we bij de selectie van projecten getracht zoveel mogelijk variatie zowel in type projecten als ook in stedelijke en landelijke ligging en in de doelgroep te realiseren.

De selectie is tot stand gekomen op basis van een analyse van het registratieoverzicht Zorgvernieuwingsprojecten van de NcGv en gesprekken met de heren van Weeghel (NcGv), Henkelman (Rijksuniversiteit Utrecht), van Zuthem (NVBW), de Mey (LPR), Duurkoop (Frederik van Eeden Stichting) en op basis van suggesties van de RVZ.

Dit heeft geresulteerd in de volgende acht typen te onderzoeken projecten:

Vernieuwende APZ:

- . Woongemeenschap Surinameplein, Amsterdam
- . APZ Bloemendaal, Den Haag

Ambulantiseringsproject:

. Traploze Zorgschakering P.C.Rosenburg, Den Haag

Beschermd en begeleid wonen:

. RIBW Oost-Brabant, Uden

Begeleid zelfstandig wonen:

. ZWoP, Utrecht

Psychiatrische intensieve thuiszorg:

. PIT, RIAGG midden-Limburg, Roermond

Sociaal pension:

. Fokke Simonszhuys, Amsterdam

Ouderenproject:

. Liornehuis, Hoorn

Deze projecten zijn benaderd met het verzoek om deelname aan het project. De directies van alle projecten hebben positief gereageerd op dit verzoek.

AKTA heeft een lijst met vragen opgesteld ten behoeve van de inventarisatie (zie bijlage 1) en aan de vertegenwoordigers van de projecten gevraagd deze in te vullen en terug te sturen samen met plattegronden van de huisvesting en aanvullende informatie over het project (beleidsstukken, publicaties, evaluaties en dergelijke). Medewerkers van AKTA hebben de acht projecten bezocht en gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de projecten naar aanleiding van de vragenlijst. In die gesprekken is ook gevraagd naar de visie van de geïnterviewde(n) op de ontwikkelingen in het wonen voor chronische psychiatrische patiënten en de rol van de GGZ daarbij. Met name is aandacht besteed aan de rol van het APZ in dat geheel. Tevens is gevraagd naar de belemmeringen die zij zagen bij het normaliseren en extramuraliseren van het wonen van chronische psychiatrische patiënten.

Op basis van het interview, de vragenlijst, het bezoek en de verzamelde documentatie zijn de kwalitatieve analyses opgesteld. Deze zijn voor commentaar voorgelegd aan de RVZ en aan de betreffende organisatie, en naar aanleiding hiervan waar nodig bijgesteld.

Gedurende het onderzoek heeft AKTA regelmatig overleg gevoerd met Dr. A.L.C.M. Henkelman van de Vakgroep Klinische Psychologie en Gezondheidspsychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Hij heeft zeer waardevolle adviezen gegeven ten behoeve van dit onderzoek.

De analyses van de acht projecten staan in hoofdstuk 3.

Hoofdstuk 4 bevat de samenvatting en conclusies.

3 De acht projecten

Per project wordt achtereenvolgens beschreven:

- de algemene kenmerken van het project;
- de samenstelling van de doelgroep;
- de wijze waarop indicatiestelling plaatsvindt;
- de zorg- en dienstverlening die geboden wordt;
- de wijze waarop het wonen georganiseerd is;
- de keuzemogelijkheden die bewoners hebben op gebied van wonen, zorg- en dienstverlening;
- de financieringswijze van het project;
- de visie die geïnterviewden hebben op de toekomst van het wonen in de GGZ;
- knelpunten binnen de GGZ.

3.1 Zelfstandig Wonen Project (ZWoP)

Algemene gegevens

Het **Zelfstandig Wonen Project** is oorspronkelijk een initiatief van vrijwilligers betrokken bij het Wegloophuis Utrecht. In maart 1986 is het ZWoP van start gegaan. Het algemene doel van het project kan als volgt omschreven worden: 'het project streeft naar maatschappelijke integratie, waarbij mensen zo zelfstandig en zo geïntegreerd mogelijk kunnen leven.' Dat betekent dat mensen keuzemogelijkheden dienen te krijgen waar ze willen wonen, met wie ze willen wonen en op welke wijze ze ondersteund willen worden. Het ZWoP biedt begeleiding en ondersteuning bij het zelfstandig (gaan) wonen. Een belangrijke voorwaarde voor het welslagen van zelfstandig wonen is de motivatie van de cliënt. Voor de start van het project waren er geen voorzieningen voor de groep psychiatrische patiënten die niet in APZ of in groepsverband (beschermende woonvorm) opgenomen wilde worden.

Sinds 1995 is het ZWoP ondergebracht bij de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU). Momenteel wordt samengewerkt met de RIAGG, het APZ, Thuiszorg. De aard en wijze van samenwerking variëren (zie hierna, paragraaf 4).

De doelgroep

Doelgroep van het project zijn chronisch psychiatrische patiënten met een langdurig (ambulant) psychiatrisch verleden, draaideurpatiënten, mensen die risico lopen door hun psychia-

trische problemen hun zelfstandigheid te verliezen, psychiatrische zwervers. Recent onderzoek wijst uit dat ongeveer 50% van de ZWoP deelnemers voorafgaand aan de ZwoP-deelname in het APZ verbleef.

De doelgroep wordt omschreven als: mensen met een langerdurende psychiatrische problematiek die met behulp van adequate begeleiding in staat zijn zelfstandig te wonen.

Tot 1995 heeft een project Alternatief voor langdurige hospitalisatie gelopen. Doelgroep van dit project waren mensen die door de Regionale Indicatiecommissie (RIC) waren geïndiceerd voor de sector verblijf van het WA-huis. Dit project is inmiddels afgerond en wordt niet voortgezet. (Zie beschrijving experiment, paragraaf 9).

Het aantal cliënten dat deelneemt aan het ZWoP bedraagt momenteel \pm 60. De gemiddelde leeftijd ligt rond 42 jaar, waarbij het grootste deel (70%) tussen de 30 en 50 jaar oud is.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor het project geschiedt door de RIC. Er wordt volgens een vast protocol gewerkt, dat gebaseerd is op de NZi behandelmodule.

Bij de bepaling van het zorgtype dat een cliënt behoeft wordt gebruik gemaakt van een zorgtypologie, waarin de behandelmodulesystematiek is verwerkt. Hiertoe zijn alle voorzieningen in de regio beschreven en ondergebracht in een aantal zorgtypen, waarbij de mate van begeleiding en (ver)zorg(ing)/verpleging bepalend zijn.

Er zijn op deze wijze 8 zorgtypen ontwikkeld:

type 1. Wonen met huishoudelijke en lichamelijke verzorging

kenmerk: een sterk accent op lichamelijke verzorging

behandelmodulescore: V1-V2, B4-B5, D1-D4;

type 2. Gestructureerd wonen

kenmerk: intensieve begeleiding en daarnaast behandeling op APZ-afdelingen;

behandelmodulescore: V0-V2, B4-B5, D2-D5;

type 3. Wonen met structuur

kenmerk: beschermd wonen met intensieve begeleiding;

behandelmodulescore: V0-V1, B3-B4, D1-D2;

type 4. Beschermd wonen met huishoudelijke verzorging

kenmerk: stabiel houden van problematiek, bewoner kan redelijk zelfstandig wonen, zonder veel zorg;

behandelmodulescore: V0, B3, D1-D2;

type 5. Beschermd wonen met woonrevalidatie

kenmerk: activering zodat bewoner leert redelijk zelfstandig te wonen;

behandelmodulescore: V0, B2-B3, D1-D2;

type 6. Begeleid wonen

kenmerk: wonen met beperkte begeleiding, nadruk op stabilisatie;

behandelmodulescore: V0, B2, D1-D2;

type 7. Resocialisatie

kenmerk: resocialisatie (D3) met een beperkte verblijfsduur;

behandelmodulescore: V0, B2/B3, D3;

type 8. Zelfstandig/begeleid wonen

kenmerk: zelfstandig wonen met nadruk op B1-score. Begeleiding op afroep of op vaste momenten, in overleg met bewoner;

behandelmodulescore: V0, B1/2, DE/2.

De acht zorgtypen zijn elk steeds gekoppeld aan bestaande voorzieningen. Het ZWoP valt onder type 8. Bij het bepalen van het zorgtype hanteert de RIC de visie dat niet zwaarder begeleid moet worden dan nodig en niet minder dan verantwoord is. Voor het ZWoP kan daarnaast gesteld worden dat de motivatie een zware rol speelt bij daadwerkelijke plaatsing. Is een cliënt niet gemotiveerd, dan is plaatsing bijna gedoemd te mislukken. De categorie mensen die in aanmerking komt voor het ZWoP is, sinds het beëindigen van het experiment, een andere dan die in aanmerking komt voor de verblijfsafdeling van het APZ. Het is een groep die qua zorg- en begeleidingsbehoefte niet lichter is dan de beschermd wonen groep (die onder zorgtype 5 t/m 8 valt), het gaat met name om mensen die niet geschikt zijn voor het groepswonen zoals dat in de meeste bewo's voorkomt, hier niet voor gemotiveerd zijn en/of de beschikking willen krijgen over hun eigen inkomen en een eigen huurcontract.

Het laatste jaar neemt, door samenwerking met het zorgcoördinatieteam dat in Hoog Catharijne werkzaam is, het aantal psychiatrische zwervers toe. Bij een aantal van hen speelt verslavingsproblematiek een grote rol, dit is een contra-indicatie voor een plaats in een woongroep. Voor zelfstandig alleen wonen zijn er wel mogelijkheden, tenzij men tevoren verwacht dat er zoveel overlast naar de buurt ontstaat dat hierdoor de samenwerkingsrelatie met de woningcorporatie op het spel komt te

staan. Dit is bij sommige andere cliënten ook een contra-indicatie. Mensen met een bepalende verslavingsproblematiek (hun leven staat primair in het teken van de verslaving) komen niet in aanmerking voor het ZWoP, omdat hier weinig te begeleiden valt.¹ De enige andere contra-indicatie die het ZWoP zelf hanteert, is het ontbreken van motivatie. Degenen die niet gemotiveerd zijn voor begeleid zelfstandig wonen, worden hiervoor in het algemeen niet door de RIC geïndiceerd, en zijn derhalve niet in beeld bij het ZWoP. In de praktijk zullen zij veelal in het residentiële circuit blijven, dan wel in het dak- en thuislozencircuit.

Zorg- en dienstverlening

De begeleiding van het ZWoP bestaat uit:

- 5 betaalde medewerkers, totaal 4 FTEs;
- 11 stagiaires/vrijwilligers;

Iedere cliënt heeft te maken met een of twee vaste begeleiders. ZWoP-medewerkers zijn 's nachts niet rechtstreeks bereikbaar. De begeleiders bieden ondersteuning op diverse terreinen. In het wonen wordt begeleiding geboden d.m.v. het ondersteunen bij/trainen van huishoudelijke vaardigheden zoals schoonmaken, koken, boodschappen doen. In de groepswoonprojecten wordt begeleiding gegeven in het goed laten verlopen van het samenwonen, door middel van groeps gesprekken en het soms deelnemen aan huisvergaderingen of gezamenlijke maaltijden. Financiële problemen en budgettering zijn geen taken van de begeleiders, maar zijn ondergebracht bij een aparte bewindvoedersorganisatie. Dit mede om te voorkomen dat financiële problemen de begeleidingsrelatie kunnen verstoren.

Begeleiders spelen een actieve rol in het trachten cliënten te activeren tot vormen van dagbesteding. Zij begeleiden bij het zoeken naar vormen van dagbesteding (geboden door het DAC, GGZ-instellingen) en ondernemen zelf activiteiten met cliënten, zoals samen de stad in gaan. Het lukt moeilijk om mensen te activeren. Er zijn tot op heden geen contacten met het reguliere welzijnswerk of andere organisaties buiten de GGZ, uitgezonderd met de Vrijwilligerscentrale.

Begeleiding wordt ook geboden bij zelfverzorging: hulp wordt waar nodig geboden bij ADL, maaltijden verzorgen. Hierin wordt in sommige gevallen samengewerkt met de Thuiszorg.

Behandeling en therapieën vinden plaats door APZ, RIAGG et cetera. Met deze voorzieningen wordt samengewerkt, maar er zijn geen vaste afspraken. Cliënten worden geacht zelf de contacten met hun behandelaar(s) te onderhouden. Het ZWoP kan bij conflictsituaties bemiddelen.

Bij acute crises of bij terugval kan via reguliere kanalen een beroep gedaan worden op het crisiscentrum en wordt er rond gebeld om ergens een plaats te regelen. Er is geen speciale regeling in de vorm van een bed-op-recept (BOR) of noodbed. Cliënten kunnen zichzelf niet laten opnemen. Men ervaart dit als een gemis, omdat het ontbreken van vaste afspraken tevens betekent dat de communicatie tussen ZWoP en de afdeling waar iemand in een dergelijke situatie wordt opgenomen soms niet optimaal is.

Er wordt een individueel begeleidingsplan opgesteld waarin zaken met betrekking tot de begeleiding worden geregeld. Dit gebeurt in samenspraak met de cliënt.

Wonen

Het ZWoP hanteert het uitgangspunt dat het wonen zoveel mogelijk 'gewoon wonen' moet zijn. Dat wil zeggen dat cliënten de keuze hebben uit een gedifferentieerd aanbod, afgestemd op het individu. In de praktijk betekent dit dat er vormen geboden worden om alleen te wonen of in een groep, en dat men kan kiezen tussen verschillende woonwijken met een verschillend karakter (rustige buitenwijk, midden in de stad). De bewoners hebben zelf de regie over hun doen en laten en krijgen daarbij begeleiding en ondersteuning. Er zijn bij de diverse woonvormen geen specifieke aanpassingen gepleegd m.b.t. de fysieke en sociale veiligheid. Van de 60 cliënten wonen er 20 in in totaal 4 groepswoonprojecten. De overige 40 wonen in reguliere woningen/appartementen die door henzelf gehuurd worden.

Het aantal bewoners in de groepswoonprojecten varieert tussen de 3 en 9. In elk groepswoonproject hebben bewoners beschikking over een eigen zitslaapkamer, daarnaast heeft men een gezamenlijke keuken en gezamenlijk sanitair. Tevens heeft elk groepswoonproject de beschikking over een gemeenschappelijke woonkamer, eetkamer en/of hobbyruimte.

Kantoren van begeleiding, spreekkamers en ruimten voor dagbesteding zijn op een aparte lokatie gevestigd.

Bewoners hebben een eigen voordeursleutel, privacy wordt door begeleiders gerespecteerd en het betreden van privéruimten door begeleiders gebeurt enkel in overleg met de bewoner. In de groepswoonprojecten zijn er huisregels, die verschillend van aard zijn en gebaseerd op de wensen van de bewoners. Het betreft dan bijvoorbeeld regels met betrekking tot logeren, overlast, drank- en

druggebruik.

In de individueel bewoonde woningen valt de bewoner onder het huurrecht: hij huurt zelfstandig van de corporatie. In de woonprojecten is het woonrecht gekoppeld aan de begeleiding. De bewoners huren via het ZWoP van een aparte beheersstichting. De samenstelling van de woonprojecten is heterogeen: bewoners hebben inspraak in de keuze van een nieuwe bewoners, maar dit is wel gelimiteerd - men kan niet steeds weigeren -.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Deelnemers aan het project hebben de keuze uit verschillende woonvormen: zelfstandig alleen of samen in een groep. De eigen voorkeur van de cliënt speelt een hoofdrol in de keuze voor een van deze woonvormen. Wanneer iemand voor groepswonen kiest geldt daarvoor een proefperiode van drie maanden. In die periode moet duidelijk worden of de nieuwe bewoner in de groep past. Woningen zijn verspreid over de stad, deels in rustige woonwijken, deels in het stadscentrum met gemengde bebouwing. Begeleiding vindt op verschillende manieren plaats. Met degenen die alleen wonen worden individuele afspraken gemaakt, soms gaat het om vaste afspraken op vaste tijden, soms om begeleiding op afroep. In de woonprojecten zijn er vaste afspraken voor de momenten van groepsbegeleiding, daarnaast per individu aparte afspraken. Men ziet dat bij het wonen in groepsverband in het algemeen meer beroep wordt gedaan op de begeleiding dan bij individueel wonenden. Het gaat daarbij vaak om zaken die met het samenwonen in een groep te maken hebben.

Cliënten hebben een vrije keuze in hun dagbesteding. Het aanbod op gebied van dagbesteding is vrij uitgebreid, maar het gebruik dat ervan gemaakt wordt valt tegen. Daarvoor zijn verschillende oorzaken aan te wijzen. Zo is door de RIAGG-stad in samenwerking met het WA-Huis en de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht een dagactiviteitencentrum opgezet, waar een klein deel van de cliënten wel gebruik van maakt. Een ander deel bezoekt dit juist niet omdat volgens hen daar teveel APZ-clieënten komen. Het dagactiviteitencentrum ligt midden in de stad. Het ZWoP heeft een eigen inloop in het centraal kantoor. Hier worden verschillende activiteiten georganiseerd en kunnen cliënten langskomen om koffie te drinken en elkaar te ontmoeten. Hiervan wordt eveneens door een aantal cliënten gebruik gemaakt. Slechts een klein percentage van de 60 cliënten heeft een structurele dagbesteding. Betaald werk wordt door een enkeling verricht, een paar anderen doen aan vrijwilligerswerk. Begeleiders

proberen wel te activeren maar dit mislukt vaak. Men wijt dit vooral aan het feit dat mensen niet toekomen aan het accepteren van zichzelf met hun handicap. Dan blijkt dat wat men wil en denkt te kunnen niet strookt met de praktijk. Ambities liggen vaak te hoog en zijn niet gebaseerd op een reële kijk op zichzelf. De functie van een dagbesteding, of dat nu (vrijwilligers)werk is of bij elkaar koffiedrinken, is vooral het tegengaan van vereenzaming en verveling. Als mensen die alleen zelfstandig wonen geen dagbesteding hebben wordt dit gezien als een belangrijke risicofactor voor terugval of decompensatie.

In vergelijking met het verblijven op een APZ-afdeling maakt men wel meer onderdeel uit van een maatschappelijk netwerk. Dat heeft dan vooral te maken met het feit dat bewoners een heleboel zaken zelfstandig doen, zoals boodschappen. Men signaleert echter niet dat het sociaal netwerk zich sterk uitbreidt. Familie komt bijvoorbeeld niet significant vaker op bezoek. Wel blijken familieleden het prettiger te vinden op bezoek te komen dan toen de bewoner nog in het APZ verbleef. Contacten hebben toch vooral plaats met medebewoners en bekenden uit het circuit. Het zelfstandig wonen op zich leidt niet tot het ontstaan van bloeiende sociale contacten. Het ZWoP is wel van plan in de toekomst een actievere rol te gaan spelen in zaken als relatiebemiddeling.

Financiering

De woonlasten worden door de cliënt zelf betaald. Bij de individuele woningen wordt gewoon huur betaald, bij de groepswoonprojecten betaalt de bewoner een all-in tarief, inclusief de energie en servicekosten.

De kosten voor begeleiding en verzorging worden betaald door substitutie van een aantal RIBW-plaatsen.

Samenwerking buiten de GGZ vindt plaats met corporaties. Met hen zijn er afspraken over de huisvesting. Daarnaast wordt samengewerkt met een stichting voor bewindvoering, waar financiële zaken worden geregeld. Met de thuiszorg wordt incidenteel samengewerkt voor het bieden van zorg aan huis. Met de Vrijwilligerscentrale en arbeidsrehabilitatieprojecten wordt samengewerkt op het terrein van dagbesteding. In de toekomst zou men mogelijk kunnen samenwerken met algemeen maatschappelijk werk en de wijkwelzijnsinstellingen.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Volgens geïnterviewde zal er een gedifferentieerd woonaanbod

gerealiseerd moeten worden. Psychiatrische patiënten hebben net zulke verschillende woonwensen als andere mensen. Het wonen zou los gezien moeten worden van de begeleidings- en beschermingsbehoefte. Dat wil zeggen dat wonen volwaardig wonen moet zijn, middenin de stad of op de hei al naar gelang ieders behoefte. Daarbij zal ook in de toekomst sprake zijn van clustering voor diegenen met een intensieve begeleidings- en beschermingsbehoefte. Geïnterviewde denkt dat dit om redenen van efficiency en kostenbesparing noodzakelijk zal zijn. Als deze praktische belemmeringen er niet zouden zijn denkt hij eerder aan kleinschalige clusters zoals bijvoorbeeld het Anton Pieckhofje voor ouderen in Haarlem. Het APZ zal dan geen functie meer hebben voor het wonen van psychiatrische patiënten.

Geïnterviewde ziet daarnaast veel positieve kanten aan de circuitvorming zoals die ook in Utrecht in gang wordt gezet. Als belemmering voor extramuralisering ziet hij de nog gebrekkige samenwerking tussen verschillende GGZ-partners en de soms geringe kennis die men heeft van elkaars werkwijze. Daarnaast kunnen ook financiële aspecten belemmerend werken. Een APZ heeft vaak hoge vaste lasten die gedurende langere tijd doorlopen (gebouwen, niet-patiënt gebonden personeel), wanneer het bedden substitueert kan dit een financieel tekort veroorzaken. De huidige financieringssystematiek is niet toegesneden op het tot stand brengen van substitutie.

Een andere belemmering voor een goede differentiatie in woonvormen ziet geïnterviewde in het feit dat de oppervlakten van ruimten in de beschermende woonvormen strikt genormeerd zijn, evenals de huurhoogte. Extramuralisatie wordt daarnaast belemmerd doordat er een gebrek is aan goede ambulante zorgprogramma's.

Het experiment begeleid zelfstandig wonen als alternatief voor langdurige hospitalisatie in de GGZ

Van december 1992 tot december 1994 heeft in Utrecht een experiment gelopen met als doel een ambulant zorgprogramma te ontwikkelen voor mensen die zonder dit programma aangewezen zouden zijn op de sector verblijf van het APZ. Het richtte zich meer specifiek op patiënten die waren opgenomen in de sector Verblijf van het Willem Arntzhuys en/of die voor opname in deze sector geïndiceerd waren door de Regionale Indicatie Commissie (RIC). Opdrachtgever voor dit experiment waren de H.C.Rümke groep/Willem Arntzhuys, RIAGG Stad Utrecht en de SBWU. Uitvoerder van het experiment was het ZWoP. Het experiment is uitgebreid geëvalueerd door het NZi. (zie: B.J.Roosenschoon, Een

kans op zelfstandigheid, Utrecht, 1995).

Voorwaarden die aan het programma waren gesteld waren:

- keuzemogelijkheden voor de deelnemer m.b.t. werk/dagbesteding, huisvesting, begeleiding, behandeling en aanvullende ondersteuning;
- flexibiliteit: zorg moet afgestemd zijn op de individuele mogelijkheden/beperkingen/wensen/behoefte;
- de kwaliteit van leven van de deelnemers/de kwaliteit van zorg is tenminste even hoog als de kwaliteit van leven/zorg in de sector Verblijf.

Aan het experimentele zorgprogramma konden tegelijkertijd maximaal vijf cliënten deelnemen (gedurende de looptijd maximaal 20).

Samen met de deelnemers stelde het ZWoP een zorgplan op in de vorm van een deelnemersovereenkomst. Het ZWoP verplichtte zich zorg te dragen voor de uitvoering van het plan.

Specifieke taken van het ZWoP waren het bieden van woonbegeleiding en de zorgcoördinatie. Met de GGZ-opdrachtgevers en de Thuiszorg werden afspraken gemaakt over de mogelijkheid voor deelnemers met voorrang aanspraak te kunnen maken op zorg. Tijdelijke (crisis)opname, deeltijdbehandeling en poliklinische hulp konden in het WA-huis op verzoek van de deelnemer of het ZWoP worden gerealiseerd. Het SBWU stelde tijdelijke logeerbedden beschikbaar. Crisisinterventie kon direct door het Crisiscentrum geboden worden, er was geen wachttijd voor de afdeling volwassenenzorg van de RIAGG en ADL- en HDL-hulp waren direct beschikbaar.

Uiteindelijk blijken de deelnemers allen afkomstig uit de sector langdurige zorg: Extern Wonen. Het begeleidingsniveau van deze groep is vrij laag, maar mensen zijn wel sterk gehospitaliseerd en daarmee niet te vergelijken met de reguliere ZWoP cliënten.

Het experiment bood in eerste instantie geen keuzevrijheid in woonvormen. Er was één pand beschikbaar waar in totaal 5 deelnemers konden wonen. Een belangrijk criterium voor de bepaling wie mocht deelnemen was de voorkeur voor wie met wie wilde wonen. Later kwamen er drie panden bij specifiek voor deze experimentgroep. Er werden geen contra-indicaties gehanteerd. Uitgangspunt was of iemand buiten het WA-huis wilde gaan wonen in een ZWoP project.

Aan het eind van de experimentperiode woonden nog 8 deelnemers buiten het WA-huis, 8 waren terug in het WA en een enkeling leidde een zwervend bestaan. Het experiment als zodanig

is geslaagd te noemen omdat het doel was dat aan het eind tenminste 5 deelnemers buiten het WA zouden moeten wonen. Degenen die buiten het WA zijn blijven wonen zijn in het algemeen zeer tevreden met het feit dat er geen regels zijn, men zich vrij voelt, meer privacy heeft en zelf kan koken. Bovendien waardeert men het huis en de inrichting ervan en het contact met huisgenoten.

Daarnaast blijkt ook dat de wijze waarop (op vaste tijden, op afroep) en de hoeveelheid begeleiding die men wenst varieert, evenals de woonwensen (met één ander, met meerderen).

Er was een ruim aanbod in dagactiviteiten, waarvan echter weinig gebruik werd gemaakt. Voor de meesten is het laten draaien van hun huishouding al bijna een dagtaak.

De voorrangsregeling van de GGZ-partners werkte niet altijd even goed. Het WA-huis had in de praktijk te weinig BOR-plaatsen beschikbaar, waardoor in enkele gevallen opname werd vertraagd of bemoeilijkt. Hier zijn ook communicatieproblemen ontstaan omdat medewerkers van het WA soms onvoldoende op de hoogte waren van het experiment. Niet voor alle GGZ-partners (o.a. het Crisiscentrum) was altijd duidelijk welke personen aan het experiment deelnamen.

De coördinator van het experiment beschouwt het BOR als het belangrijkste onderdeel van de afspraken met de zorgaanbieders. Bij de start van het experiment was voor deelnemers een heel belangrijk element in hun keuze om mee te doen het feit dat ze een 'terugkeergarantie' hadden.

In financieel opzicht kan het experiment als geslaagd worden beschouwd. De kosten voor behandeling van in totaal 17 deelnemers liggen ongeveer een kwart miljoen lager dan zonder het experiment het geval zou zijn geweest.

Enkele belangrijke conclusies na afloop van het experiment:

- Het experiment werd door ZWoP en WA-huis niet als een gemeenschappelijk project ervaren. Dit heeft te maken met het feit dat weliswaar op hoger managementniveau men goed op de hoogte was van het experiment, maar dat het onvoldoende bekend was gemaakt aan de medewerkers van het WA-huis. De voorbereiding was aan de zijde van het WA-huis dus niet optimaal, verpleegkundigen voelden zich overvallen door het feit dat een aantal bewoners zou gaan verhuizen. Dit leidde tot weerstand en concurrentiegevoelens t.o.v. het ZWoP.
- Het ZWoP en het WA-huis bleken sterk te verschillen in hun zorgvisie en onvoldoende op de hoogte van de inhoud van deze

visies. De kern van het verschil kan omschreven worden als een verschil in inschatting van de mogelijkheden van de individuele cliënt. Ook verschilde men in de inschatting wanneer er sprake is van decompensatie en langerdurend verblijf in het APZ nodig is. Als verschil werd ook genoemd dat het APZ de cliënt wil behandelen terwijl het ZWoP er op gericht is de cliënt te leren leven met zijn handicap.

Samenvattend: men had zeker gedurende het eerste jaar van het project een negatief en gekleurd beeld van elkaar, er was bovendien een gebrekkige onderlinge communicatie.

- Continuïteit in de begeleiding heeft vaak ontbroken. Zo werd er niet in een gezamenlijk overleg tussen cliënt, WA en ZWoP een zorgplan opgesteld, er was weinig informatieoverdracht tussen WA en ZWoP met betrekking tot de cliënt. Verpleegkundigen in het WA hadden geen outreachende taak en konden dus slechts incidenteel contact houden met cliënten als ze buiten het APZ verbleven. Vooral in een crisisperiode werd dit als een gemis ervaren.

Concluderend is gesteld dat er veel communicatie moet zijn tussen de verschillende verantwoordelijken en dat het noodzakelijk is een protocol te ontwikkelen waarin wordt vastgelegd wie op welk moment verantwoordelijk is.

- Van deelnemers die uiteindelijk terugkeerden in het APZ kan niet gesteld worden dat ze meer gehandicapt waren dan degenen die wel zelfstandig zijn blijven wonen. Verschillende omstandigheden speelden een rol bij hun terugkeer zoals gebrekkige zorgcoördinatie, maar ook problemen met medebewoners en de situering van het woonpand (te veel buiten het centrum van de stad).

Hoewel de uiteindelijke doelstellingen (tenminste 5 personen permanent buiten de WA, tevredenheid van deelnemers en kostenbesparing) gehaald zijn is het experiment in deze vorm niet voortgezet. Daarbij spelen twee factoren:

- 1 bij het APZ bestond weerstand tegen het experiment samenhangend met de beginperiode (geen gemeenschappelijkheid, verschil in zorgvisie en stereotiepe beeldvorming over en weer). Dit bleef doorwerken en men was bovendien niet overtuigd van de winst van het experiment voor cliënten en het APZ.
- 2 er waren twijfels aan de kwaliteit van zorg zoals geleverd door het ZWoP. Er waren echter geen kwaliteitscriteria opgesteld, zodat een en ander niet getoetst kon worden.

Het feit dat het experiment niet wordt voortgezet betekent dat

mensen die door de RIC worden geïndiceerd voor de afdeling verblijf van het APZ geen keuzemogelijkheid meer hebben voor begeleid zelfstandig wonen. Opvallend is overigens dat de RIC de 8 deelnemers aan het eind van het project heeft geïndiceerd: 3 voor het APZ, 3 voor de RIBW, 2 voor het ZWoP. Zes van hen zijn uiteindelijk bij het ZWoP gebleven.

3.2 Woon- en verblijfs circuit P.C.Bloemendaal

Algemene gegevens

In 1991 is door PC Bloemendaal het initiatief genomen tot het realiseren van klinische woonvoorzieningen in een reguliere nieuwbouw woonwijk met aangepaste infrastructuur voor chronisch psychiatrische patiënten afkomstig van de verblijfsafdelingen van het woon- en verblijfs circuit. Hiertoe is samenwerking gezocht met het Woningbedrijf Den Haag, omdat het te realiseren nieuwbouwproject bestemd zou worden voor zowel chronisch psychiatrische patiënten als voor andere woningzoekenden.

Het doel van het project is het herhuisvesten van chronisch psychiatrische patiënten in volkshuisvestingsvormen met een woonwijkeninfrastructuur aan de rand van het APZ-terrein. Gesteld wordt dat er altijd een groep psychiatrische patiënten zal blijven die een dergelijke prothetische omgeving nodig zal hebben, voor deze groep is het project bestemd. Aanvullend kan gesteld worden dat het primaire doel is om een verbetering van de kwaliteit van leven tot stand te brengen, waarbij men uitgaat van de wensen en behoeften van de cliënt en men gericht is op integratie in de sociale omgeving. Dit is een door de cliënten zelf gekozen omgeving, waarvoor de plannen gebaseerd zijn op een uitgebreid woonwensenonderzoek onder 100 van de 140 potentiële bewoners. Uit dat woonwensenonderzoek kwamen als belangrijk gegevens naar voren:

- de wens niet naar de stad te hoeven verhuizen. Dit hangt samen met de gemiddelde leeftijd en opnameduur van patiënten en met het beeld dat men heeft van de stad;
- eenderde tot tweederde van de patiënten wenste desondanks wel individuele huisvesting.

In het Woon- en Verblijfs circuit staan behandeling, begeleiding en verzorging in dienst van het wonen, zij dienen het wonen te ondersteunen. Centraal staan de begrippen rehabilitatie en revalidatie. Deze leiden tot de volgende doelstellingen die men wil

realiseren:

- normalisatie: het zo gewoon mogelijk vormgeven van voorzieningen. Voorbeelden daarvan zijn bouwen volgens volkshuisvestingsnormen en het leveren van psychiatrische 'thuiszorg' aan de mensen die in normale woningen aan de rand van het terrein wonen;
- emancipatie (empowerment): het waar mogelijk teruggeven aan de patiënt van verantwoordelijkheden, bijvoorbeeld het in eigen beheer geven van financiën en/of medicijnen;
- individualisering: het bieden van zorg en huisvesting op maat. Dit leidt tot een gevarieerd aanbod in wonen en zorg;
- acceptatie van de psychiatrische handicap: het compenseren van wat de patiënt niet meer kan of pertinent niet wil.

De situatie voor de start van het project kan als volgt omschreven worden. Bloemendaal was een APZ oude stijl, de huisvesting op het terrein was deels sterk verouderd en aan vervanging toe. De huisvesting voor de chronisch populatie bestond uit traditionele paviljoens. Per woonvorm werden 40 tot 60 patiënten gehuisvest. Bij aanvang van het vernieuwingsproject waren er 180 patiënten. Van deze groep zijn 45 personen verhuisd naar een psychiatrisch verpleeghuis en toegevoegd aan het nabijgelegen verpleeghuis Dorestad. Voor 104 patiënten is per juni 1994 nieuwe huisvesting gerealiseerd op het terrein, deels in nieuwbouw, deels in verbouw. De overigen verblijven nog in de oudbouw maar zullen op korte termijn verhuizen naar woonvoorzieningen die op het terrein in aanbouw zijn. Eind 1996 zullen alle nieuwe woonvormen in gebruik zijn.

De doelgroep

Doelgroep van het project zijn de langdurig/blijvend opgenomen chronisch psychiatrische patiënten die niet (permanent) een gesloten setting behoeven. Patiënten in de nieuwe voorzieningen zijn afkomstig uit of geïndiceerd voor het APZ. Het gaat daarbij om mensen die langer dan 2 jaar opgenomen zijn. Ook nieuwe chronici behoren tot de doelgroep. Voor hen wordt een woonrehabilitatieproject ontwikkeld, waar zij maximaal twee jaar kunnen wonen als een tussenstap naar de maatschappij. Daarbij is denkbaar dat een deel na 2 jaar niet naar de stad terugkeert maar in de nieuwe wijk zal gaan wonen.

De leeftijd van patiënten varieert tussen 25 en 90 jaar, waarbij 63% ouder dan 50 jaar is. Het gaat om de groep die volgens geïnterviewde ook bij ver doorgevoerde substitutie niet terug kan en wil naar de stad. Van deze 'harde kern' kan 90-95% wel in een gewone woonvorm wonen in een beschermende 'prothetische' omgeving. Daarbij dient een differentiatie in woonvormen te worden aangebracht aangezien een bepaald type woonvorm niet voor elk type zorgarrangement geschikt is.

In onderstaand diagram wordt geïllustreerd hoe de verdeling van bedden in 1994 was. In Nederland verbleef van de totale APZ-populatie 50,9% langer dan twee jaar in het APZ. Bij Bloemendaal was dat 29,4%. Die 29,4% staat gelijk aan 180 patiënten. Van deze groep zijn 45 mensen overgeplaatst naar een psychiatrisch verpleeghuis, 7 mensen bevinden zich op een gesloten afdeling, de rest woont (gaat wonen) in het Woon- en Verblijfs circuit.

De groep patiënten die langer dan 2 jaar in Bloemendaal verblijft is dus als volgt in te delen:

45 patiënten : psychiatrisch verpleeghuis, op het terrein;

132 patiënten: diverse woonvormen aan de rand van het terrein;

5-7 patiënten: gesloten asielfunctie op het terrein.

Daarnaast zijn er in de bestaande gebouwen van het P.C. voor de langdurig opgenomenen nog de volgende tijdelijke voorzieningen:

- voorzieningen waar mensen worden voorbereid op groepswonen: 10 bewoners die de beschikking hebben over een- en meerpersoons slaapkamers en twee gemeenschappelijke huiskamers en 12 bewoners die de beschikking hebben over 12 zitslaapkamers, twee woonkamers en een keuken;
- zes crisisbedden ten behoeve van de bewoners van de woon- en verblijfsvoorzieningen.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor het project geschiedt door het project zelf. In de toekomst (over \pm 2 jaar) zal een regionale indicatiecommissie gaan functioneren. Er wordt deels met een vast protocol gewerkt, gebaseerd op de door het NZi ontwikkelde behandelmodule. (Bewoners in de nieuwe woonvoorzieningen scoren maximaal V0/B4/D1.) De commissie bepaalt niet alleen of een patiënt in het Woon- en Verblijfscircuit wordt geplaatst maar ook waar. Zij beziet per individu en (eventueel) in samenspraak met de patiënt, welke woon- en begeleidingsvorm het meest geschikt is.

Met uitzondering van een klein groepje dat een gesloten asielfunctie nodig heeft zijn er geen contra-indicaties voor bewoners afkomstig uit het APZ. Het gaat om 7 patiënten die niet in staat zijn te wonen gescheiden van zorg, met een score van V0-V1/B5-B6/D1.

Mensen die voor een RIBW geïndiceerd zijn worden op grond van regionale en interne afspraken en in verband met de tot nu toe onvolledige benutting van de RIBW-capaciteit niet geplaatst. Het gaat hierbij overigens overwegend om patiënten met een behandelmodulescore van V0/B1-B2/D1 die geen langdurige klinische opname achter de rug hebben en maatschappelijk geïntegreerd kunnen en willen wonen. Patiënten die te veel (verpleeg)zorg nodig hebben worden overgeplaatst naar het verpleeghuis.

Zorg- en dienstverlening

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

De formatie is opgebouwd uit het circuitmanagement, twee wijkteams en een team voor de bewoners die veel structuur behoeven en van de verblijfsvoorzieningen. De volgende disciplines zijn aanwezig:

- consulent-psycholoog (0,1 FTE's);
- maatschappelijk werk (0,6 FTE's);
- huisarts (1 FTE);
- persoonlijk/woonbegeleiders (36,22 FTE's);
- leerlingen (8,5 FTE's);
- assistentes/huish. personeel (15 FTE's);
- secretariaat (0,5 FTE's);
- therapeuten (fysio e.d.) (0,65 FTE's);
- activiteitenbegeleiding (3,73 FTE's);
- circuitmanager (0,8 FTE's);
- beleidsbehandelaar (0,3 FTE's);
- stafmedewerker (0,6 FTE's).

De twee wijkteams zijn gehuisvest in kantoren in het wijkcentrum, alleen in het project wonen met structuur (zie hierna) heeft de begeleiding een kantoortje in het woongebouw. Er is dus voor het merendeel van de patinten sprake van een mobiel behandelteam dat vanuit een centraal wijkcentrum zorg aan huis (op het terrein) biedt. De begeleiding kan in de meeste gevallen omschreven worden als integrale (inclusief psychiatrische) thuiszorg.

Er is ten opzichte van de vroegere situatie niet meer personeel nodig: men doet met dezelfde middelen iets anders. Wèl blijkt dat aan de opleiding van met name de begeleiders andere eisen gesteld moeten worden. Bloemendaal heeft intern een opleiding opgezet om medewerkers te scholen in een prothetische rehabilitatie en empowerment methodiek.

De huisarts is in loondienst en is gevestigd in het wijkcentrum. Hij is in principe de verwijzer, ook naar de psychiatrie. Daarmee is de huisarts eindverantwoordelijk voor de beslissing een patiënt door te verwijzen naar een specialist of therapeut. Voor therapieën en behandeling gaat de patiënt naar de poli, deeltijdbehandeling of klinische behandelafdeling. Enkele patiënten (minder dan 10 tegelijk per jaar) worden voor therapie doorverwezen. Het terugvalpercentage, dat wil zeggen dat men blijvend naar een andere plek is verhuisd, is op 104 bewoners na twee jaar 5,7%.

Trainingen zelfredzaamheid en sociale vaardigheden worden niet gegeven voordat men naar een woonvorm verhuist. Men heeft de ervaring dat dit niet werkt - de patiënt kan de training niet generaliseren naar de nieuwe situatie -; bovendien is trainen op zich geen doel. Het uitgangspunt is dat de patiënt een prothetische

omgeving behoeft, de omgeving compenseert de beperkingen van de patiënt. Training on the spot vindt wèl plaats.

Elke patiënt heeft een persoonlijk begeleider. Woonbegeleiders bieden patiënten ondersteuning bij praktische woonzaken, zoals hulp bij ADL, huishoudelijke hulp en recreatieve activiteiten. De persoonlijk begeleider biedt zo nodig begeleiding bij dagbesteding, sociale contacten, budgettering, verhuizen, case-management, integratie in de sociale omgeving et cetera. De woonbegeleider heeft meestal een opleiding op mbo-niveau, de persoonlijk begeleider heeft een HBO-V opleiding of is spv-er of B-verpleegkundige. Er is om financiële redenen gekozen voor deze tweedeling: begeleiding kan soms heel intensief zijn. Enkel spv-ers hierop inzetten zou te kostbaar worden en wordt bovendien niet nodig geacht. Een patiënt kan 24 uur per dag een beroep doen op zorg of ondersteuning. Op 104 bewoners is er 's nachts 1 nachtdienst, hetgeen in de praktijk voldoende blijkt te zijn. Er is een terugvalmogelijkheid gecreëerd in de vorm van twee sociale crisisbedden die zijn ondergebracht in het wijkcentrum. In dit wijkcentrum is tevens een inloop (koffiekamer) voor bewoners gevestigd met een eigen ingang. Een tweede terugvalmogelijkheid is er in de vorm van het crisiscentrum, waar 6 gesloten plekken zijn.

Dagbesteding kan bestaan uit arbeidsmatige activiteiten, recreatieve activiteiten, maar ook gewoon het huishouden voeren kan een dagtaak zijn. Ook hier wordt weer uitgegaan van wat een patiënt kan en wil. Voor wat betreft de dagbesteding zijn er verschillende mogelijkheden op het terrein. Er is een activiteitencentrum dat zowel bestemd is voor de psychiatrische patiënten als voor de andere wijkbewoners. Hier is een aantal werkplekken zoals een kaarsenmakerij gevestigd, begeleid door activiteitenbegeleiders. In het activiteitencentrum worden eveneens recreatieve activiteiten georganiseerd, van hieruit vinden ook uitstapjes plaats onder begeleiding van de woonbegeleiders. Soms wordt gebruik gemaakt van het Dagactiviteitencentrum dat in de stad gelegen is.

Daarnaast is er een buurthuis, speciaal bestemd voor de chronische psychiatrische patiënten die elders niet geaccepteerd worden. In dit buurthuis heerst een grote mate van tolerantie; men acht dit een essentiële voorziening die voorkomt dat mensen die elders door hun gedrag niet welkom zijn terecht kunnen.

Afhankelijk van de lokatie waar activiteiten plaatsvinden, (activiteitencentrum, buurthuis, DAC, aan huis) worden bewoner -zo

nodig- door hun persoonlijk begeleider, een woonbegeleider of een activiteitenbegeleider ondersteund en begeleid. Wie geen vorm van dagbesteding wil, wordt hiertoe nooit verplicht. Ongeveer tweederde van de 140 patiënten maakt gebruik van het dagbestedings-of betaald werk aanbod, variërend van 1 uur tot dagdelen per week.

Wonen

Er is bij de start van het project een expliciete woonfilosofie geformuleerd. Deze kan als volgt omschreven worden. Wonen is een recht en dient een maatschappelijke invulling te krijgen. In concreto betekent dit dat men woonvormen creëert volgens de gebruikelijke volkshuisvestingsvormen. De woonomgeving moet zodanig vormgegeven zijn dat ze optimale mogelijkheden biedt voor rehabilitatie. Ook de woonvorm is een prothese, die compenseert hetgeen de bewoner zegt zelf niet meer te kunnen. Er worden op voorhand geen voorwaarden gesteld aan de bewoner.

De volgende woonvormen zijn aanwezig of in aanbouw:

- tweekamerappartementen met eigen keuken en sanitair, waarvan een deel geschikt als focuswoning;
- hat-eenheden met eigen woonkamer met slaapnis, douche en toilet. Er is per 4-5 eenheden een gemeenschappelijke keuken en per woonblok een gemeenschappelijke ruimte op de begane grond;
- groepswonen, met eigen zitslaapkamer, en per groep van 3 een gezamenlijke woonkamer, keuken en sanitair;
- sociowoningen, met eigen slaapkamer, en per groep van 6-7 patiënten een gezamenlijke woonkamer en keuken;
- groepswonen met structuur: met eigen zitslaapkamer en per groep van 5-7 patiënten een gemeenschappelijk woonkamer, keuken en sanitair en 24-uurs begeleiding (in pandig).

Elke bewoner heeft tenminste de beschikking over een eigen (zit) slaapkamer en afhankelijk van de woonvorm die hij/zij bewoont eigen sanitair, woonkamer en/of keuken. Oppervlakte van zit/slaapkamer (hat) met eigen sanitair is $\pm 31 \text{ m}^2$, van de tweekamerappartementen $\pm 40 \text{ m}^2$. Het aantal bewoners dat een keuken deelt varieert van 1 tot maximaal 6, badkamers worden gedeeld door 1 tot 3 bewoners. Naast de eigen ruimte heeft men de beschikking over, waar nodig, gemeenschappelijke woonkamers, eetkeukens, hobbyruimten en logeerkamer. De kantoren van de begeleiding bevinden zich niet in de woningen, maar in een apart wijkcentrum. Wonen en begeleiden zijn daarmee dus ruimtelijk

gescheiden. Uitzondering is het groepswonen met structuur waar wel een kantoorruimte voor begeleiding in het woongebouw zal worden opgenomen.

Elke bewoner beschikt over een eigen sleutel van de voordeur en van privéruimten en bepaalt zelf wie hij/zij op de kamer toelaat. Er zijn vanuit het instituut geen huisregels opgelegd; huisregels zijn hooguit ontstaan op initiatief van de bewoners.

De visie op het wonen betreft niet alleen het wonen zelf, maar de gehele wijkinfrastructuur. Uiteindelijk heeft dit geleid tot de ontwikkeling van een woonwijk met 176 woningen, variërend van koop tot huur, van eenvoudig tot luxe bouw, gelegen in een bosrijke omgeving. Deze woonwijk bevat naast woningen voor chronisch psychiatrische patiënten ook woningen voor niet gehandicapten, werkplekken, plekken voor recreatie, een kinderdagverblijf, een wijkcentrum, restauratieve voorzieningen en kan getypeerd worden als een A-lokatie. De sociale en fysieke veiligheid is goed te noemen. De wijk ligt in een rustige omgeving, nabij een dorp, een groenpark en kassengebied. Er is voldoende sociale controle, daarnaast is er terreinbewaking.

De accommodaties zijn deels in eigendom van het woningbedrijf Den Haag (nieuwbouw), deels van de Vereniging Bennekom. De woningen voor de niet-gehandicapten zijn deels koopwoningen, deels huurwoningen die door het woningbedrijf worden verhuurd. De woningen voor de patiënten worden door P.C. Bloemendaal gehuurd van voornoemde organisaties. Patiënten vallen niet onder het huurrecht: het wonen op het terrein is gekoppeld aan begeleiding en behandeling. Omdat het hier om de categorie chronici gaat die naar verwachting niet meer zelfstandig buiten het terrein kan wonen, kan het wonen, hoewel er geen huurrecht is, wel als permanent beschouwd worden. Er is een afspraak dat patiënten een verhuisrecht hebben binnen Den Haag, hiervoor zijn 30 vergelijkbare woningen beschikbaar. Hiervan is tot nu toe geen gebruik gemaakt. Als men buiten het terrein zou gaan wonen, verliest men de vaste behandelaar: behandelaars werken op dit moment alleen op het terrein.

Bij de samenstelling van woongroepen wordt in het algemeen geen homogeniteit nagestreefd. In enkele woonvormen, waar mensen veel met elkaar te maken hebben is die homogeniteit wel aanwezig.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Deelnemers aan het project kunnen in verschillende woonvormen terecht. De patiënt heeft de keuze uit zeven woonarrangementen en negen zorgarrangementen. Grofweg tweederde woont (geclusterd) individueel zelfstandig, eenderde is gehuisvest in een groepswoonvorm. De woonarrangementen staan beschreven in de bijlage: woonvoorzieningen 1 t/m 7.

In het algemeen kan gesteld worden dat bij een bepaalde woonvorm bepaalde zorgarrangementen horen. Iemand die in een sociowoning woont heeft een andere bejegening nodig dan iemand in een hat-eenheid. Bemoeizorg kan bijvoorbeeld niet in een hat-eenheid plaatsvinden: een hat-eenheid dient te worden beschouwd als een zelfstandige woning waarbij de patiënt zelf bepaalt wie hij op welke moment wenst toe te laten.

De intensiteit van de begeleiding varieert echter ook binnen de woonvormen. Als iemand (tijdelijk) intensievere begeleiding nodig heeft, hoeft hij dus niet door te verhuizen. Er is een gedifferentieerd aanbod waarbinnen zoveel mogelijk zorg op maat geleverd wordt.

De keuze voor een bepaalde woonvorm wordt door de indicatiecommissie bepaald, waarbij de wens van de patiënt wordt meegewogen. In de praktijk wordt in 90% van de gevallen de wens van de patiënt gehonoreerd. Ook het zorgarrangement wordt met de patiënt besproken, maar hierin is het advies van de commissie meer bindend. Wanneer het om de individuele woonvormen gaat heeft men geen keuze in de medebewoners (buren). Bij een groepswoonproject - met name de sociowoningen - wordt er wel altijd tevoren een 'snuffelperiode' in acht genomen.

Mensen hebben een vrije keuze in hoe ze de dag willen besteden. Er is een behoeftenonderzoek gedaan onder bewoners. Een deel van de bewoners wil een eigen inkomen uit arbeid die op het terrein in werkplaatsen zal worden verricht. Tweenvestig bewoners zijn gebudgetteerd, ze hebben een voedings-, woon- en onderhoudsbudget en betalen zelf hieruit hun kosten. Dit betekent dat ze ook de vrijheid hebben te kiezen op welke wijze en door wie ze bijvoorbeeld technische klussen laten doen. Het streven is om voor een grotere groep uiteindelijk met bewonersgebonden budgetten te gaan werken.

Een korte impressie van de verschillende woonvormen illustreert de differentiatie in woonvormen en de keuzemogelijkheden die patiënten hebben:

- In een gebouw, de Jasmijn, wonen 9 patiënten op drie etages.

Zij vormen woongroepen van drie personen die elk een ruime zitslaapkamer hebben en samen een keuken, woonkamer en sanitair delen. De groep is ontstaan uit een groep van 15 patiënten, waarvan er vijf naar een sociowoning zijn gegaan. Bij deze vijf stond de verstandelijke handicap voorop. De Jasmijn ligt aan de rand van het terrein. Patiënten hebben elk een persoonlijk begeleider. De begeleidingsintensiteit is laag tot middelmatig.

- In de Hoeksteenpand wonen 11 patiënten in tweekamerapartementen. Ieder heeft een eigen keuken en eigen sanitair. Daarnaast is er een gemeenschappelijke ruimte. De groep is gehuisvest aan de rand van het terrein, bewoners zijn te typeren als 'autonomen' die er voor gekozen hebben buiten de wijk te wonen en zo min mogelijk met anderen te maken te hebben. De begeleidingsintensiteit is laag.
- De vier sociowoningen verschillen sterk van karakter. In een ervan wonen bijvoorbeeld de vijf genoemde verstandelijk gehandicapten in gezinsverband. Er is veel interactie tussen bewoners. In een andere woont een groep patiënten die te typeren valt als 'de toeschouwers'; mensen die weinig met elkaar communiceren of delen, maar het in een groep wonen wel nodig hebben om niet te verpieteren.
- Ook binnen de huizeenheden is sprake van differentiatie. Men woont individueel, maar er is een uitnodiging tot gemeenschappelijkheid ingebouwd: de woonkeukens worden door meerdere mensen gedeeld. In de praktijk leidt dit er toe dat sommige keukens alleen als ontmoetingsplek worden gebruikt, anderen als groepskeuken. Een keuken wordt door een bewoner commercieel geëxploiteerd: hij kookt voor ± 10 bewoners.

Financiering

De huisvesting van de patiënt wordt in de meeste gevallen uit de AWBZ gefinancierd. Hetzelfde geldt voor de andere kosten. Er zijn 5 bewoners die onder de OVDB zullen vallen, met hen wordt een zorg- en gebruikersovereenkomst opgesteld. Zoals eerder beschreven wordt met 42 bewoners volgens een budgetteringssysteem gewerkt. De patiënten op de OVDB-plaatsen hebben een eigen inkomen in de vorm van loon of uitkering. Voor de overigen geldt de zakgeldregeling of is er aanvullend inkomen uit werk in de werkplaatsen.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Voor de chronische sector ziet de geïnterviewde de taak van het

APZ in de toekomst als volgt: het APZ zal leverancier van integrale thuiszorg worden. Het APZ levert zorg aan en in huis op gedifferentieerde wijze. Geïnterviewde is van mening dat het wonen met huurrecht, losgekoppeld van de zorg, voor deze patiëntengroep niet mogelijk is. Wonen voor deze patiënten is nadrukkelijk gekoppeld aan zorg en begeleiding. Het is daarentegen wèl mogelijk zoals in dit project om een fysieke scheiding aan te brengen tussen wonen enerzijds, en zorg en dienstverlening anderzijds, door ze nadrukkelijk in verschillende gebouwen en op verschillende wijzen te huisvesten. Ook is een scheiding mogelijk in welke organisatie wat levert (het APZ de zorg en begeleiding, het woningbedrijf de huisvesting). Dat kan er toe leiden dat de kernfunctie die geïnterviewde ziet voor het toekomstige APZ, namelijk het leveren van psychiatrische thuiszorg, op een goed wijze geleverd kan worden zonder het risico van belangenverstrengeling met de rol van gebouweigenaar.

3.3 Readaptatieproject Ouderen West-Friesland: 'Het Liornehuis'

Algemene gegevens

Het APZ Duin en Bosch te Castricum heeft begin 1994 het initiatief genomen om een groep oudere chronisch psychiatrische patiënten te laten verhuizen naar een verdieping in het Bejaardenverzorgingshuis 'Het Liornehuis' in Hoorn. Een en ander is vervolgens in samenwerking met het Bejaardenverzorgingshuis eind 1995 gerealiseerd.

De doelstelling van het project is als volgt omschreven: 'het bieden van beschermende huisvesting en (woon) begeleiding aan relatief zelfstandige oudere personen die ten gevolge van psychiatrische en/of ernstige psychosociale problematiek reeds langere tijd beperkt zijn in hun persoonlijk en sociaal functioneren. Een bijkomend doel is dehospitalisatie en een meer genormaliseerd beroep doen op zelfredzaamheid en sociale vaardigheden.

De patiënten zijn afkomstig van APZ Duin en Bosch. 11 van de 21 bewoners kwamen van een afdeling voor bejaarde uitbehandelde patiënten. Zij verbleven gemiddeld al 40 jaar in het APZ, vormden een relatief gemakkelijke groep met verhoudingsgewijs weinig zorg- en begeleidingsbehoefte. Ze woonden als deel van een groep van 16 in een afdeling met een sterk groepsgerichte benadering, veel structuur en veel vaste programma's. De andere 10 patiënten zijn afkomstig van onder andere de afdeling kortdurende opname;

het betreft mensen die niet in het APZ hoefden te blijven maar ook niet terug konden naar de situatie waaruit ze afkomstig waren. Aanleiding voor het besluit om deze patiënten naar het Liornehuis te laten verhuizen was de noodzaak voor Duin en Bosch om te deconcentreren. Een van de paviljoens was afgekeurd, er kwam geen toestemming om nieuwbouw te plegen, dus werd men genoodzaakt een paviljoen te sluiten.

De groep langverblijvers was sterk gehospitaliseerd. Doel van het project was, zoals beschreven, dehospitalisatie maar ook integratie. Het achterliggende idee was te proberen de groep oudere chronisch psychiatrische patiënten van hun stigma te ontdoen, ze een nieuwe status te geven. De verhuizing naar een andere plek was voor deze groep in eerste instantie bedreigend. Men heeft overredingskracht moeten gebruiken, maar als iemand per se niet wilde, hoefde hij niet te verhuizen. Mensen werden 'over de drempel' gehaald door ze bijvoorbeeld te attenderen op de mogelijkheid in Hoorn de markt te kunnen bezoeken. Nu men inmiddels ruim een jaar in het Liornehuis woont blijken de doelstellingen goed gerealiseerd te zijn. Patiënten zijn veel zelfredzamer geworden: mensen hebben leren thee/koffiezetten, douchen, gebruik maken van de pinautomaat. Men blijkt dingen te kunnen, die begeleiders niet verwacht hadden. Ook storend gedrag is afgenomen. Typerend is de uitspraak van een patiënt dat 'dat hier toch niet kan, ik ben hier niet in de inrichting'. Er is sprake van een goede integratie met de bewoners van het Liornehuis: veel activiteiten in het huis worden gezamenlijk ondernomen. De relatief 'jongere' groep psychiatrische patiënten brengt levendigheid in het verzorgingshuis. Opvallend is ook dat het bezoek van familie/bekenden toeneemt sinds de patiënten in het Liornehuis wonen; men vermoedt dat dit samenhangt met de ontstigmatisering. Als voordeel van gezamenlijke huisvesting met het verzorgingshuis ziet men dat de hele omgeving en de activiteiten zijn ingesteld op de oudere mens. Voeding is aangepast evenals het type activiteiten dat wordt aangeboden, lokale tradities spelen een belangrijke rol. Bovendien is de organisatie in hoofdzaak ingesteld op wonen, terwijl het APZ voornamelijk ingesteld is op behandelen.

Een verschil met het verzorgingshuis is dat in dit project nadrukkelijk gekozen is voor groepswonen, terwijl het verzorgingshuis op individueel wonen is ingesteld. Men vindt dit groepswonen, in combinatie met de privacy van een eigen kamer en sanitair, belangrijk omdat hiermee vereenzaming wordt tegengegaan. Geïnterviewden zijn van mening dat de problematiek van vereenzaming bij het zelfstandig laten wonen van patiënten

sterk onderschat wordt.

De doelgroep

Doelgroep van het project zijn psychiatrische patiënten ouder dan 65 jaar, die relatief zelfstandig zijn en tengevolge van psychiatrische en/of psychosociale problematiek beperkt zijn in hun persoonlijk en sociaal functioneren. Het gaat daarbij om mensen die bovendien bereid en in staat zijn om in groepsverband te wonen. Momenteel wonen er in het Liornehuis 21 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 75 jaar. Elf zijn afkomstig van de afdeling langverblijf van het APZ, tien zijn via de opnameafdeling naar het Liornehuis gegaan. Voor de elf langverblijvers wordt het Liornehuis, of een andere dergelijke vorm van groeps-wonen, als een permanente woonplaats gezien. De anderen zullen naar verwachting op termijn ofwel zelfstandig kunnen gaan wonen ofwel naar het verzorgingshuis verhuizen.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor het project geschiedt door het APZ. Patiënten kunnen niet rechtstreeks in het Liornehuis worden aangemeld, plaatsing loopt altijd via en vanuit het APZ. De volgende indicatiecriteria worden gehanteerd:

- de bewoner is 65 jaar of ouder;
- de bewoner functioneert voor het grootste deel zelfstandig en is niet 24-uurs zorgbehoefstig;
- de bewoner vertoont geen sterk afwijkend gedrag;
- de bewoner dient zelf zorg te besteden aan de eigen woon- en leefomgeving;
- de bewoner moet in staat zijn/bereid zijn om samen met anderen te wonen en rekening met anderen te houden.

Er wordt niet geïndiceerd naar psychopathologie, bovengenoemde indicatiecriteria lopen daar dwars doorheen. Zo zijn er bewoners met schizofrene stoornissen, met depressies, sommigen zijn zwakbegaafd. Het gaat meestal om mensen die volgens de NZi-behandelmodule vallen in de categorie B3V0 (geen verzorgingsbehoefte, middelmatige beschermingsbehoefte). Wanneer men te veel ADL-zorgbehoevend is, is dat een contra-indicatie. Zelfs wanneer men incontinent is, is dit al een contra-indicatie. Dit hangt samen met de beperkte personeelsformatie. Wanneer een patiënt tijdens het wonen in het Liornehuis meer zorgbehoevend wordt, zal men wel proberen deze zo lang mogelijk te houden, maar ook hier geldt dat bij een grote verzorgingsbehoefte teruggeplaatst moet worden. Daarnaast wordt er gekeken naar de mate waarin storend gedrag kan voorkomen en er sprake is van gebrek

aan decorum. Inmiddels durft men hierin wel verder te gaan dan bij de start van het project, omdat men ervaren heeft dat patiënten hun gedrag kunnen aanpassen aan de nieuwe situatie.

In vergelijking met andere langdurige chronische psychiatrische patiënten is deze groep meer zelfredzaam. Vanuit Duin en Bosch zou er nog wel een groep van dergelijke omvang samen te stellen zijn. De anderen hebben meer ADL-zorg nodig en kunnen om die reden niet naar deze woonvorm verhuizen. Wanneer er meer personeel beschikbaar zou zijn, zou dit wel mogelijk zijn.

Zorg- en dienstverlening

De formatie is opgebouwd uit:

- 1 hoofdverpleegkundige (0,2 FTE's);
- 1 hoofdbehandelaar/huisarts (0,2 FTE's);
- 5 persoonlijk begeleiders (4,2 FTE'S);
- verzorgende (1,6 FTE's);
- huish. medewerker (1 FTE's);
- activiteitenbegeleiding (0,63 FTE's);
- psychiater (0,02 FTE's)
- maatschappelijk werk (0,02 FTE's)

Elke bewoner heeft een persoonlijk begeleider. Deze is overdag in de woongroep aanwezig. Aanwezigheidsdienst is er van 's ochtends 7.00 tot 's avonds 23.00 uur. Voor de nacht wordt 1 uur nachtdienst van het verzorgingshuis ingehuurd. Wanneer er tijdelijk meer zorg nodig is, levert het APZ deze zelf. De persoonlijk begeleiders verzorgen 'training on the spot', dat wil zeggen dat patiënten een aantal vaardigheden (weer) aanleren waardoor hun zelfredzaamheid toeneemt, zoals koken, hun kamer opruimen, de stad ingaan. Men ziet het samenwonen als een vorm van behandeling, een therapeutisch milieu. De begeleiders zijn steeds aanwezig, begeleiden, ondersteunen en corrigeren.

Patiënten hebben bepaalde corveetaken, zoals afwassen en opruimen. Er wordt structuur geboden maar ook veel ruimte gelaten voor invulling van dagbesteding. Naast de corveetaken is alleen het samen eten verplicht. Daarbuiten kan de patiënt zich wanneer hij/zij dat wil onttrekken aan de groep.

De dagbesteding van patiënten is gevarieerd. Er is een activiteitenbegeleidster die voor 60% in dienst is van het APZ, voor 40% van het verzorgingshuis. Gedurende het eerste half jaar van het project is voor een beperkt aantal uren een ergotherapeute ingehuurd om patiënten praktische vaardigheden te leren zoals telefoneren en pinnen en heeft ze samen met hen de omgeving verkend. Sommige patiënten zijn nu vaak op pad in de stad, anderen bezoeken incidenteel de markt of een winkel. De

activiteitenbegeleidster werkt met gemengde groepen van verzorgingshuis en APZ. Het gaat dan om activiteiten als borduren, breien maar ook om reality orientation training. Patiënten nemen ook regelmatig deel aan andere activiteiten van het verzorgingshuis zoals gymnastiek. Bewoners van het verzorgingshuis komen regelmatig naar de afdeling om te kaarten. Vlakbij het Liornehuis ligt een Dagactiviteitencentrum, hiervan wordt door 2 à 3 bewoners gebruik gemaakt. Er zijn enkele bewoners die zelf hun dag invullen en veel op pad zijn. Dit zijn mensen die niets op te leggen is, men kiest daar ook niet voor.

De patiënten hebben een vaste behandelaar tevens huisarts. Deze houdt eenmaal per week spreekuur in het Liornehuis. Daarnaast wordt in wisseldienst met huisartsen uit Hoorn gewerkt.

Behandeling bestaat meestal uit een gesprek, vooral voor nieuwkomers heeft dit een belangrijke functie. Therapiën vinden niet plaats. Eenmaal per maand komt de psychiater langs, deze is verder vanuit het APZ altijd beschikbaar voor overleg.

De persoonlijk begeleiders zijn voor de start van dit project getraind in de andere werkwijze. Anders in de zin dat er een minder vaste groepsaanpak is, dat per patiënt bezien wordt wat de mogelijkheden en behoeften zijn en dat patiënten daarin ondersteund en getraind worden.

De patiënten zijn van te voren niet 'getraind'. Er zijn wel bezoeken afgelegd naar het Liornehuis en naar Hoorn, en ook andersom vanuit het Liornehuis naar Duin en Bosch, maar door de korte voorbereidingstijd (± 3 maanden) was er voor meer geen tijd. Men ervaart dit niet als een gemis, omdat de training ter plekke goed bleek te werken.

Wonen

Zoals eerder beschreven wordt het wonen in een groep beschouwd als een vorm van behandelen. Voor een deel van de patiënten, de vaste kern, zal het wonen in dit huis een blijvend karakter hebben, voor anderen heeft deze woonvorm een 'doorstartfunctie'. Dat wil zeggen dat het een tijdelijke vorm is in afwachting van verhuizing naar een andere woonvorm. Dit kan zijn zelfstandig wonen, wonen in een verzorgingshuis of in een sociowoning.

Het Liornehuis ligt op 40 km. afstand van het APZ in de gemeente Hoorn. Het ligt in een wijk met veel woonbebouwing, nabij het ziekenhuis, op enige afstand van het centrum. Rondom het gebouw is een goede sociale veiligheid. Ook de fysieke veiligheid is goed, hoewel er een redelijk drukke weg voor het gebouw loopt. Met een belbus kunnen bewoners snel in het stadscentrum komen, hiervan wordt regelmatig gebruik gemaakt. Op de etage bevinden

zich 21 appartementen bestaande uit een zitslaapkamer met kleine pantry, eigen sanitair en een balkon. De appartementen liggen aan weerszijden van een lange gang. Aan het eind van deze gang ligt de gezamenlijke woonkamer, eetkamer en keuken. Deze drie ruimten staan in open verbinding met elkaar, hetgeen veel levendigheid geeft. Met name de keuken is het hart van de verdieping. Hoewel men in eerste instantie twijfels had bij deze open constructie, bevat het goed omdat bewoners vanzelf bij de keukenactiviteiten worden betrokken. Op de etage bevindt zich tevens het kantoor van de begeleiders; dit is gesitueerd nabij de gemeenschappelijke ruimten. Op de begane grond liggen de activiteitenruimten van het verzorgingshuis. Hiervan wordt regelmatig gebruik gemaakt.

De privacy van bewoners wordt gewaarborgd, doordat ze allen een eigen zitslaapkamer hebben en eigen sanitair. Iedereen heeft een eigen sleutel van de voordeur en van de eigen kamer en bepaalt zelf wie hij/zij op de kamer binnen laat. Als een bewoner op zichzelf wil zijn, wordt dit gerespecteerd. Er bestaat een regeling voor het betreden van de eigen kamer van bewoners door de begeleiding.

Er is sprake van enkele huisregels. Deze betreffen de volgende zaken:

- maaltijden dienen gezamenlijk te worden gebruikt;
- er zijn afspraken over afwijkend gedrag: bewoners worden geacht geen overlast te veroorzaken ten aanzien van bewoners van het verzorgingshuis;
- het onderhoud van de eigen kamer;
- corveetaken zoals afwassen en opruimen. Bewoners vallen niet onder het huurrecht. Het APZ huurt de etage van het verzorgingshuis. Wonen is gekoppeld aan begeleiding/behandeling. Er wordt een all-in tarief gehanteerd.

Keuzemogelijkheden bewoners

De patiënt heeft binnen deze woonvorm geen keuzen uit meerdere varianten. Men kiest voor deze groepswoonvorm of niet.

Begeleiding is overdag permanent aanwezig, 's nachts kan een patiënt de nachtdienst inschakelen. Men heeft een vaste behandelaar. Men heeft geen keuze in medebewoners: het gaat om één groep, het APZ beslist over plaatsing.

De dagbesteding is, met uitzondering van de huisregels zoals hiervoor beschreven, vrij. Men biedt verschillende mogelijkheden aan maar patiënten beslissen zelf wat ze willen doen. Het binnenshuis bezig zijn met huishoudelijke activiteiten kan voor sommigen al een groot deel van de dag in beslag nemen.

Bij de start van het project konden de bewoners kiezen uit een paar kleuren voor de vloerbedekking en het schilderwerk. De inrichting van hun eigen zitslaapkamer konden ze verder zelf bepalen. Het APZ leverde een bed en een kast wanneer bewoners dat wensten. In de praktijk blijkt dat sommige bewoners zeer veel werk maken van de inrichting van hun kamer, anderen hebben daarvoor minder interesse. De gemeenschappelijke ruimten zijn in overleg met de bewoners door het APZ ingericht.

Financiering

De woon- en begeleidingskosten worden voor alle patiënten gefinancierd uit de AWBZ-verstrekking. Patiënten hebben een eigen zakgeld van f 300,- per maand. Voor een aantal patiënten is bewindvoering ingesteld. Deze is ondergebracht bij een aparte, onafhankelijk organisatie voor vermogensbeheer.

De afdeling maakt ook financieel onderdeel uit van Duin en Bosch. Dit leidt er mede toe dat men duurder is dan in de oude situatie. Door de afstand van Duin en Bosch zijn de kosten van overhead, medicijnverstrekking, bewassing die wel door Duin en Bosch verzorgd worden hoger dan toen men op het terrein gevestigd was. Ook de personeelskosten zijn bij deze werkwijze hoger. In de oude situatie viel de groep langverblijvers onder een streng groepsregime van 1 verpleegkundige. De persoonlijke aanpak in de nieuwe situatie leidt tot een grotere personeelsformatie. Een extra kostenpost vormen de warme maaltijden die van het verzorgingshuis worden afgenomen. Ook deze zijn duurder dan in het grootschalige Duin en Bosch.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Geïnterviewden verwachten dat in de toekomst het psychiatrisch ziekenhuis heel klein zal worden. Het wonen van chronisch psychiatrische patiënten kan veel meer verspreid plaatsvinden, in woonwijken in de regio. Voor de oudere patiënten acht men het noodzakelijk dat er een goede samenwerking komt met het verpleeghuis. De groep psychiatrische patiënten met een grote zorgbehoefte dreigt anders tussen wal en schip te vallen. Men denkt dan aan het aanhaken van een afdeling aan het verpleeghuis waarin de deskundigheid van het APZ en van het verpleeghuis gecombineerd worden.

Daarnaast kan voor het wonen aangehaakt worden aan de RIBW's die al ervaring hebben met kleinschalige woonvormen.

Geïnterviewden ondersteunen het streven naar circuitvorming, in de eigen regio wordt hieraan hard gewerkt.

Voor wat betreft de ouderen ziet men een belemmering in de verschillende financiële regelingen die er zijn. De schotten tussen de AWBZ en de WBO zijn te groot. Het op termijn verdwijnen van de WBO kan een stap in de goede richting zijn.

De groep chronisch psychiatrische patiënten die op een APZ-terrein zal moeten blijven is de groep waar iedereen last van heeft. Het gaat dan om mensen die ernstig gedragsgestoord zijn en zich niet kunnen handhaven in een normale omgeving. Het zal dan om een beperkte groep mensen gaan.

Duin en Bosch heeft momenteel nog 800 bedden. Men streeft naar 350 bedden over 10 jaar. Geïnterviewden schatten dat er van deze groep zo'n 20 % een gesloten setting behoeft, dus nooit uitgeplaatst zou kunnen worden.

APZ Duin en Bosch is bezig met het opstellen en uitwerken van een masterplan voor de toekomst. De daarin voorgestelde aanpak wordt hieronder kort omschreven.

De deconcentratie zal erop gericht zijn een goede regionale spreiding tot stand te brengen. Momenteel wordt samengewerkt met de RIAGG en de RIBW met als doel te komen tot circuitvorming. Men heeft daarbij de intentie voorzieningen de deconcentreren naar de vier regio's (Zaanstreek, Waterland, West-Friesland en Midden-Kennemerland) die tot het verzorgingsgebied behoren. In elke regio zal een samenhangend stelsel van voorzieningen moeten ontstaan. Kernpunten van het masterplan dat hiervoor is ontwikkeld:

- vorming van regionale centra;
- deconcentratie naar de vier regio's van \pm 500 van de 800 bedden in 2005;
- handhaving van de centrale functie van Duin en Bosch voor gespecialiseerde programma's en programma's waarbij de binding met het leefmilieu niet aanwezig of gecontra-indiceerd is. (in 2005 zo'n 300 bedden);
- te vormen nieuwe 'afdelingen' in de regio moeten volgens het plan een minimale omvang van 50-70 patiënten hebben. Dit om financiële en organisatorische redenen. Een kleinere omvang acht men te gering om een behandel- en of verpleegkundige staf te vormen. Men baseert zich hierbij op de omvang die geadviseerd wordt voor MFE's.
- voor de langdurige zorg zullen in met name uitgestrekte regio's, wijkcentra voor crisisopvang worden opgericht, eventueel met een beperkte klinische capaciteit die ten dienste staan van alle in de wijk woonachtige patiënten met een chronische problematiek;
- voor de ouderenzorg zullen verblijfsvoorzieningen worden

opgericht zoveel mogelijk in combinatie met andere voorzieningen voor ouderen (verzorgingshuis, verpleeghuis).

3.4 Project Traploze Zorgschakering

Algemene gegevens

Het project **Traploze Zorgschakering** is in 1994 gestart als een initiatief van de Stichting Rosenberg, in samenwerking met de RIAGG Zuidhage en de RIBW Den Haag.

Het algemene doel van het project kan als volgt omschreven worden: het project streeft ernaar voor chronisch psychiatrische patiënten met een schizofrene of schizo-affectieve stoornis een situatie te creëren waarin door middel van rehabilitatie de kwaliteit van leven verbeterd wordt. Dat betekent dat ernaar gestreefd wordt mensen te laten wonen in een omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp. Daarnaast werkt men opnamefaciliterend, zodat in probleemsituaties de omgeving en het sociale netwerk niet te zwaar belast worden.

Het initiatief tot het project is genomen door P.C. Rosenberg en de RIAGG Zuidhage. Spoedig is samenwerking gezocht met de RIBW Den Haag. Momenteel wordt de samenwerking uitgebreid naar de RIAGG Noordhage en in een later stadium RIAGG Westhage. Uiteindelijk is het streven erop gericht het project traploze zorgschakering uit te breiden tot heel Den Haag, waarbij gedacht wordt aan het opzetten van een zestal mobiele behandelteams die elk 400 patiënten onder hun hoede hebben.

De situatie voor de start van het project kan als volgt omschreven worden. De kliniek was min of meer dichtgeslibd, er waren 120 patiënten waarvan een deel getypeerd kon worden als woonpopulatie, een ander deel als chronische draaideur patiënt. De woonsituatie liet veel te wensen over, de afdeling was gevestigd in een verouderd deel van de kliniek met een paviljoenstructuur. Daarnaast waren er klachten van RIAGG en RIBW dat acute opnamemogelijkheden ontbraken. Er is toen besloten mobiliteit op de bedden te brengen door te proberen patiënten uit te plaatsen en tegelijkertijd een laagdrempelige toegang tot de kliniek voor acute opname te maken.

De doelgroep

Doelgroep van het project is de chronisch schizofreen psychotische patiënt in de leeftijdscategorie tussen 18 en 65 jaar. Mensen met een ernstige persoonlijkheidsstoornis vallen buiten de doelgroep. Dit hangt samen met het feit dat het PC de laatste tijd

meer functiegericht is gaan werken, waarbij voor de groep patiënten met een persoonlijkheidsstoornis een andere benadering gekozen wordt. De bejegeningstijl van traploze zorgschakering wordt voor deze groep niet geschikt geacht.

De groep die op dit moment in het project deelneemt is afkomstig uit de langdurige zorg van het APZ en de RIAGG.

Het totaal aantal patiënten dat aan het project deelneemt bedraagt nu 150. De gemiddelde leeftijd ligt rond de 40 jaar. Er nemen weinig 20-ers deel en ook nauwelijks mensen boven de 60 jaar. Dit hangt samen met het feit dat jonge mensen vaak niet (meer) voor het APZ geïndiceerd worden. Ouderen die vaak al jaren op het terrein wonen kiezen ervoor om op het terrein te blijven. Het bleek bij de start van het project dat met name de groep langdurig verblijvenden moeilijk te motiveren was om te verhuizen (zie: Laura Kaiser, *Het bevorderen van de motivatie tot revalidatie van langdurig opgenomen psychiatrische patiënten*, proefschrift, Utrecht, 1992). Het zelfstandig wonen is met name voor jongere mensen tussen de 30 en 50 jaar aantrekkelijk omdat zij geen behoefte hebben aan een vorm van groepswonen. Dit is ook de reden dat voor hen sociowoningen geen goed alternatief zijn. Pas wanneer mensen rond de 50 jaar zijn groeit de wens om met meerdere mensen in een groep te wonen.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor het project geschiedt door het project zelf. Er zijn, met uitzondering van de hiervoor genoemde, geen vaste criteria of een protocol. Aanmelding kan door allerlei instellingen gebeuren (APZ, RIAGG, RIBW). Binnen de groep chronische schizofrene patiënten worden, behalve de leeftijdsgrens 18-65) geen uitsluitingscriteria gehanteerd. Dit betekent dat bijvoorbeeld ook mensen waarbij verslavingsproblematiek een rol speelt binnen het project vallen. Criterium voor plaatsing is of de patiënt zelf wil.² Zelfs als de hulpverlening twijfelt wordt de wens van de patiënt gerespecteerd. Enige voorwaarde is dat de patiënt moet toe kunnen met maximaal 5-6 uur hulp aan huis per week. Dit is bijna altijd het geval. Als dit niet zo is, gaat het om toezicht in plaats van om hulp. Wanneer iemand volgens de diagnose permanent toezicht behoeft is dat een contra-indicatie. Dit komt bij deze categorie patiënten zelden voor.

Zorg- en dienstverlening

Het project 'traploze zorgschakering' werkt met een mobiel behandelteam.

Het 'mobiel behandelteam' bestaat uit de volgende disciplines:

- sociaal-verpleegkundigen (3 FTE);
- mobiel revalidatiewerkers (B-verpl.) (3 FTE);
- een psychiater (1 FTE);
- een psycholoog (1 FTE);
- verpleegkundig begeleiders (21 FTE);
- maatschappelijk werkende (0,7 FTE).

Mensen zijn gedetacheerd vanuit het APZ en de RIAGG. Het accent in de werkwijze van het mobiel behandelteam ligt op behandeling in relatie tot problemen en beperkingen, maar steeds uitgaand van de wensen en behoeften van de patiënt. Daarnaast is de sociale omgeving van belang, waarbij gesteld wordt dat integratie als zodanig geen doel is. Het sociale netwerk bestaat bij de langdurig chronici vaak uit (ex-) medebewoners en hulpverleners. Kenmerkend van deze aanpak is dat aangeboden zorg losgekoppeld wordt van de lokatie.

Karakteristiek voor de werkwijze van het team is dat de patiënt dezelfde behandelaar/begeleider houdt onafhankelijk van de woonsituatie. Als iemand die zelfstandig woont tijdelijk wordt opgenomen houdt hij met dezelfde personen contact. De spv-er treedt, waar de patiënt ook verblijft, op als casemanager. De mobiel revalidatiewerkers werken deels in de kliniek, maar leveren ook zorg aan huis.

Er wordt altijd een individueel zorgplan opgesteld waarin zaken met betrekking tot crisisinterventie, behandeling en revalidatie worden geregeld. Er werken verschillende disciplines in het project. Per discipline heeft een deelnemer steeds met een vast persoon te maken.

Cliënten kunnen 24 uur per dag een beroep doen op de kliniek, er zijn in totaal 30 bedden beschikbaar voor tijdelijke terugval. Hiervan wordt regelmatig gebruik gemaakt, het gaat meestal niet om acute crises, omdat deze groep patiënten van te voren vaak al goed kan inschatten wanneer het 'mis' dreigt te gaan. Uitgangspunt hierbij is dat een goede ambulante behandeling en begeleiding sterk afhankelijk is van de mogelijkheden tot crisisinterventie. Medische behandeling wordt geleverd door de psychiater en of de spv-er. Men is bezig met het uitbreiden van verstrekking van medicatie in depotvorm. Hoewel dit bij sommige patiënten op weerstand stuit werkt dit steeds beter. Cognitieve therapieën worden gedaan door de psycholoog.

Door de mobiele revalidatiewerker worden trainingen sociale vaardigheden en zelfredzaamheid zoveel mogelijk 'on the spot' gegeven: op de plek waar de patiënt woont. Gebleken is dat dit veel effectiever is dan een training voorafgaand aan ontslag uit het APZ, omdat mensen de vertaalslag naar de dagelijkse werkelijk-

heid niet of moeilijk kunnen maken. (zie ook: M. Appelo, Het Assense Rehabilitatieproject). Wanneer daaraan behoefte is krijgt de patiënt hulp bij ADL en bij huishoudelijke activiteiten. Dit varieert sterk. De hulp wordt gegeven door de verpleegkundig mobiel rehabilitatiewerker; het komt ook wel voor dat hiervoor alfahulpen worden ingeschakeld. Daarbij is van belang dat deze goed gecoacht worden. Het blijkt overigens dat de vraag naar praktische hulp groot is, bijvoorbeeld hulp bij het bed opmaken, beheer van geld et cetera. De vraag van de patiënt is altijd van een dergelijke praktische aard. Hier wordt op ingespeeld: het biedt vaak een goede gelegenheid om gesprekken aan te knopen. Administratieve hulp, hulp bij budgettering, bij zoeken naar werk en huisvesting, bij verhuizen worden allen naar behoefte geboden. Het meeste gebeurt door de mobiele rehabilitatiewerker. De maatschappelijk werker van de kliniek fungeert als supervisor bij ingewikkelde regelgeving rond uitkeringen, schulden et cetera. Activering opgevat als 'het aanzetten tot het doen van activiteiten' wordt niet als expliciete doelstelling gezien. Uitgaande van de rehabilitatie-opvatting dat de patiënt centraal staat, zal het sterk afhangen van de patiënt in hoeverre hij zich bepaalde vaardigheden kan of wil verwerven. Men zal patiënten niet dwingen om 'actief' te worden. Bij het zoeken van vormen van dagbesteding biedt de mobiele rehabilitatiewerker wél ondersteuning. Het aanbod op het gebied van dagbesteding is echter momenteel vrij mager. De stad Den Haag beschikt over slechts 1 dagactiviteitencentrum. Dit wordt door patiënten wel gebruikt als inloop, om koffie te drinken en contact te maken. Een enkeling werkt met fietsen of volgt er een typecursus. Een onderzoek onder patiënten op Rosenburg heeft uitgewezen dat er vooral behoefte is aan een dagbesteding in de vorm van werk, liefst betaald. Als dat niet mogelijk is wel men in elk geval iets nuttigs doen. Momenteel wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een educatief dagprogramma en het opstarten van een werkproject op het terrein van de kliniek. Recreatieve activiteiten worden er weinig geboden, zo ze er zijn dan alleen op het terrein van de kliniek. Het valt op dat veel voormalige APZ-bewoners vaak de kliniek bezoeken om er koffie te drinken en oude contacten te ontmoeten. Maatschappelijk integratie als zodanig wordt niet nagestreefd, omdat dit niet echt lukt. Het gaat er om dat mensen zich zo goed mogelijk in de maatschappij leren staande houden. In het algemeen zoekt men voor het sociale netwerk toch vooral naar lotgenoten. Een praktisch probleem in het werken met het mobiel behan-

delteam doet zich voor in het feit dat het moeilijk is zaken logistiek goed op elkaar af te stemmen. Dit hangt samen met het feit dat verschillende leden van het behandelteam op verschillende plekken zitten. Door middel van een computernetwerk waarin alle gegevens geregistreerd worden probeert men dit op te lossen.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Wonen

Deelnemers aan het project gaan zelfstandig wonen. Het gaat dan meestal om wonen op kamers of in een pension, verspreid over de stad. Echt zelfstandige huisvesting in de vorm van een woning of flat komt weinig voor (tenzij iemand nog zelf een woning had). Dit hangt samen met het feit dat de gemiddelde wachttijd voor een woning in Den Haag acht jaar is. Als eenmaal besloten is dat een deelnemer alleen kan gaan wonen, is het niet zinvol op toewijzing te gaan wachten. De bedoeling is overigens wel dat dit jaar met een woningbouwvereniging overlegd gaat worden over mogelijkheden voor instroom in reguliere woningen, waarbij vanuit het mobiele behandelteam zorg en opname gegarandeerd worden.

Begeleiding

De aard en wijze van begeleiding geboden door het mobiel behandelteam wordt in overleg met de deelnemer vastgesteld. Met sommige patiënten zijn vaste tijdstippen afgesproken, bij anderen fluctueert dat. Mensen kunnen te allen tijde naar de kliniek bellen als er behoefte is aan extra begeleiding: er is 7 x 24 uur bereikbaarheid. Met de patiënten is afgesproken dat ze te allen tijde kunnen worden opgenomen. Ze kunnen ook zichzelf laten opnemen. In de praktijk lijkt deze 'opnamegarantie' ertoe te leiden dat de opnamefrequentie toeneemt, de totale opnameduur neemt echter af. De psychologische werking van deze 'terugvalmogelijkheid' is groot. Het feit dat het kan, biedt vaak al zoveel zekerheid dat van de mogelijkheid soms slechts heel kort gebruikgemaakt wordt. Een voorbeeld: een patiënte die vaak angstig is, liet zich aan het begin van de avond opnemen, maar was aan het eind van de avond weer in staat naar haar eigen huis terug te keren.

Dagbesteding

Mensen hebben een vrije keuze in hoe ze de dag willen besteden. Zij kunnen zelf aangeven of en welke wensen erop dat terrein zijn. Ze krijgen desgewenst ondersteuning bij het invullen van hun dagbesteding door de mobiel rehabilitatiewerker. Zoals eerder be-

schreven is het aanbod momenteel vrij mager.

Financiën

Mensen die buiten de kliniek zijn gaan wonen beschikken over een eigen inkomen, meestal in de vorm van een uitkering. Hun vrij besteedbaar gedeelte hangt sterk af van de wijze waarop hun huisvesting geregeld is. Sommige mensen die in pensions wonen houden na aftrek van hun pensionkosten minder over dan de zakgeldregeling die geldt voor patiënten in de kliniek. Dit heeft te maken met de hoge bedragen die door sommige pensions gevraagd worden voor kost en inwoning.

Mensen die in de kliniek wonen beschikken over een zakgeld van f 300,-. Als ze gaan werken mogen ze per dag f 5,- houden.

Inrichting woning

Het wonen speelt zich af buiten de kliniek. Patiënten zijn volledig vrij om zelf de inrichting te regelen.

Financiering

De woonlasten worden door de patiënt zelf betaald. De meesten hebben beschikking over een eigen inkomen bestaand uit een uitkering. Men betaalt daaruit de huur of pensionprijs. De kosten voor zorg en begeleiding worden betaald vanuit de reguliere financiering van het APZ. Daarnaast is er een extra bedrag gedurende drie jaar beschikbaar vanuit het zorgvernieuwingsfonds. Tevens worden gelden besteed van uit de OVDB (opname vervangende dagbehandeling). Er is een aantal financiële beperkingen die het optimaal uitvoeren van het project in de weg staan. Zo is er een groep patiënten die overdag naar de kliniek komt om er te eten en er te verblijven. Je zou dat kunnen zien als deeltijdbehandeling, maar omdat de afdeling niet over de mogelijkheid van deeltijdbehandeling beschikt, moet uitgeweken worden naar een andere verstrekking om dit te financieren (poliklinische). Daarnaast kampt men met het probleem van de dubbele verstrekking die gemaximeerd is op zes weken. Dit geldt echter met name voor het onderdeel waarin samengewerkt wordt met de RIBW. Als groot nadeel van de RIBW wordt gezien dat deze geen woonbescherming biedt. Als iemand in de RIBW bijvoorbeeld ernstig psychotisch wordt en langer dan zes weken moet worden opgenomen in het APZ, vervalt zijn plaats in de RIBW. Geïnterviewde pleit voor het instellen van een transmurale norm, waarin de kosten gekoppeld worden aan de patiënt en niet aan bijvoorbeeld 'het bed'. Dit laatste remt vernieuwing af, omdat een bed nu eenmaal meer geld oplevert dan een dagbehandelplaats.

Loskoppelen van onroerend goed van de zorg zou daarom een goed idee zijn.

Een andere probleem is het feit dat het moeilijk is om constructies te bedenken voor het overnemen van bepaalde financiële zaken voor de patiënten. Men wil de patiënt soms behoeden voor het doen van uitgaven die hem/haar in de problemen kunnen brengen ,maar hiervoor zijn nauwelijks juridische constructies mogelijk.

Verder verloop project traploze zorgschakering

Het project wordt gefinancierd tot juli 1997. Momenteel wordt gemeten welke diensten precies worden geleverd, hoeveel tijd ze in beslag nemen en wat de kosten zijn. Op die wijze hoopt men aan het eind een goed beeld te hebben van de kosten per onderdeel en aan welke diensten het meest behoefte is.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Het is volgens geïnterviewde noodzakelijk een lange termijn beleid te ontwikkelen voor het APZ. Je zou daarbij kunnen denken aan een soort sterfhuisconstructie voor 'old chronics'. De nieuwe chronici moeten op een andere wijze te socialiseren. De driedeling opname-behandeling-verblijf moet daarbij doorbroken worden. Er dienen zorgteams te ontstaan die gezamenlijk voor één groep patiënten werken, onafhankelijk waar die patiënt woont of verblijft. Bij chronici gaat het om een duurzame handicap, daarvoor moet je een duurzame prothese bieden in de vorm van zo'n team. De psychiater kan dan een rol krijgen vergelijkbaar met de huisarts.

Er zal voor een deel van de chronische populatie in de toekomst een asielfunctie nodig zijn. Het betreft dan de groep die vanwege zeer storend gedrag niet in de maatschappij geplaatst zal kunnen worden. Voor hen dient gestreefd te worden naar het realiseren van een goede woonkwaliteit in een beschermde setting. Geïnterviewde is van mening dat een dergelijke asielfunctie wat buitenaf gelegen moet zijn, zodat iemand ongestoord 'gek' kan zijn. Als voorbeeld wordt genoemd het Surinameplein waar mensen, omdat ze midden in de stad wonen, veel meer gedwongen binnen moeten blijven dan voorheen. Het APZ zal voor deze groep kunnen blijven functioneren.

Daarnaast zal het APZ een nuttige functie kunnen blijven vervullen voor: acute opname en behandeling. De term 'acut' moet dan breed opgevat worden. Voor een chronische patiënt kan

het feit dat zijn geld op is tot een acute opname leiden. Het gaat om het bieden van een terugvalmogelijkheid op korte termijn waardoor de patiënt niet het risico loopt zijn opgebouwde sociale netwerk te verliezen. Het blijkt vaak grote problemen op te leveren als een patiënt langere tijd moet wachten op opname. Hij kan daarmee zijn krediet bij zijn omgeving kwijtraken hetgeen betekent dat het moeilijk of onmogelijk wordt weer in de normale situatie terug te keren. Geïnterviewde geeft aan het nuttig te vinden als voor bepaalde specifieke groepen er categoriale voorzieningen zouden ontstaan, met gespecialiseerde hulpverleners. Te denken valt bijvoorbeeld aan drugsverslaafden met psychiatrische problemen, korsakov-patiënten. De afdeling mid-stay met een verblijfsduur tot twee jaar zou afgeschaft kunnen worden. Een behandelduur van zes maanden is in bijna alle gevallen toereikend. Een langer verblijf wordt bijna altijd veroorzaakt door schulden en/of dakloosheid en niet door de noodzaak van psychiatrisch toezicht. Deze omschrijving roept sterke associaties op met een Multifunctionele Eenheid voor chronici, waarbij de wijze waarop nu met een mobiel behandelteam transmuraal zorg wordt verleend een goed voorbeeld van de werkwijze van een MFE kan zijn.

Belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren

Als grootste probleem voor de psychiatrie ziet de geïnterviewde dat niemand zich duurzaam verantwoordelijk voelt voor de chronisch psychiatrische patiënt. Er is in de loop van de tijd een afschuifstelsel ontstaan. Psychiaters werken heel verschillend er is geen erkend protocol voor aanpak en werkwijze. Dit leidt er toe dat een gemiddelde chronische patiënt niet alleen in zijn leven heel veel verschillende behandelaars ziet, maar ook nog behandelaars met een verschillende methodiek en werkwijze.

Het APZ lijkt een leprozen-functie te hebben: alleen in de psychiatrie worden chronici jarenlang gehuisvest in ziekenhuizen (dat gebeurt niet met bijvoorbeeld een suikerzieke). De quarantaine-gedachte die zo succesvol was bij pest, lepra, tbc en cholera heeft in de vorige eeuw vorm gegeven aan het hedendaagse APZ: de samenleving wenst niet of zo min mogelijk geconfronteerd te worden met psychiatrisch patiënten. Samen met Japan besteedt Nederland het meeste geld voor psychiatrische patiënten in de intramurale zorg.

In Engeland is na de hervorming van de psychiatrie het meest opvallend dat men het APZ ontdaan heeft van zijn onroerend goed. Dit ziet de initiatiefnemer als belangrijke verbetering: er wordt in mensen geïnvesteerd en niet in gebouwen. Onderzoek in

Engeland toont aan dat er geen toename van bijvoorbeeld storend gedrag plaatsvindt en ook geen vermindering. Wél blijkt dat de satisfactie van patiënten is gestegen. Onderzoek daar, en ook hier (zie Haveman) toont aan dat ongeveer 30% van de chronisch psychiatrische patiënten niet buiten het APZ kan wonen. Dat hangt samen met hun gedrag dat zodanig storend is dat het leven in een gewone wijk niet mogelijk is. Daarnaast heeft men nu nog te maken met een groep mensen die langer dan 20 jaar in het APZ verblijven. Deze groep wil vaak zelf niet meer weg. (Rosenburg experimenteert nu met het uitplaatsen in een groep van deze langverblijvers. Doel was om een groep van 9 mensen uit te plaatsen, die nabij het APZ in groepsverband zou gaan wonen.) Geïnterviewde vermoedt dat een andere belemmering ligt in de wijze van financiering. Psychiatrie op de huidige wijze is relatief goedkoop, in vergelijking bijvoorbeeld met de verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit zou ontwikkelingen zoals onder paragraaf 9 geschetst kunnen afremmen.

3.5 Sociaal Pension Fokke Simonszhuus

Algemene gegevens

In 1988 heeft de Stichting Volksbond Amsterdam, oorspronkelijk een afdeling van de Bond tegen Drankmisbruik, het initiatief genomen tot de oprichting van het Fokke Simonszhuus. De Stichting heeft tot doel 'zorg te bieden aan mensen die dat nodig hebben en het zelf niet kunnen organiseren'. Eind jaren 80 werd in Amsterdam door de maatschappelijke opvang en door de politie geconstateerd dat er veel mensen op straat zwierven die leden aan ernstige psychiatrische en/of verslavingsproblematiek. Er was voor deze groep geen enkele vorm van opvang. Een deel van hen kon niet terecht in de GGZ vanwege dubbele problematiek: psychiatrie én verslaving. Hetzelfde gold voor de verslavingszorg die geen mensen opneemt met psychiatrische problemen. Daarnaast was er een groep die ofwel verslaafd was, ofwel psychiatrische problemen had, maar geen hulp wenste.

Het sociaal pension Fokke Simonszhuus is opgezet voor deze specifieke groepen. Doel was om een adequate woonplek te bieden, losgekoppeld van het hulpaanbod. Op deze wijze kon ook de groep die geen hulp wenste bereikt worden. Om het doel te bereiken is een woonvoorziening opgezet met daarbij een bepaalde mate van woonbegeleiding. De woonvoorziening omvat een- en meerpersoonskamers voor in totaal 65 personen, enkele algemene ruimten en een centrale keukenvoorziening. Voor de

start van het project werd samenwerking gezocht met de GGZ-partners. Deze samenwerking mislukte om meerdere redenen. Het betrof hier een nieuwe voorziening, waarvoor geen extra financiële middelen beschikbaar waren, waardoor men voor deze partners niet interessant was. Bovendien stuitte de voorgestelde werkwijze bij de GGZ op bezwaren. De Volksbond wilde een basale woonvoorziening bieden waarbij verantwoordelijkheden zoveel mogelijk bij de individuele bewoners berustten. Dit was geen werkwijze die binnen het GGZ-denken paste. Om deze redenen, en omdat het opzetten van samenwerking teveel tijd dreigde te kosten, is de Volksbond alleen verder gegaan met het project. Na de start is samenwerking op gang gekomen met name met de Crisisdienst. Met deze dienst wordt momenteel veelvuldig samengewerkt.

De doelgroep

Doelgroep van het project zijn dak- en thuislozen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen en daarmee samenhangende gedragsproblemen. Het gaat meer in het bijzonder om mensen die door de complexe aard van hun problematiek en door hun vaak afwijzende houding t.a.v. de reguliere hulpverlening, elders niet opgenomen kunnen worden, dan wel willen opgenomen worden. Kenmerken van de doelgroep met complexe problematiek zijn onder meer:

- gebrek aan en moeizame sociale contacten;
- uiteenlopende psychiatrische ziektebeelden;
- slechte financiële situatie en financieel beheer;
- regelmatige botsingen met instanties en hulpverleners;
- slechte lichamelijke conditie en verwaarlozing van de gezondheid;
- subassertiviteit;
- verslavingsproblematiek;
- gebrek aan sociale vaardigheden;
- onregelmatig medicijngebruik;
- gebrek aan inzicht in eigen problematiek;
- slecht inzicht in maatschappelijke structuren.

Bij de start van het sociaal pension verwachtte men vooral veel mensen met schizofrene stoornissen te zullen opnemen. Door de maatschappelijke opvang was gesignaleerd dat deze groep relatief vaak een zwerfend bestaan was gaan leiden. Dit hing samen met de kleinschaligheidsontwikkelingen in de GGZ: een deel van de schizofrenen kon onvoldoende anoniem functioneren in een kleinschalige voorziening zoals een beschermende woonvorm of sociowoning en ging zwerven. Reden waarom het Fokke

Simonszhuys een zekere schaalgrootte en voldoende waarborgen voor anonimiteit nastreefde.

Momenteel wonen er 65 mensen in het pension. Hun achtergrond is zeer verschillend.

Een onderzoek van de GG&GD over de periode 1989-1994 geeft het volgende beeld:

- ongeveer een kwart van de bewoners zijn vrouwen;
- de gemiddelde leeftijd is 37 jaar, waarbij 60% jonger dan 40 jaar is;
- bij ongeveer de helft van de bewoners is sprake van psychische problemen³, eveneens 49% is ooit opgenomen geweest in een APZ of PAAZ. Van deze groep is bij de helft (dus een kwart van de totale populatie) sprake van dubbele problematiek;
- de andere helft van de bewoners bestaat uit verslaafden of mensen met andersoortige problemen.

Bij de bewoners met psychische problemen is opvallend dat het in 63% van de gevallen om schizofrene stoornissen gaat.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor het project geschiedt door het project zelf. Het grootste deel van de bewoners wordt verwezen door Crisisdienst, die daarmee als belangrijkste verwijzer fungeert. Andere verwijzers zijn de dak- en thuislozen zorg, de GG&GD en de verslavingszorg. Omdat deze diensten goed op de hoogte zijn met de indicatiecriteria voor het F. Simonszhuys vindt hier al een voorselectie plaats. In een gesprek tussen F. Simonszhuys en cliënt wordt vervolgens vastgesteld of deze in aanmerking komt. Er wordt hiervoor een indicatieformulier gebruikt en met een klinische blik gekeken. Indicatiecriteria zijn:

- de periode dat iemand dakloos is. Er is geen sprake van een bepaalde tijd dat men minimaal moet hebben gezworven, maar wel wordt gesteld dat iemand die nog maar enkele weken dakloos is, weinig kans maakt op een plaats in het pension;
- de ernst van de problematiek. Hierbij wordt gekeken naar eerdere opnamen elders, mate van psychische en/of verslavingsproblemen, uiterlijk (mate van verzorging c.q. verwaarlozing). Hoe ernstiger de problemen, hoe meer kans men maakt op plaatsing.

De problematiek exact vaststellen is moeilijk, omdat men niet diagnosticeert (men behandelt niet en heeft geen behandelaars in huis). Bovendien baseert men zich op de informatie die mensen zelf geven. Er wordt geen gebruik gemaakt van dossiers van andere organisaties, tenzij ze door de cliënt zelf worden aangeleverd. De ervaring leert dat de 'beteren' meestal niet door

het intakegesprek komen, of, indien dat wel het geval is, zichzelf uitslecteren. Zij houden het maar kort vol in het pension. Momenteel werkt men samen met de GG&GD aan de ontwikkeling van een computerprogramma dat werkt met een neuraal netwerk. Er worden ervaringsgegevens ingevoerd over problematiek, levensomstandigheden en mogelijkheden van bewoners. Bij voldoende gegevens en casus invoer moet dit systeem uiteindelijk kunnen gaan functioneren als een objectief indicatiesysteem. Dit systeem wordt gebaseerd op de programmatuur van een dergelijk systeem voor de jeugdhulpverlening dat in de regio Groningen wordt gebruikt.⁴

Contra-indicaties voor plaatsing in het F. Simonszhuys zijn: te lichte problematiek en/of een te korte thuisloosheidsperiode. Daarnaast wordt gekeken naar de samenstelling van de groep als geheel. Men is in de loop van de tijd tot de conclusie gekomen dat wanneer het aantal bewoners waarbij verslavingsproblematiek voorop staat boven de 20% komt, de kans op onrust in huis toeneemt. Hiermee wordt rekening gehouden bij plaatsing. In overleg met verwijzers wordt in dat geval een tijdelijke stop voor deze doelgroep ingesteld.

Zorg- en dienstverlening

Het sociaal pension heeft de volgende personeelsbezetting:

- 6 begeleiders (4,8 FTE);
- 1 coördinator (0,8 FTE);
- 1 hoofd huishouding (0,6 FTE);
- 2 koks (1,8 FTE);
- 9 toezichthouders (7,2 FTE).

De begeleiders hebben meestal een HBO-IW of B-verpleegkunde opleiding. Hun taak is het bieden van woonbegeleiding. Het gaat dan om het bewaken van de sfeer, het signaleren van problemen die zich voordoen bij het wonen in een groep, daarbij adviseren en ondersteuning bieden. Een belangrijke rol van de begeleiders is het bieden van veiligheid door aanwezig te zijn. Men is veel op de achtergrond aanwezig, laat veel over aan de verantwoordelijkheid van bewoners. Daarnaast is de begeleiding erop gericht om bewoners te leren elkaar te accepteren. Het 'aanwezig' zijn heeft vooral een preventieve functie: door op het juiste moment op de juiste plek te zijn worden escalaties tussen bewoners onderling voorkomen. Er wordt veel structuur geboden door het strikt hanteren van bepaalde huisregels. Deze huisregels hebben betrekking op drank, drugs en geweld. Het gebruiken van drank en drugs in huis is verboden, evenals het gebruik van of het dreigen met geweld. Het blijkt dat deze regels bewoners veel duidelijkheid en veiligheid

bieden. De sanctie op het overtreden van deze regels is uiteindelijk schorsing uit het pension. De begeleiders behandelen niet en dwingen ook niet tot behandeling. Wanneer iemand dreigt te decompenseren wordt wel geadviseerd om hulp te zoeken en zachte drang uitgeoefend. Als iemand niet wil en ernstige overlast geeft moet hij het pension verlaten. In de praktijk doet dit zich zelden of nooit voor. Wanneer behandeling nodig is, vindt deze meestal plaats door de Crisisdienst. Deze heeft een passend aanbod in de vorm van sociaal psychiatrische begeleiding. Zij bezoeken bepaalde bewoners regelmatig en verzorgen hun medicatie. Zij bieden zich ook aan aan nieuwelingen in het pension. Het F. Simonszhuys heeft een maandelijks overleg met de Crisisdienst, waarin de laatste praktische adviezen geeft met betrekking tot specifieke psychiatrische problematiek.

In geval van problemen of crises heeft het pension een rechtstreekse toegang tot de crisisdienst: verwijzing hoeft niet via de huisarts te lopen. Er is geen Bed-op-recept beschikbaar, maar indien nodig zorgt de crisisdienst er voor dat een pensionbewoner met voorrang opgenomen wordt.

Hulp bij het schoonhouden van de eigen kamer en bij persoonlijke hygiëne wordt door begeleiders alleen geboden als het de bewoner zelf niet lukt. Dit gebeurt alleen als iemand zich zo ernstig verwaarloost dat medebewoners er last van krijgen. Als iemand dagelijks ADL-hulp nodig heeft, wat incidenteel voorkomt, wordt de thuiszorg ingeschakeld.

Door een continuooster is er elke dag van 's ochtends 8 uur tot 's avonds 24.00 uur tenminste 1 begeleider aanwezig.

Een belangrijke functie in het pension naast die van de begeleiders is de portiersfunctie. Tot voor kort werd die vervuld door een extern bewakingsbedrijf, sinds kort zijn in het kader van de Melkert-regeling voor werkgelegenheid toezichthouders in dienst van het pension. Er is dag en nacht 1 toezichthouder aanwezig. Deze draagt zorg voor beveiliging van de toegang (ongewenste bezoekers worden niet toegelaten) en voor de veiligheid in huis. In de beginperiode waren er alleen begeleiders. Al snel bleek dat de minst weerbare bewoners het pension verlieten, wat samenhang met het feit dat men zich niet veilig voelde. Er was veel agressie, hetgeen door de begeleiders onvoldoende kon worden tegengegaan. Met het aanstellen van speciale bewakers (nu toezichthouders) is dit probleem opgelost.

Bewoners weten dat in geval van agressie altijd wordt opgetreden en voelen zich daardoor veilig. In de praktijk wordt in geval van agressie eerst ingegrepen door de begeleider, als dat niet voldoende is wordt de toezichthouder ingeschakeld.

Medische zorg wordt verleend door een huisarts die twee uur per week spreekuur houdt in het pension. Oorspronkelijk bezochten de bewoners de huisartsenpraktijk, wat meer in overeenstemming was met het principe van het pension als woonvoorziening. Echter, het bleek dat de huisarts hierdoor andere patinten kwijt raakte, zodat in overleg de spreekuurregeling tot stand is gekomen.

Begeleiding bij dagbesteding in de betekenis van activering wordt niet geboden. Wel wordt door de begeleiders op mogelijkheden gewezen. Gesteld wordt dat voor de meeste bewoners het leven heel traag gaat: voor sommigen is het schoonmaken van de eigen kamer al een dagtaak. Anderen daarentegen zijn zeer actief.

Speciaal voor de integratie van de bewoners in de buurt is vanuit het buurtcentrum een project gestart waarbij een tiental bewoners in samenwerking met het buurtcentrum en de dienst Stedelijk Beheer klussen in de buurt aanpakken. Ze maken eenmaal per week samen met buurtbewoners en de gemeentereiniging de buurt schoon en plegen wat onderhoud. Dit vrijwilligersproject loopt erg goed. Dit project staat los van andere activiteiten van het buurtcentrum. Wel nemen bewoners van het Fokke Simonszhuis incidenteel deel aan activiteiten van het buurtcentrum. Daartoe bestaan korte lijnen tussen medewerkers van het buurtcentrum en die van het Fokke Simonszhuis. Enkele andere bewoners voeren op vrijwillige basis taken uit in het pension zoals het schoonmaken van de algemene ruimten en helpen bij het koken. Het hoofd van de huishoudelijke dienst coördineert dit, deelnemers ontvangen een kleine vergoeding. Enkele bewoners bezoeken het DAC, weer anderen brengen het grootste deel van de dag door in de stad (in het park zitten, de koffieshop of de markt bezoeken). Als bewoners zelf het initiatief nemen tot bepaalde activiteiten in huis, bijvoorbeeld in de algemene ruimten, is dat altijd mogelijk. De begeleiding doet dit niet, omdat men dagbesteding als de eigen verantwoordelijkheid van de bewoners ziet. Een aantal bewoners komen nauwelijks hun kamer af of liggen de hele dag in bed. Wel wordt men geacht de maaltijd in de algemene ruimten te komen gebruiken.

Het sociale netwerk van de meesten is beperkt. Het grootste deel van de bewoners zijn individualisten. Er vinden in het pension ook nauwelijks groepsprocessen plaats. Dit hangt samen met de populatie waarop het pension zich richt: mensen die behoefte hebben aan een zekere anonimiteit. Zie hierna: het wonen.

Het sociaal pension als woonvorm

Er is door de Stichting een expliciete woonfilosofie geformuleerd: het Fokke Simonszhuys is in eerste instantie een woonvoorziening, waar bewoners de kans krijgen zo veel als mogelijk op hun eigen wijze te wonen en te leven. Wel is bewust een zakelijke sfeer nagestreefd, omdat het niet de bedoeling is dat bewoners het als een woonhuis gaan beschouwen. De anonieme sfeer bevordert de laagdrempeligheid, dat wil men zo houden. Als mensen zich daarin thuis voelen en dat voldoende vinden als woonvorm, kunnen ze er blijven wonen.

De pensionvorm en het gebouw waarin men gehuisvest is brengen een aantal beperkingen met zich mee.

Zo zijn er slechts 34 eenpersoonskamers; de overige 31 bewoners moeten een kamer delen. Het totale kamerbestand ziet er als volgt uit:

- 34 eenpersoonskamer (9 m²);
- 4 tweepersoonskamer (15 m²);
- 6 driepersoonskamers (18 m²);
- 1 vijfpersoonskamer (34 m²).

Hoewel voor een enkeling het delen van de kamer met een ander wellicht wenselijk is, is dit in de meeste gevallen niet zo. Men zou dus liever over meer eenpersoonskamers beschikken.

Er is een centrale keuken, waar alle maaltijden worden bereid. Dit wordt door geïnterviewden eveneens als een beperking gezien.

Men zou voor een deel van de bewoners de mogelijkheid willen hebben dat deze zelf kunnen (leren) koken. Bovendien kan men door deze opzet bewoners alleen maar volpension als keuzemogelijkheid aanbieden.

Bewoners hebben een wastafel op de eigen kamer, overig sanitair wordt gedeeld met 3-5 medebewoners. Dit levert geen problemen op.

Er zijn drie algemene ruimten die dienst doen als eetruimte en als ontmoetingsplek. Ze liggen verspreid in het gebouw. Voordeel van meerdere ruimten is dat mensen de keuze hebben waar, en vooral met wie (niet) ze willen zitten.

Bij de entree is de receptie gesitueerd, vergelijkbaar met een gewoon hotel/pension. Hier zit altijd een portier/toezichthouder die de entree bewaakt.

Het gebouw heeft zowel aan de binnen- als aan de buitenzijde een zakelijke, anonieme uitstraling. Het is overzichtelijk en biedt de bewoners de mogelijkheid elkaar te ontmoeten maar ook elkaar te ontlopen. Algemene ruimten zijn bewust kaal gehouden. Men wil niet een gezellige huiselijke sfeer creëren. Benadrukt wordt dat het

weliswaar om een woonvoorziening gaat, maar niet om gewoon wonen. Als bewoners toe zijn aan gewoon of begeleid zelfstandig wonen dienen ze door te verhuizen. Bewoners die daar niet aan toe komen mogen permanent blijven.

Bewoners wonen gemiddeld \pm 8 maanden in het F. Simonszhuys. Uit het GG&GD-onderzoek blijkt dat de groep met alleen verslavingsproblematiek gemiddeld iets korter, en de groep met psychische problemen iets langer verblijft. Het aantal mensen waarvoor het pension een (meer) permanente woonvoorziening is neemt in de loop der tijd iets toe. De kans op dichtslippen van de voorziening wordt echter niet groot geacht. Dit hangt onder andere samen met het grote aantal meerpersoonskamers, die niet uitnodigen tot permanent verblijf. Per jaar zijn er 38 nieuwe opnames.

De situering van het pension in de stad is zeer goed. Het gebouw ligt in een rustige straat, met voldoende sociale veiligheid. Het ligt vlakbij voorzieningen waarvan bewoners veel gebruik maken: park, Aldi, koffieshop, GG&GD, methadonverstrekking, markt. Bij het gebouw zelf ontbreekt een buitenruimte. Dit wordt als een gemis ervaren, vooral voor bewoners die angstig zijn en zelden op straat komen. Nadelen aan het gebouw zijn verder: de slechte ventilatie, gebrek aan bergruimte en gebrek aan daglicht in de algemene ruimten en de keuken.

Keuzemogelijkheden bewoners

Wonen

Nieuwkomers hebben weinig te kiezen: ze komen altijd in een meerpersoonskamer. Als er een eenpersoonskamer vrijkomt kan degene die dan aan de beurt is doorstromen. Men kiest voor dit principe vanuit het gelijkheidsbeginsel: iedereen is gelijk en start dus op dezelfde wijze. Dit betekent ook dat bewoners geen keuze hebben in medebewoners.

De bewoner mag zijn eigen kamer inrichten zoals hij dat wil. Er is altijd een bed en kast beschikbaar. Bewoners moeten hun eigen kamer schoonhouden, alleen bij ernstige vervuiling grijpt de woonbegeleiding in. De privacy van bewoners op de eigen kamer wordt gerespecteerd: elke bewoner heeft een sleutel van de voordeur en van de eigen kamer. Hij bepaalt zelf wie hij op de kamer binnenlaat (mits de persoon toegelaten is door de portier) en op welke momenten.

Bewoners hebben juridisch gezien geen woonrecht. Ze kunnen in het pension blijven zolang ze zich aan de huisregels houden. Als ze deze overtreden kunnen ze eruit gezet worden.

Begeleiding

Woonbegeleiding en/of toezichthouders zijn permanent aanwezig. Elke bewoner kan te allen tijde een beroep op ze doen indien nodig.

Andere vormen van begeleiding moeten bewoners zelf regelen, ze maken hiervoor gebruik van reguliere Amsterdamse instellingen.

Dagbesteding

Mensen hebben een vrije keuze in hoe ze de dag willen besteden. Zie hierboven: Zorg en dienstverlening.

Financiën

De meeste bewoners hebben een uitkering. Bij plaatsing in het pension dienen ze het F. Simonszhuis te machtigen de uitkering op rekening van het pension te laten overmaken. Het pension houdt de bijdrage voor het pensionverblijf in. De rest wordt als zak- en kleedgeld aan de bewoner uitgekeerd. Het zakgeld wordt wekelijks uitgekeerd, het kleedgeld eenmaal per maand. Reden voor deze vorm van budgetbeheer is dat dit de enige manier blijkt te zijn om zowel de inkomsten van het pension veilig te stellen, als ervoor te zorgen dat bewoners hun zakgeld niet in een keer opmaken. Het uitkeren van zak- en kleedgeld gebeurt niet door de woonbegeleiders.

Het zak- en kleedgeld bedraagt ongeveer f 300,- per maand.

Financiering

Bij de start van het project was de financiering een groot probleem: men viel niet onder een verstrekking en paste niet in een subsidieregeling. In de aanloopfase werd voor iedere bewoner een beroep gedaan op het toenmalige artikel 1-B van de Algemene Bijstandswet. Dit artikel bepaalt dat wanneer iemand iets absoluut nodig heeft en er geen middelen zijn om in die behoefte te voorzien dit vanuit de ABW betaald moet worden. De gehele exploitatie werd daaruit gefinancierd. In 1994 is de regeling sociale pensions in het leven geroepen. Volgens die regeling wordt f 10.000,- per capaciteitsplaats gefinancierd uit de AWBZ.

Eenzelfde bedrag wordt geïnd als eigen bijdrage van de bewoner en de gemeente Amsterdam subsidieert uit de gelden voor de Maatschappelijke Opvang het resterende gedeelte, eveneens ongeveer f 10.000,- per capaciteitsplaats.

Het sociaal pension wordt niet beschouwd als een inrichting tot verzorging en verblijf in de zin van de ABW. Dit betekent dat bewoners recht hebben op een volledige bijstandsuitkering. Van

deze uitkering betaalt de bewoner een eigen bijdrage van f 940,-. Het bedrag dat vrij besteedbaar blijft is gelijk aan de norm voor de persoonlijke toelage voor personen die in een inrichting verblijven.

Het gebouw wordt gehuurd van een particulier.

De toekomst van het Fokke Simonszhuis

De Volksbond beheert naast het F. Simonszhuis nog een huis voor zwerfjongeren en een voor asielzoekers met psychosociale problematiek. Kern van de aanpak is steeds het bieden van passende woonvormen.

In de toekomst wil men vormen van begeleid wonen opzetten voor de mensen die nu nog in de sociale pensions wonen en zouden kunnen doorstromen. De vormen die nu in Amsterdam beschikbaar zijn vertonen lacunes. De maatschappelijk opvang biedt te weinig voor deze groep met ernstige problematiek, de psychiatrie begeleidt geen mensen die hun hulpvraag niet kunnen/willen formuleren.

Volgens geïnterviewden zal het sociaal pension een functie houden zolang er mensen zijn die niet behandeld willen worden. Wel betreurt men het dat er geen adequaat behandelaanbod is voor de groep met dubbele problematiek: zij vallen op gebied van behandeling tussen wal en schip.

Soms constateert men dat bewoners te lang in het pension blijven die te weinig stimulansen krijgen. Deze zouden kunnen doorstromen naar de nieuw op te zetten begeleid woonvormen.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Omdat geïnterviewden in feite buiten het GGZ-circuit werken zijn ze voorzichtig in het doen van uitspraken over de GGZ. Wel zijn ze van mening dat wonen en hulpverlening voor de grootste groep psychiatrische patiënten uit elkaar getrokken kunnen worden.

Wonen en hulpverlening gekoppeld in een voorziening is alleen dan noodzakelijk wanneer bescherming van de maatschappij en/of van het individu nodig is, ofwel wanneer iemand permanent zorg, structuur en veiligheid nodig heeft (bijvoorbeeld bij korsakov-patiënten).

In alle andere gevallen kunnen therapieën in dagbehandeling verzorgd worden.

Het is niet nodig om woonvormen op bepaalde categorieën problematiek toe te spitsen. Het vormen van heterogene groepen is heel goed mogelijk. Woonwensen en behoeften kunnen immers individueel sterk verschillen en hoeven niet altijd samen te hangen

met een bepaalde psychopathologie.

Circuitvorming binnen de GGZ kan een bedreiging vormen voor verdergaande extramuralisering. Wanneer men binnen dat circuit gaat indiceren uitgaande van het systeem van verstrekkingen, zal bij elke verstrekking altijd een bepaalde woonvorm horen. Dat belemmert het ontstaan van heterogene groepen en van een verdere differentiatie in wonen en zorg. Een mogelijke oplossing kan liggen in het persoonsgebonden budget. Het verschijnsel zorgmakelaar ziet men niet als een oplossing: er ontstaat een nieuwe (dure) tussenschakel.

Voor wat betreft de sociale pensions zien geïnterviewden voorts nog een verdere groei, omdat ze voorzien in een leemte die door de GGZ en maatschappelijke opvang (nog) niet wordt opgevuld. Het risico dat het sociaal pension voor grotere groepen wordt ingezet is echter zeker aanwezig: het is immers een heel goedkope voorziening. Geïnterviewden achten dit een slechte ontwikkeling omdat het woongenot in het pension daarvoor toch te basaal is.

Om die reden is men niet gelukkig met de ontwikkeling in sommige delen van het land waar sociale pensions voor specifieke doelgroepen (bijv. korsakov) ontstaan. Eveneens om die reden wil men 'aan de voordeur' buiten het GGZ-circuit blijven, 'aan de achterdeur' zou men wel toegang tot het circuit willen.

Ter toelichting: als men voor de instroom binnen het circuit zou vallen, is de kans groot dat geen mensen van de straat meer opgenomen kunnen worden. Een achterdeur naar het circuit zou kunnen bewerkstelligen dat mensen die nu niet goed op hun plaats zijn in het pension kunnen doorstromen naar een meer geschikte voorziening.

3.6 RIBW Oost-Brabant

Algemene gegevens en uitgangspunten

De RIBW Oost-Brabant heeft een aantal zorgvernieuwingsprojecten op het gebied van begeleid wonen in de GGZ en een sociaal pension. We hebben ervoor gekozen de hele RIBW in grote lijnen kwalitatief te inventariseren vanwege de ontwikkeling die de organisatie heeft ondergaan en op grond van de voorgenomen fusie tussen de GGZ-partners in de regio. Het leek ons zinvol de variatie in aanbod met betrekking tot wonen en begeleiding te beschrijven. De RIBW Oost-Brabant bestaat 12 jaar. De capaciteit van de stichting is met name de laatste zes jaren sterk uitgebreid en bestaat uit 100 plaatsen beschermd wonen en 45 à 50 plaatsen begeleid wonen. De stichting beheert daarnaast drie dagactivitei-

tencentra.

De RIBW hanteert als uitgangspunt dat het beschermd wonen als een GGZ-functie wordt ontwikkeld in samenhang en afstemming met de andere GGZ-functies. In overleg met de andere GGZ-partners zullen samenwerkingsprojecten worden ontwikkeld om te komen tot een integraal, samenhangend en op de behoeften afgestemd netwerk van zorg voor chronisch psychiatrische patiënten, waarvan de functie Beschermd Wonen onderdeel uitmaakt. Door de voorgenomen fusie tussen de RIBW, RIAGG's en APZ'en uit de regio, kan er een circuit voor de chronisch psychiatrische patiënten worden gemaakt, dat een continuüm van zorg kan bieden op basis van de behoefte aan toezicht, behandeling, begeleiding en verzorging van de cliënten.

Het doel van het circuit zal zijn: opname vervangend of voorkomend; gericht op rehabilitatie en op behoud of verbetering van kwaliteit van leven. Daarbij dient men uit te gaan van de wensen en behoeften van de cliënten. De integratie van de cliënt in een sociale omgeving hoort bij rehabilitatiegericht werken. Dit houdt onder andere in dat cliënten bij voorkeur gebruik maken van reguliere voorzieningen. Men wil dus zo min mogelijk speciale voorzieningen en circuits voor de klanten opzetten. Integratie zal waarschijnlijk maar gedeeltelijk haalbaar zijn, maar men moet nooit ophouden te proberen dit te verwezenlijken.

De doelgroep

De doelgroep van de Beschermd Woonvormen komt voor 70% vanuit het APZ en een klein aantal via de RIAGG. Bij begeleid wonen komt de grootste groep uit de Beschermd Woonvormen en een belangrijk deel via de RIAGG's. De cliënten die uit het APZ komen hebben een zeer wisselende opnameduur achter de rug.

De doelgroep wordt omschreven als mensen die langdurig van psychiatrische zorg afhankelijk zijn en die niet, nog niet of niet meer vanwege die psychiatrische beperking of handicap volledig zelfstandig kunnen wonen. Naarmate de psychiatrische beperking meer actueel is zal de bescherming ook groter zijn.

Het totaal aantal cliënten van de RIBW bestaat uit ongeveer 150 personen. De deelnemers aan begeleid wonen zijn voor het grootste deel tussen de 30 en 40 jaar. De grootste groep bewoners van de beschermd woonvormen heeft een leeftijd tussen de 30 en 50 jaar. Deze relatief jonge leeftijd hangt samen met de periode waarin de capaciteit van de RIBW enorm is toegenomen, namelijk de eerste helft van de jaren negentig.

Het door de fusie te realiseren circuit voor chronisch psychiatrische patiënten zal ongeveer 550 mensen bevatten voor de regio

Oost-Brabant.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor de RIBW of voor begeleid wonen gebeurt door een regionale indicatiecommissie bestaande uit vertegenwoordigers van de drie GGZ-partners en de ziektekostenverzekeraar. Iedere patiënt wordt individueel besproken aan de hand van een aanmeldingsformulier.

De volgende factoren spelen een rol bij de indicatie. Er moet sprake zijn van een psychiatrische problematiek. Tot nog toe stelt de ziektekostenverzekeraar als eis dat plaatsing opname voorkomend of verkortend dient te zijn. Daarnaast stelt de commissie vast of iemand al voldoende behandeling heeft gehad en toe is aan plaatsing in een RIBW. Bij opname in een begeleid wonen project dient een begeleidingsbehoefte van minimaal twee contacten per week te bestaan.

De RIBW zelf heeft een zorgtoewijzingscommissie, waar alle zorgvragen en woonwensen terechtkomen. Nadat iemand is geïndiceerd voor de RIBW of begeleid wonen stelt deze commissie aan de hand van het zorgplan, dat samen met de cliënt is opgesteld, een plaatsing in een woonvorm of een vorm van begeleiding vast. De commissie dient er zorg voor te dragen dat deze vragen en wensen zoveel mogelijk gerealiseerd worden. Wanneer lacunes in het aanbod worden geconstateerd wordt dit bij de directie gemeld met het verzoek dit probleem op te lossen. De commissie coördineert ook alle interne overplaatsingen en het vertrek van een bewoner.

Bij plaatsing wordt uitgegaan van de voorkeur en begeleidingsbehoefte van de cliënt. Daarnaast speelt bij plaatsing in een groepswoning de samenstelling van de bewonersgroep een rol. Men moet het idee hebben dat iemand in de groep past.

Als contra-indicaties gelden actuele verslaving en sfeerontwrichtend gedrag. Dit laatste geldt alleen voor groepswonen.

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen en borderline-problematiek worden bij voorkeur geïndiceerd voor begeleid individueel wonen.

Op dit moment heeft de RIBW nog relatief veel groepswonen in het pakket. Na de fusie zullen er meer plaatsen individueel wonen komen. Deze plaatsen zullen dan beschouwd worden als begeleid wonen, omdat er veel minder begeleiding gedurende de dag aanwezig zal zijn dan in de beschermde woonvormen.

Bij de zorgtoewijzing gaat men uit van de vragen en wensen van de klant. Daarnaast speelt het feit dat de organisatie een bepaald aanbod heeft. Dat beperkt de mogelijkheden.

Zorg- en dienstverlening

Per 31 december 1994 had de RIBW 55 medewerkers in dienst (37,57 full time eenheden) waarvan 8 management/centraal bureau, 37 begeleiding en 10 huishoudelijk medewerkers.

Uitgangspunt bij de begeleiding is de rehabilitatietheorie. Het typerende van deze benadering is, dat de bewoner voortdurend uitgenodigd wordt gebruik te maken van zijn eigen mogelijkheden - het benutten van de gezonde kanten - waarbij acceptatie van beperkingen door zowel de bewoner als de begeleider van wezenlijk belang is. De bewoner wordt uitgenodigd, voor zover mogelijk, een aantal maatschappelijke rollen te vervullen. De dagelijkse levenssfeer van de bewoner, alsmede het verbeteren van sociale vaardigheden, zelfredzaamheid en het maken van eigen keuzen staan centraal. Naast methodieken als individuele begeleidingsgesprekken, begeleidingsplannen, trainingen in sociale vaardigheden en groeps gesprekken ten behoeve van de woonsfeer, vormt het stimuleren van het verrichten van dagelijks terugkerende huishoudelijke activiteiten een vanzelfsprekend onderdeel van de begeleiding. (uit: In Brabant staat een huis. 10 jaar ontwikkeling van Beschermd Wonen in Oost-Brabant).

Binnen de projecten krijgen bewoners ook begeleiding bij ADL-hulp, huishoudelijke hulp (begeleid wonen ook via de gezinszorg), activering.

De begeleiding biedt, evenals andere medewerkers of organisaties, ook hulp bij de volgende functies. Tussen haakjes staan deze andere medewerkers of organisaties vermeld:

- administratieve hulp (sociaal raadslieden, maatschappelijk werk);
- begeleiding werk zoeken (makelaar dagbesteding*);
- begeleiding huis zoeken (zorgtoewijzingscommissie);
- dagbesteding en maatschappelijke integratie (ontmoetings- en dagbestedingsprojecten*);
- recreatie (ontmoetings- en dagbestedingsprojecten*, externe organisaties).

* zie aparte rapportage over de ontmoetings- en dagbestedingsprojecten van de RIBW Oost-Brabant: d'n Inloop.

Per bewoner is er een begeleidingsplan, waarin gedetailleerd beschreven staat wat er tussen bewoner en begeleider is afgesproken, en een zorgplan, dat iets zegt over de rode draad en de behandelingscontacten buiten de RIBW. Er is sprake van een zorgcoördinator.

Door de RIBW worden de volgende vormen van zorg en diensten niet geleverd: medische behandeling, therapie en budgettering.

Deze worden door andere organisaties verzorgd.
Er is samenwerking met de RIAGG, APZ en de gezinszorg,
waarbij elke partner zijn eigen takenpakket heeft.
Cliënten van de Beschermd Woonvormen kunnen 24 uur per dag
een beroep doen op zorg, die van begeleid wonen niet. Dit hangt
samen met de indicatiestelling.

Wonen

De RIBW ziet wonen als een vorm van thuiszijn. De bewoners
hebben zelf de regie van hun doen en laten in handen en krijgen
daarbij begeleiding en ondersteuning, waarbij de begeleiding een
kritische, uitnodigende en prikkelende houding heeft.

Men constateert dat bewoners een voorkeur hebben voor het
wonen in de grotere plaatsen vanwege de aanwezigheid van
voorzieningen. Het wonen in dorpen brengt vervoersproblemen
met zich mee.

De woningen bevinden zich in normale woonwijken. Winkels
voor het dagelijks levensonderhoud dienen op loopafstand te zijn.
Een ontmoetings- en activiteitencentrum dient op fietsafstand van
de voorziening te liggen. Andere voorzieningen hoeven niet in de
nabijheid te liggen.

De huisvesting van de RIBW bestaat uit:

- bestaande woningen;
- speciaal gebouwde groepswoningen. Dit zijn de Beschermende
Woonvormen die binnen de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zijn
gebouwd. Elke bewoner heeft een eigen zit/slaapkamertje en
daarnaast gemeenschappelijke voorzieningen zoals sanitair,
woonkamer, keuken;
- diverse woningen die bewoners huren of in eigendom hebben in
het kader van begeleid wonen.

De huisvesting van de beschermende woonvormen is in eigendom
van de RIBW (de vier nieuw gebouwde voorzieningen) en van een
stichting (de woningen van de projecten die aanwezig waren bij de
start van de RIBW). De woningen van begeleid wonen worden
door de woningbouwvereniging geëxploiteerd.

Alle bewoners hebben in ieder geval de beschikking over een
zit/slaapkamer. De aanwezigheid van overige ruimten varieert per
project.

Over de privacy van bewoners kan het volgende gemeld worden:

- elke bewoner heeft de beschikking over een eigen zit/slaap-
kamer, een sleutel van de voordeur en van de eigen kamer;
- bewoners die wonen in groepswoonprojecten delen sanitair met
andere bewoners;
- elke bewoner bepaalt zelf wie hij op de kamer binnen laat. Er

bestaat een regeling voor het betreden van de eigen kamer van bewoners door begeleiding. Men moet altijd kloppen en als de deur op slot is gaat men niet naar binnen, tenzij men gevaar vermoedt;

- als een bewoner op zichzelf wil zijn, wordt dit gerespecteerd.

Er bestaat een algemene huisregel voor alle woonvormen: het is verboden om duurzaam de sfeer in huis te bederven. Voor het overige zijn regels sterk afhankelijk wat bewoners zelf willen.

Het woonrecht van bewoners van beschermde woonvormen is gekoppeld aan de begeleiding. Het is overigens de vraag of het vanuit juridisch oogpunt klopt dat iemand uit huis wordt gezet wanneer hij zich onttrekt aan de begeleiding, omdat iemand die geïndiceerd is voor beschermd wonen recht heeft op wonen.

Bij die vormen van begeleid wonen, waarbij de woning door de RIBW onderverhuurd wordt aan de bewoner, is er een koppeling tussen het huurcontract en het begeleidingsplan.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Woonvormen

De deelnemer heeft een grote keuzemogelijkheid wat betreft woonvormen. Keuzen dienen wel altijd in overleg met begeleiding tot stand te komen. De organisatie beschikt over de volgende woonvormen:

- begeleid wonen in groepsverband: de bewoner huurt samen met andere bewoners een woning van de RIBW of woont in zelfstandig gehuurde/gekochte woonruimte;
- begeleid zelfstandig wonen;
- begeleid wonen in gezinshuizen: de bewoner huurt woonruimte bij een gezin. De RIBW levert begeleiding en biedt ondersteuning aan het gezin;
- satelliethuizen: woning van de RIBW die nabij een Beschermende Woonvorm ligt van waaruit begeleiding wordt gegeven;
- sociaal pension: een veilige plek waar bewoners kunnen wonen zonder allerlei verplichtingen die het wonen in een groep met zich meebrengen. Voor het huishouden dragen zij geen verantwoordelijkheid;
- diverse vormen van beschermd wonen met wisselende groepsgroottes variërend van 12, 8, 7, 6, 5; met wisselende intensiteit van begeleiding en doelstellingen. Er is maar één beschermende woonvorm waar 24 uur per dag begeleiding aanwezig is. Er zijn woonvormen voor matig begaafde bewoners, zorgintensieve bewoners, bewoners die zich voorbereiden op begeleid wonen, bewoners die zich bezighouden met werkprojecten in en rond de

woning.
De RIBW heeft bedden beschermd wonen ingeleverd en de vrijkomende financiële middelen ingezet voor begeleid wonen. Eén bed staat gelijk aan ongeveer 10 plaatsen begeleid wonen.

Begeleiding

Binnen de RIBW wordt de volgende intensiteit van begeleiding gegeven:

- permanent aanwezig;
- op afroep en naar behoefte;
- op vaste momenten.

Een en ander hangt samen met de woonvorm waarin iemand woont en de afspraken die vastgelegd zijn in het zorgplan van bewoners.

Dit betekent dat de keuzemogelijkheden van bewoners hierin beperkt zijn. Wel wordt rekening gehouden met de wensen van bewoners bij de zorgtoewijzing.

Behandeling

50 % van de bewoners heeft een eigen behandelaar. Deze staat los van de RIBW. De RIBW heeft zelf geen behandelaars. De andere helft van de bewoners heeft geen behandelaar.

Medebewoners

Uit intern onderzoek blijkt dat de cliënten van de RIBW Oost-Brabant bij voorkeur wonen in kleine groepjes van 2 à 3 mensen, die ze zelf hebben uitgekozen. Dit zou eventueel kunnen samenhangen met de plattelandssituatie. Mensen kiezen niet zo heel snel voor individueel wonen. Het voordeel van het wonen in groepsverband is de onderlinge sociale controle. Bewoners kunnen actie ondernemen als een medebewoner dreigt af te glijden. Het wonen in grote groepen van ongeveer 12 mensen heeft als voordeel dat mensen in de gelegenheid worden gesteld anderen te ontmoeten, waarmee ze eventueel in kleiner verband en met minder begeleiding willen gaan wonen. Mensen krijgen in de grote groep de gelegenheid om te ontdekken en uit te zoeken hoe ze hun leven verder willen inrichten en hoe ze binnen het project willen wonen. De ervaring van de RIBW is dat het moeilijk is om kleine groepjes bewoners langdurig met elkaar te laten wonen. Wanneer een plaats vrijkomt binnen zo'n groep is het vaak lastig een nieuwe bewoner te plaatsen.

Een grote groep (8-12 bewoners) geeft bewoners ook de mogelijkheid om zich terug te trekken. Hoe kleiner de groep bewoners in een woonvorm is des te groter is het appèl op de individuele

bewoners. Er zijn bewoners die daar absoluut niet voor kiezen. Er zullen altijd woonvormen blijven bestaan met grote groepen, omdat er groepen zullen blijven die vrij intensieve zorg nodig hebben. Het is financieel waarschijnlijk onbetaalbaar om deze mensen in kleine groepen te laten wonen en te begeleiden. Bewoners hebben wel mogelijkheden in de keuze van medebewoners. Een en ander is sterk afhankelijk van de situatie. Wanneer er een plek vrijkomt in een groepswoonproject, worden bewoners wel geconsulteerd over nieuwe bewoners, maar ze hebben niet het beslissingsrecht.

Dagbesteding

Bewoners hebben de vrije keuze in dagbesteding. Wel is het natuurlijk zo dat wanneer ze kiezen voor beschermd of begeleid wonen dit automatisch een keuze impliceert voor het meehelpen bij huishoudelijke activiteiten.

Verder is de dagbesteding vastgelegd in het begeleidingsplan van bewoners, maar wel op basis van hun eigen keuzen. In een begeleidingsplan kan bijvoorbeeld staan dat iemand vrij is in het bepalen van zijn eigen dagbesteding.

Financiën

Bewoners beschikken over een eigen inkomen (meestal een uitkering), waarvan ze hun verplichte eigen bijdrage betalen. Als dat moeizaam verloopt regelt de ziektekostenverzekeraar iets. De RIBW probeert daar zoveel mogelijk buiten te blijven.

Inrichting van de woning

De gemeenschappelijke ruimten worden door bewoners zelf ingericht, wanneer deze bekend zijn. Wel houdt de RIBW een vinger aan de pols.

De zit/slaapkamers kunnen volledig door bewoners zelf worden ingericht. Ze kunnen gebruik maken van een bed en kast die op verzoek door de RIBW geleverd wordt.

Financiën

De huisvesting van Beschermende Woonvormen wordt betaald uit de AWBZ en die van begeleid wonen door bewoners zelf.

De zorg en begeleiding worden bij Beschermd Wonen betaald binnen een verstrekking. De bewoners van begeleid wonen betalen geen eigen bijdrage. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor betaling van huisvesting, voeding etc. De begeleiding wordt gefinancierd uit de zorgvernieuwingsgelden en bij een aantal projecten door de ziektekostenverzekeraar (bijvoorbeeld gezinshuizen).

De cliënten beschikken over een eigen uitkering, waarbij de bewoners van beschermende woonvormen een forse eigen bijdrage moeten betalen, zodat er niet veel meer overblijft dan een bescheiden zakgeld.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

In de regio Oost-Brabant zullen de twee psychiatrische ziekenhuizen, de RIAGG en de RIBW op termijn gaan fuseren tot één GGZ-instelling. De drie afzonderlijke partners zullen ophouden te bestaan. In zoverre is de vraag naar toekomstige functies van het APZ niet relevant. Er zal één circuit voor langdurig zorg afhankelijk komen, dat verspreid zal zijn over drie subregio's. Voor dat circuit zal door de partners een visie en methodiek ontwikkeld worden voor de komende vijf jaar die voor alle chronisch psychiatrische patiënten bruikbaar zal zijn.

Naast dit circuit zullen er drie multifunctionele eenheden komen: psychiatrische voorzieningen van beperkte omvang waar poliklinische zorg, crisisinterventie, kortdurende klinische behandeling en deeltijdbehandeling worden geboden. Er is een naadloos circuit van ambulante en klinische behandeling en nazorg.

Naast de drie subregio's zal er een centrale organisatie voor het circuit chronisch psychiatrische patiënten blijven bestaan om mogelijkheden tot differentiatie en flexibiliteit in de zorg te kunnen realiseren. Subregio's hebben te weinig mogelijkheden om specifieke woonvormen te ontwikkelen voor speciale vragen van cliënten. Wel zal er verspreid over de regio altijd een soort beschermende woonvorm blijven bestaan met twee groepen van redelijk omvang (± 12 personen per groep). In deze huizen wordt 24-uurs begeleiding gegeven. Ze hebben de volgende functies: screening van woon- en begeleidingswensen; huisvesting van intensief verzorgings- of begeleidingsbehoevende bewoners; crisisopvang voor bewoners uit andere projecten. De groepssamenstelling zal zeer heterogeen zijn. Bewoners kunnen tijdens hun verblijf in dit huis mensen zoeken waarmee ze eventueel naar een groepswoning willen verhuizen. Vanuit deze huizen kunnen op basis van behoeften en vragen van bewoners allerlei nieuwe vormen van wonen en zorg ontwikkeld worden.

Het is duidelijk dat er klinische capaciteit omgezet zal worden in middelen om woonprojecten voor de doelgroep mogelijk te maken.

De ontwikkelingen in het wonen en de GGZ zullen wat betreft Oost-Brabant nooit ophouden. Het is een voortdurend proces

zonder een bepaalde eindsituatie.

De verwachting van de genterviewde is dat in de toekomst minder mensen terug zullen vallen door een crisis, omdat ze consequent gevolgd zullen worden door een zorgcoördinator die bij een dreigende crisis tijdig kan ingrijpen en de juiste hoeveelheid zorg en bescherming voor de klant kan organiseren. Omdat er één circuit zal ontstaan is het ook niet meer nodig om mensen op basis van hun zorgvraag naar een andere voorziening of ander GGZ-circuit te verplaatsen.

Er zal in de toekomst geen traditionele heropname meer plaatsvinden zoals dat nu nog gebeurt (het fenomeen van de draaideurpatiënt). Het is wel denkbaar dat er klinieken of MFE's zullen zijn voor het circuit van de chronisch psychiatrische patiënten, maar daar zal met een andere attitude gewerkt worden. Er zal een voortdurend appèl gedaan moeten worden op de gezonde kanten van de cliënten, waarbij ze ook tijdens een opname nog zoveel mogelijk dagelijkse woonhandelingen zelf verrichten.

Of het bovenstaande werkelijkheid zal worden zal samenhangen met de visie die nog ontwikkeld moet worden door de verschillende GGZ-partners.

Belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren

De geïnterviewde ziet de volgende belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren van chronisch psychiatrische patiënten.

De grote groep mensen die al langer dan 10 of 15 jaar op het APZ-terrein woont, moet je niet tegen hun zin naar elders laten verhuizen. Bij het normaliseren en extramuraliseren zal men zich voornamelijk richten op de mensen die relatief korte tijd langdurig zorgafhankelijk zijn of dat dreigen te worden (de nieuwe chronisch psychiatrische patiënten).

Door de toenemende individualisering die al langere tijd in de maatschappij plaatsvindt, is de acceptatie van chronisch psychiatrische patiënt en in de directe woonomgeving er niet groter op geworden. Doordat het wonen van chronisch psychiatrische patiënten zich zal concentreren in de grotere plaatsen, is het zeer waarschijnlijk dat daar af en toe overlast zal ontstaan. PR en goede voorlichting zijn dus heel belangrijk. Het gros van de burgers is relatief onbekend met chronisch psychiatrische patiënten en heeft daarbij flinke vooroordelen. Door publiciteit over de activiteiten van de RIBW en voorlichting bij het starten van nieuwe projecten aan omwonenden kunnen deze vooroordelen voor een groot deel worden weggenomen. De RIBW Oost-Brabant heeft een Com-

municatie-adviesbureau in de arm genomen en een PR-communicatie-beleidsplan voor de hele stichting opgesteld. De huidige financiering gebaseerd op bedden en plaatsen in plaats van op de begeleidingsbehoefte van cliënten vormt een grote belemmering voor het creëren van een naadloos woon- en zorgcircuit voor chronisch psychiatrische patiënten. Mensen moeten altijd in een bepaalde verstrekking vallen. Dit belemmert het flexibel inzetten van begeleiding en bescherming op basis van behoeften van cliënten.

De afwezigheid van voldoende mogelijkheden tot zinvolle dagbesteding vormt ook een belemmering. Uitgangspunt is dat cliënten zo veel mogelijk gebruik maken van reguliere voorzieningen voor dagbesteding. Dat loopt niet erg makkelijk. De kans zou kunnen bestaan dat er te veel belang zal worden gehecht aan de medische verantwoordelijkheid, dat psychiaters te veel de verantwoordelijkheid naar zich toe zouden trekken. Wanneer iemand langdurig zorgafhankelijk is, heeft de medische stand er niet zoveel meer mee te maken. In dat traject zijn er andere deskundigheden nodig. Wonen en begeleiding worden dan belangrijker dan behandeling. Een andere belemmering vormt het verkrijgen van geschikte huisvesting. Daarnaast zal voorlopig een gebrek aan deskundigheid bij een deel van de medewerkers van de andere partners wat betreft rehabilitatie, de beweging vanuit de kliniek naar wonen in de maatschappij kunnen bemoeilijken.

Het is moeilijk om in algemene termen te beschrijven welk chronisch psychiatrische patiënten, die nu intramuraal zijn opgenomen, waarschijnlijk niet in aanmerking komen voor extramuraal en genormaliseerd wonen. Het gaat dan om:

- mensen die niet kunnen functioneren in de maatschappij;
- mensen met ernstig psychotisch gedrag die daardoor voortdurend overlast veroorzaken in hun omgeving;
- mensen die op basis van hun psychiatrische stoornis bij tijd en wijle volstrekt onbetrouwbaar en onvoorspelbaar in hun gedrag zijn en waartegen de maatschappij beschermd zal moeten worden.

Het is niet zo dat bepaalde groepen of categorieën patiënten niet in aanmerking komen voor wonen buiten de kliniek of het APZ-terrein. De praktijk zal het moeten uitwijzen. Een hele groep die nu in de kliniek verblijft, kan in de maatschappij wonen, mits de zorg daarop wordt afgestemd en men bereid is enig risico te nemen.

Dagbesteding D'n Inloop

Algemene gegevens

De RIBW Oost-Brabant heeft op dit moment drie ontmoetings- en inloopcentra verspreid over de regio. In 1986 is het eerste centrum gestart. In 1990 zijn er twee centra bijgekomen. Men streeft naar het openen van een vierde centrum. De centra zijn opgezet door de GGZ-partners in de regio en worden beheerd door de RIBW.

De centra zijn opgezet, omdat ontmoeting, zinvolle maatschappelijke interacties en mogelijkheden tot zinvolle dagbesteding van groot belang zijn voor (ex)psychiatrische patiënten. Er bestaat behoefte aan een laagdrempelige opvang, waar deze mensen een vervangend sociaal netwerk, bezigheden en steun bij dagstructurering kunnen vinden. De reguliere voorzieningen zoals sociale werkplaatsen en welzijnswerk, laten het op dit punt afweten. De inloopcentra vormen een onlosmakelijke schakel bij het normaliseren en extramuraliseren van het wonen van chronisch psychiatrische patiënten.

Uitgangspunten en werkwijze van de inloopcentra

De centra zijn er primair voor de ontmoetingsfunctie, zodat mensen een sociaal netwerk kunnen opbouwen. Op de tweede plaats hebben de centra een functie in de dagbesteding. Dat geldt voor de terreinen werk, educatie en recreatie. Met betrekking tot werk spelen de volgende problemen: de WSW-voorzieningen hebben veel mensen van de doelgroep uitgestoten; daarnaast is er weinig werk. Wanneer iemand met een vraag naar het centrum komt, wordt eerst bekeken wat er mogelijk is in de samenleving. Als daar geen mogelijkheden zijn, wordt gekeken waar de belemmeringen liggen. Daarna worden er intern of extern activiteiten opgestart. In eerste instantie wordt er zo maatschappelijk mogelijk gewerkt, dus zoveel mogelijk aangesloten bij reguliere voorzieningen. Er wordt niet onnodig een apart circuit buiten de reguliere voorzieningen opgebouwd.

Oorspronkelijk had de inloop alleen de functie van ontmoeting en als plek voor het uitoefenen van hobby's. Nadat de samenwerking met de psychiatrische ziekenhuizen tot stand is gekomen, is er een afdeling gestructureerde activiteiten/werk bij gekomen. Tevens is er een nieuwe ontwikkeling in de dagbesteding in gang gezet. Dagbesteding is, naast het wonen en de begeleiding, het derde aandachtsgebied waarop de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten zich richt. De inloopcentra voorzien in een zeer wezenlijke behoefte en moeten als een basisvoorziening binnen de

GGZ worden gezien.

In de nieuwe opzet staat de functie van de makelaar centraal. Dit is een medewerker die bemiddelt tussen deelnemers en voorzieningen op basis van de eigen keuze van de deelnemer. Bovendien kan de makelaar begeleiding geven bij problemen tussen deelnemers en voorzieningen. De makelaar kan op zoek gaan naar een geschikte plek voor een deelnemer. De makelaar in Oss heeft in een periode van 1,5 jaar 55 à 60 mensen aan passende dagbesteden geholpen. Het is duidelijk dat een dergelijke makelaar in dagbesteding over een netwerk van contacten in de samenleving moet beschikken. Voor de groep deelnemers die niet in aanmerking komt voor een arbeidsplaats binnen WSW-verband en geen activiteiten in de samenleving heeft, is er een aanbod ontwikkeld aan arbeidsmatige activiteiten.

De resultaten van de vernieuwing komen tot uitdrukking in een toename van het aantal bezoekers en passende dagbesteding voor veel mensen.

Doelgroep

De inloopprojecten in Oost-Brabant hebben ongeveer 450 deelnemers bij wie de gemiddelde leeftijd halverwege de 40 is. Het grootste deel van de doelgroep bestaat uit mensen die te maken hebben (gehad) met de GGZ (85% à 90%). Het betreft mensen die afkomstig zijn van verblijfsafdelingen van het APZ, uit de RIBW-voorzieningen, of mensen die contact hebben met de RIAGG-afdeling sociale psychiatrie. Het merendeel van de deelnemers komt uit de RIBW. Het overige deel bestaat uit mensen die psycho-sociaal kwetsbaar zijn. Er wordt geen indicatiestelling gehanteerd.

Aanbod van de inloop

De reeds genoemde functie van makelaar dagbesteding is zeer belangrijk in het aanbod van het centrum. Met behulp van deze functionaris kunnen de doelstellingen 'aanbod op maat' en 'aanbod zo maatschappelijk mogelijk' beter ingevuld worden. De huiskamerinloop vormt de kern van het centrum. Daar komen de deelnemers gedurende de dag naar toe om elkaar te ontmoeten, koffie en thee te drinken, spelletjes te spelen of zo maar een beetje rond te hangen. De ontmoetingsplek biedt gelegenheid om met elkaar plannen te maken om dingen te ondernemen. Er is altijd een medewerker aanwezig die veel tijd besteedt aan het bewaken van de goede sfeer.

De deelnemers uit de Beschermd Woonvormen zijn minder gericht op de ontmoetingsfunctie. Blijkbaar wordt aan die behoefte reeds voldaan in hun eigen woning. Zij komen meer voor de activiteiten.

Er zijn allerlei activiteiten in projectvorm, waarvoor de deelnemers zelf verantwoordelijkheid dragen zoals:

- schoonmaken van het centrum;
- fietsen maken;
- boekbinden;
- gastheer of gastvrouw zijn;
- houtbewerking;
- eetclub; deelnemers koken maaltijden voor elkaar;
- interne tweedehands kledingwinkel.

Activiteiten worden opgezet door medewerkers wanneer deelnemers met een bepaald voorstel komen. Deelnemers zijn zelf verantwoordelijk voor het draaiende houden van de activiteit.

Een groot deel van de begeleiding richt zich op praktische zaken zoals koken, schoonmaken, wonen, omgaan met geld, wassen, kleding, persoonlijke hygiëne enz. Er zit enige overlap met het aanbod van de begeleiding in de beschermde en begeleide woonvormen bij het deelnemers leren zelfstandig te wonen. Het aanbod van het centrum is echter meer cursorisch van aard.

Bovendien streeft men er ook naar deze activiteiten onder te brengen in projecten, zodat deelnemers deze projecten zelf kunnen beheren.

Ontspanning, zoals tafeltennis, spelletjes spelen en tv kijken, is ook een onderdeel van het aanbod van het centrum.

Belemmeringen

De volgende belemmeringen zouden een rol kunnen spelen bij een volwaardige ontwikkeling van de dagbestedingsprojecten:

- de schaal: de inloop moet niet te groot gemaakt worden. Bij voorkeur komen er 30 à 60 mensen per dag langs. De groep moet overzichtelijk en kleinschalig blijven;
- het geld: de financiering van kleinschalige voorzieningen, goed verspreid over een dunbevolkte regio is lastig;
- bemoeienis van behandelaars: de kans bestaat dat behandelaars de dagbesteding van hun klanten mee willen invullen. Dit staat haaks op het uitgangspunt van de centra dat deelnemers wilsbekwame mensen zijn, die hun eigen keuzen kunnen maken. Het is niet zo dat overleg met behandelaars uit de weg wordt gegaan;

- de sociale wetgeving: de meeste deelnemers aan de centra hebben een uitkering. Dat is geen vetpot. Hun mogelijkheden om wat geld bij te verdienen door het verrichten van werk zijn zeer beperkt. Hierdoor blijven ze voortdurend op een zeer laag inkomenspeil hangen;
- onvoldoende spreiding: wanneer de centra onvoldoende gespreid liggen over hun verzorgingsgebied worden de reistijden voor deelnemers te lang. Mensen moeten vrij makkelijk binnen kunnen lopen. Afstand mag niet een grote drempel opwerpen;
- onvoldoende samenwerking met andere GGZ-partners: wanneer mensen een terugval krijgen en tijdelijk intensievere zorg nodig hebben, zou het prettig zijn wanneer de relatie van de deelnemer met de inloop bij voorkeur in stand gehouden wordt of zo snel mogelijk hersteld wordt.

3.7 Psychiatrische Intensieve Thuiszorg (PIT)

Algemene gegevens en uitgangspunten

In 1991 is de RIAGG Midden-Limburg in samenwerking met de zorgverzekeraar en een uitzendbureau voor verpleegkundigen gestart met 'PIT', Psychiatrische Intensieve Thuiszorg: een mix van verpleging en verzorging, enkele dagdelen per week, gedurende enkele maanden, uitgevoerd door een B-verpleegkundige, onder regie van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige of psychiater en als onderdeel van een behandelplan opgesteld door de RIAGG. In eerste instantie is het project opgezet voor psychotische patiënten die voor opname in een PAAZ of APZ zijn geïndiceerd, doch een klinische vorm van behandeling afwijzen. De sociaal psychiatrische verpleegkundigen van de RIAGG zijn gezien hun taakstelling en de budgettaire randvoorwaarden onvoldoende in staat om tegemoet te komen aan de intensieve hulpvraag van deze doelgroep. Voor de gespecialiseerde gezins- en thuiszorg was de hulpvraag te zwaar. Zij konden die speciale vraag niet aan. Gezinszorg wordt wel op onderdelen ingeschakeld. Het is dus niet de bedoeling geweest om een concurrerend aanbod te ontwikkelen. Goede relaties met de eerste lijn zijn essentieel, omdat er door de sociale psychiatrie van de RIAGG veel wordt samengewerkt met deze beroepsgroepen. Het PIT-project valt onder het aanbod van de RIAGG. Verwijzers naar de RIAGG kunnen van dit aanbod gebruik maken. PIT wordt altijd ingezet in het kader van een behandelplan en staat wat dat betreft niet op zichzelf. Het is logisch dat het thuiszorgproject in deze vorm in Midden-Limburg ontwikkeld is, omdat er geen APZ aanwezig was in deze regio. Bij de ontwikkeling van het project is er intensief overleg geweest met betrokken partijen zoals PAAZ'en, huisartsen en thuiszorg ten einde een goede inbedding van het project te realiseren en eventuele misverstanden en weerstanden weg te nemen. Doel van het project is het voorkomen van opname of het verkorten van opnameduur. Zonder PIT zou de opnameduur worden verlengd respectievelijk het ontslag worden uitgesteld. Het stabiel houden van de thuissituatie is in de loop van de tijd als doelstelling hiernaast gekomen. Dit hangt samen met de verruiming van de indicatiecriteria, waarover meer bij het onderdeel doelgroep. Het hoofddaccent van het aanbod ligt op de wensen en behoeften van de patiënt. Verzorging neemt daarbij een belangrijke plaats in. Een andere belangrijke taak van de PIT is de integratie van de cliënt in zijn sociale omgeving. Men tracht het sociaal netwerk van de cliënt te mobiliseren of te versterken.

Voordat het PIT-project er was moesten crisissituaties bestreden worden met gespecialiseerde gezinszorg en hulpverlening vanuit de RIAGG. Deze laatste was echter maar zeer beperkt. In de praktijk werden daardoor mensen snel opgenomen omdat situaties escaleerden waardoor er veel problemen in de buurt en/of met de mantelzorg ontstonden. Er werd door betrokkenen zoals politie, buurtbewoners, familieleden een sterk beroep gedaan op de RIAGG om iemand te laten opnemen.

De doelgroep

De doelgroep van de PIT komt uit:

- de sector Begeleid wonen, wanneer iemand dreigt te decompenseren of decompenseert en er gezien de formatie niet voldoende begeleiding voor die persoon beschikbaar is. Dit betekent dat de PIT-medewerker in de Begeleide Woonvorm komt. Dus PIT wordt naast de reguliere verstrekking ingezet;
- het ambulante bestand van de RIAGG;
- de PAAZ'en uit de regio ter verkorting van de opnameduur.

De doelgroep werd bij de start van het project als volgt gedefinieerd:

- er is een indicatie voor psychiatrische opname; de cliënt is psychotisch;
- weigering van klinische opname;
- ernstige mate van verwaarlozing en eventueel veroorzaken van overlast in de omgeving;
- het outreaching hulpaanbod van de RIAGG is ontoereikend qua inhoud en tijd;
- in de aanvullende zorgbehoefte kan onvoldoende voorzien worden door algemene (niet categoriale) thuiszorg-organisaties. Bij aanvang van de zorg blijkt uit het behandelplan dat PIT binnen drie maanden afgebouwd kan worden.

In de loop van het project zijn op basis van de ervaringen van de medewerkers Sociale Psychiatrie en Ouderenzorg de toepassingscriteria verruimd met de volgende aanvullingen:

- psychose preventie: bij een aantal chronische psychiatrische patiënten is de naderende psychose waarneembaar. Door inzet van PIT hoopt men de aanloop naar de psychose te kunnen couperen;
- ontslaggroep: wanneer ontslag uit de PAAZ voor de patiënt een te grote overgang betekent, maar wel wenselijk is om de situatie voor de patiënt te normaliseren of omdat dit door de patiënt gewenst wordt;
- niet-weigeraars: patiënt en RIAGG verkiezen PIT boven

- opname;
- extreem passieve depressieven: de passiviteit gaat onherroepelijk samen met zelfverwaarlozing, isolement en deprivatie. De aspecten waarvoor PIT ingezet kan worden;
 - crisis bij dementerenden met verpleeghuisindicatie ter overbrugging van de wachttijd.

Inzet van PIT is het meest effectief bij de 'grote' psychiatrie zoals schizofrenen, chronische psychosen, manische depressieven, kortom de chronisch psychiatrische patiënten. Met name in die situaties waarbij hulpverleners een crisis zien aankomen. Bijna 75 % van de cliënten behoort tot deze categorieën. Er zijn geen duidelijke categorieën aan te wijzen waarbij PIT niet mogelijk is. Er zijn wel eens een paar mislukkingen geweest met dwangmatige mensen. Als contra-indicatie geldt verslavingsproblematiek. Het maximaal aantal cliënten in het project zal in 1996 ongeveer 60 personen kunnen bedragen op basis van de afspraken met de zorgverzekeraar. In 1995 was 70% van de cliënten van het vrouwelijk geslacht en 30% van het mannelijk. 30% was ouder dan 65 jaar. Een grote beperking in het project, die een rol kan spelen bij de selectie van cliënten, is het feit dat op last van de zorgverzekeraar gebruik moet worden gemaakt van het thuiszorgbureau van de zorgverzekeraar, dat de verpleegkundigen levert. Hierdoor kan de RIAGG de kwaliteit van de medewerkers moeilijk bepalen. Men moet afwachten wie er aangeboden wordt en wie beschikbaar is. Het zou een goede zaak zijn wanneer de PIT-verpleegkundigen in het team sociale psychiatrie worden opgenomen. Er kan dan gericht geïnvesteerd worden in deskundigheidsbevordering en de kwaliteit van de medewerkers. Doordat men weet welke kwaliteiten men in huis heeft en kan inzetten, kunnen mogelijkheden en risico's met bepaalde cliënten beter ingeschat worden.

Indicatiestelling

De indicatiestelling voor PIT wordt door de RIAGG gedaan, volgens een vast protocol. Men dient een aanvraagformulier voor PIT in te vullen. Aanvragen worden in de staf besproken. Er zijn ook mogelijkheden om in crisissituaties PIT snel in te zetten. De zorg kan binnen 24 uur via de projectleider geregeld zijn. Er zijn duidelijk gedefinieerde en door de zorgverzekeraar goedgekeurde categorieën van cliënten opgesteld, waarbinnen de aanvraag moet vallen. Zie hiervoor de paragraaf doelgroep.

Zorg- en dienstverlening

De RIAGG kan via het Bureau Thuiszorg in principe beschikken

over een groep van zes vaste verpleegkundigen. Deze uitzendkrachten zijn speciaal ten behoeve van dit project geworven. Deze PIT-verpleegkundigen worden aangestuurd in de reguliere behandelingsperiode door de RIAGG medewerkers (SPV'er of psychiater) van de afdelingen die PIT hebben aangevraagd. De volgende functionarissen zijn via de RIAGG voor het project werkzaam:

- 1 SPV'er, vier uur per maand, inhoudelijk coördinator;
- 1 SPV'er, anderhalf uur per maand, deskundigheidsbevorderaar;
- 1 secretaresse, vier à zes uur per maand, administratie;
- 1 hoofd Afdeling Sociale Psychiatrie, een uur per maand, eindverantwoordelijke.

PIT vindt in principe gedurende drie maanden plaats omdat uit de literatuur blijkt dat in die periode een psychose gecoupeerd moet kunnen worden. Deze periode van drie maanden kan met nog eens drie maanden verlengd worden.

Modelmatig vergt een PIT-cliënt 13 weken x 3 dagen x 3 uur = 117 uur B-verpleegkundige hulp. In de praktijk blijkt het gemiddeld om 90 uur per cliënt te gaan. Daarbij worden over het algemeen in het begin veel uren ingezet en wordt dit gedurende het traject verminderd en geleidelijk afgebouwd.

De zorg- en dienstverlening van de PIT vindt met name plaats in de psychotische fase van een cliënt en maar voor een beperkt deel in de herstelfase. In de psychotische fase kunnen de volgende activiteiten onderscheiden worden:

- het overnemen van verantwoordelijkheid;
- het opbouwen van een vertrouwensrelatie;
- het bieden van geestelijke ondersteuning;
- het bieden van somatische en medische verzorging;
- instellen van en controle houden op medicatiegebruik;
- bewaken van het voedingspatroon en lichamelijke hygiëne;
- het op orde brengen en organiseren van het huishouden en het bieden van ondersteuning daarbij;
- regelen van praktische problemen, zoals financiën, boodschappen, onderhoud van de woning, etc.;
- geven van adviezen en richtlijnen;
- ondersteunen van naaste verwanten en signaleren van problemen in de naaste omgeving.

In de herstelfase speelt het begeleidingsaspect een belangrijke rol, terwijl de verzorging minder noodzakelijk wordt. Voor de begeleiding kan overdracht plaatsvinden naar de sociaal-verpleegkundige en voor de zorg naar de reguliere thuiszorg. In deze fase zijn de volgende activiteiten van belang:

- verantwoordelijkheid weer overdragen aan de cliënt en meer begeleiden naar zelfstandig functioneren;
- helpen structuur aan te brengen in dagelijkse activiteiten;
- aanleren van sociale vaardigheden;
- opbouwen van een sociaal netwerk, activiteiten buitenshuis ondernemen.

De PIT-verpleegkundige is een verlengstuk van het behandelplan dat door de RIAGG wordt opgesteld. Medische behandeling wordt geleverd door het reguliere circuit. De RIAGG wenst de medische behandeling in relatie tot de psychiatrische problematiek (psychofarmaca) in eigen hand te houden. Therapieën en trainingen worden door de RIAGG gedaan. PIT levert ADL-hulp. In Begeleid Wonen projecten wordt dat samen met de woonbegeleiders gedaan. Huishoudelijke hulp, zoals schoonmaken, wassen en koken wordt niet door de PIT geleverd. De PIT schakelt de gezinszorg in of tracht de mantelzorg daarvoor te mobiliseren. PIT heeft een taak in de dagbesteding van cliënten. Ze kunnen bijvoorbeeld de opdracht krijgen om met de cliënt mee te gaan naar het activiteitencentrum, of om samen boodschappen te doen. Maatschappelijke integratie is een belangrijke taak van de PIT. Deze bestaat voornamelijk uit het herstellen van contacten met familie en de buurt. Uit de ervaring blijkt dat veel deuren weer opengaan, wanneer de cliënt vergezeld wordt van een verpleegkundige. Waarschijnlijk wordt de cliënt voor een kennis, buurtgenoot of familielid weer de moeite waard, wanneer een verpleegkundige (vaak een jong persoon) zoveel tijd en energie in die persoon steekt.

Er bestaat een intensieve samenwerking tussen de verschillende voorzieningen van de RIAGG met betrekking tot de PIT-cliënten zoals dagbesteding, ambulante psychiatrie, woonbegeleiding en arbeidsrehabilitatie. Men zit regelmatig met elkaar aan tafel. De behandelende SPV'er fungeert als casemanager van de PIT-cliënt. Het komt niet vaak voor dat een PIT-cliënt een beroep moet doen op spoedhulp of crisisdienst. Deze wordt dan geboden door de crisisdienst van de RIAGG en moet via de huisarts worden aangevraagd. Het komt in ongeveer 10 % van de gevallen voor dat een cliënt vanuit een PIT-situatie wordt opgenomen. De RIAGG heeft een noodbed in de PAAZ'en, waarvan ze op basis van een crisisprotocol gedurende zeven achtereenvolgende dagen voor een cliënt gebruik kunnen maken. Na die zeven dagen wordt besloten tot ambulante behandeling of tot reguliere opname. Voor de PIT wordt op jaarbasis één à twee keer van deze mogelijkheid gebruik gemaakt. De dagbesteding van de cliënten is zeer divers. Er zijn

mensen die bij de sociale werkvoorziening werken. Sommigen hebben een gewone baan. De mensen die geen werk hebben worden gestimuleerd naar het activiteitencentrum te gaan. Met de nadruk op actief stimuleren. Dagactiviteiten zijn een eerste aanzet tot structuur en vormen daardoor een essentieel onderdeel van de PIT. PIT-begeleiding is maar minimaal aanwezig gedurende de dag. Daarom moeten mensen hun dag leren structureren. Het is niet zo dat cliënten die PIT krijgen verplicht aan dagactiviteiten moeten meedoen. Vaak is dit wel in hun behandelplan opgenomen. De RIAGG heeft verspreid over haar werkgebied drie dagactiviteitencentra. De RIAGG heeft geconstateerd dat de ernstige schizofrenen steeds meer gaan afhaken in de activiteitencentra. Het is er voor hen te druk. Ze krijgen er teveel prikkels. Men probeert nu voor hen een apart aanbod te ontwikkelen in de centra. Het welzijnswerk speelt geen rol in de dagbesteding van de cliënten. Dezen vallen buiten de boot in dat circuit. Vandaar dat de RIAGG zelf activiteitencentra heeft opgezet en dat bevalt uitstekend. De cliënten van de PIT hebben over het algemeen nog wel een sociaal netwerk. Er is altijd wel iemand te vinden die zich het lot van de cliënt aantrekt. Dit heeft waarschijnlijk ook te maken met het feit dat de regio niet verstedelijkt is. Als er een heel schraal netwerk is, zorgt de RIAGG voor vervanging hetzij door het activiteitencentrum, het wonen in een groep, deelname aan een nazorggroep, et cetera.

Wonen

Het maakt voor het verkrijgen van PIT niet uit waar een cliënt woont in de regio van de RIAGG.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Woonvormen

Cliënten blijven in hun huidige woonsituatie.

Begeleiding

Op vaste momenten in overleg met de cliënt.

Behandeling

De cliënten blijven in dit project hun vaste behandelaar(s) houden. Binnen het PIT-project is immers geen sprake van behandeling.

Dagbesteding

Cliënten hebben of de vrije keuze in dagbesteding, of tijdens de intake is in het begeleidingsplan afgesproken dat de cliënt naar

dagbesteding moet.

Financiën

Bewoners beschikken over een eigen inkomen (meestal een uitkering). PIT is een AWBZ-verstrekking zonder eigen bijdrage.

Flexibiliteit van zorg en begeleiding

In principe kan tijdens de PIT voor een cliënt 117 uur B-verpleegkundige hulp worden aangewend. In de praktijk worden deze uren flexibel ingezet. In het begin van de PIT-periode is meestal behoefte aan intensievere zorg; aan het einde van de periode is minder zorg nodig (afbouwfase).

Financiën

Het project wordt volledig gefinancierd uit zorgvernieuwingsgelden en valt binnen de AWBZ-verstrekking. Elk jaar wordt opnieuw bij de verzekeraar financiering voor het project aangevraagd en wordt het project geëvalueerd. De psychiatrische verantwoordelijkheid, de indicatiestelling, de aansturing van de B-verpleegkundige e.d. geschieden door de RIAGG uit haar reguliere budget. De enige financiële beperking die het optimaal uitvoeren van het project in de weg staat, is dat het uitzendbureau te weinig geld vrijmaakt voor supervisie en deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Aangezien er geen APZ in de regio aanwezig was, zijn relatief veel chronisch psychiatrische patiënten met behulp van de ambulante psychiatrie en kortdurende PAAZ-opnames buiten het langdurig klinisch circuit gebleven. De RIAGG heeft met zeer veel creativiteit gewerkt. De regio heeft pas sinds kort een RIBW en die voorziening lost een groot aantal problemen op, met name voor de chronisch psychiatrische patiënten die het zelfstandig wonen of begeleid wonen moeilijk aankunnen. Men hoopt dat chronici, die nu nog in de APZ'en buiten de regio verblijven, in Beschermd Woonvormen binnen de regio kunnen gaan wonen, waarbij de sociale psychiatrie hen zal behandelen en begeleiden. Men streeft naar een indicatiecommissie voor het wonen in Midden-Limburg bestaande uit Begeleid Wonen, Beschermd Wonen en de sociale pensions. Er blijken in de sociale pensions in deze regio mensen te wonen met zware psychiatrische problemen. Wanneer mensen in dit wooncircuit decompenseren, zal men dit probleem trachten op te lossen met behulp van de ambulante

psychiatrie zoals PIT, intensievere begeleiding door de sociale psychiatrie, aanwenden van crisisbedden voor een zeer beperkte periode. Het is duidelijk dat de sociale psychiatrie met name ingezet moet worden voor de 'zware' psychiatrie, waartoe de chronisch psychiatrische patinten gerekend worden, en dat daarom de voordeur (instroom) goed bewaakt moet worden. Wanneer straks de MFE's zullen functioneren in de regio en deze zullen bestaan uit een samenwerking tussen de verschillende GGZ-partners zal de sociale psychiatrie een onderdeel van de MFE gaan uitmaken. Aangezien bij de sociale psychiatrie als uitgangspunt geldt dat men dicht bij de cliënten wenst te zitten, zal men ook in de toekomst op drie lokaties verspreid over de regio gevestigd blijven. De MFE zal een grote rol gaan spelen in het zorgcircuit voor chronici. Men hoopt dat dezen maar zeer kort opgenomen hoeven te worden en snel weer terug kunnen in het ambulante circuit. Dan zal ook de capaciteit van de PIT enorm toenemen.

Belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren

Op organisatorisch niveau ziet de geïnterviewde weinig belemmeringen. Zeker nu sinds kort de RIBW's in de regio zijn gestart en er ook samengewerkt gaat worden binnen MFE-verband. Wel zal de capaciteit van de RIAGG onvoldoende zijn om de enorme toestroom van clinten op te vangen. Er zal dus intramurale capaciteit omgezet moeten worden in ambulante capaciteit. Dit geldt zowel voor de sociale psychiatrie als voor de crisisdienst. Werknemers uit het APZ moeten tijdig bijgeschoold worden om ambulant ingezet te kunnen worden. Deze operatie moet goed voorbereid worden, opdat er geen gaten vallen in het zorgaanbod en mensen daardoor onnodig weer terug moeten vallen op het intramurale circuit. De zwaar gehandicapte chronisch psychiatrische patinten zullen in kleinschalige beschutte woonvormen, waar 24-uurs zorg en verpleging wordt geboden, moeten verblijven. Dat hoeft niet per definitie op het APZ-terrein te zijn. Het betreft een soort kleinschalige kliniek. Bij de langdurig klinisch zorgafhankelijken moet gedacht worden aan mensen met psycho-organische stoornissen en defect schizofrenen.

De MFE-vorming zou in deze regio geen belemmering voor het extramuraliseren hoeven te vormen. Tot nu toe slaagde de GGZ erin middels intensieve en geavanceerde ambulante begeleiding om het aantal opnames uit het circuit van chronisch psychiatrische patiënt en per jaar te beperken tot zeer weinigen. De kans dat de MFE een aanzuigende werking zou kunnen krijgen is daardoor vrij gering.

Op dit moment kan PIT maar een beperkte tijd gegeven worden. De geïnterviewde pleit voor een reguliere psychiatrische thuiszorg overeenkomstig de somatische thuiszorg. Er komt dan veel meer continuïteit in de zorg. De afdelingen sociale psychiatrie zouden naast SPV'ers uitgerust moeten worden met B-verpleegkundigen. Deze laatste zouden ingezet kunnen worden voor de intensieve psychiatrische thuiszorg en na verloop van tijd voor de reguliere psychiatrische thuiszorg. De eersten houden zich bezig met behandeling en begeleiding. De verwachting is dat met inzet van psychiatrische thuiszorg op een continue basis veel cliënten zo normaal en zelfstandig mogelijk kunnen wonen.

3.8 Surinameplein Woongemeenschap en Integratieproject Geo

Algemene gegevens en uitgangspunten

Toen in 1985 de regionale herindeling van de gezondheidsregio's in werking was getreden, was er in Amsterdam veel te weinig intramurale GGZ-capaciteit. Op grond daarvan zijn plannen ontwikkeld voor het verplaatsen van capaciteit vanuit het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort naar Amsterdam. Dit gebeurde in het kader van 'het Amsterdamse Model', een bundeling van adviezen van de adviesgroep Geestelijke Gezondheidszorg Amsterdam. Een van de eerste woonvoorzieningen voor chronisch psychiatrische patiënt en was de Woongemeenschap Surinameplein. Een aantal afdelingen van de chronische sector verhuisde met 64 bewoners in 1987 naar een verbouwd bejaardenhuis aan het Surinameplein. Elke bewoner kreeg de beschikking over een eigen kamer met wc en wasgelegenheid. In het huis zijn afsluitbare etages, separeerruimten en een centrum voor dagactiviteiten. In 1991 is de Woongemeenschap uitgebreid met het Integratieproject Geo, bestaande uit 23 plaatsen. Patiënten wonen er verspreid over een carrévormig woonblok met een gemeenschappelijke binnentuin in Hat-eenheden voor één, twee en drie personen. In twee flatjes zijn werkruimten ten behoeve van de verpleging en een koffiekamer voor bewoners gesitueerd. Dit project is met name bestemd voor de doorstroming van het Surinameplein. De naam Geo is ontleend aan het bouwproject. De Woongemeenschap Surinameplein is een onderdeel van het Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam en is ook door het APZ opgezet. Er zijn geen andere GGZ-partners betrokken bij de opzet en uitvoering van het project. Het belangrijkste doel van de

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

verhuizing van Santpoort naar Amsterdam was de integratie van chronische psychiatrische patiënten in Amsterdam. Afhankelijk hoe men integratie definieert is het project geslaagd in zijn opzet. De meeste bewoners doen af en toe in de buurt een boodschap. Toch heeft de staf de indruk dat bijna de helft (40 bewoners) van de 87 bewoners van het project eigenlijk niet veel te zoeken heeft in de stad. Deze mensen blijven voornamelijk in het pand. Het maakt volgens de staf niet zo uit waar ze zullen wonen. Overigens is dit niet aan de betreffende bewoners gevraagd. Het uitgangspunt van integratie verhoudt zich niet positief tot de schaal van het project: 65 bewoners in een groot losstaand gebouw. Dit maakt de integratie er niet makkelijker op. Overigens is een woonproject van enige omvang voor met name de groep verblijfspatiënten wel wenselijk voor de behandeling en organisatie. Diverse overwegingen spelen daarbij een rol. Op de eerste plaats is decentralisatie van het wonen van chronische psychiatrische patiënten alleen mogelijk wanneer er adequate dekking is van een afdeling of een kliniek. Patiënten moeten kunnen terugvallen op zo'n afdeling wanneer ze tijdelijk of blijvend minder zelfstandig worden. Een project van enige omvang geeft meer mogelijkheden om personeel flexibel in te zetten en maakt een bundeling van expertise mogelijk. Bovendien geeft het personeel een groter gevoel van veiligheid. In geval van een crisis zijn collega's in de buurt. De gewenste omvang van een dergelijke eenheid is nog in onderzoek. Kleinere eenheden zouden onbetaalbaar worden met name met betrekking tot de 24-uurs bezetting. Binnen de Woongemeenschap worden wonen, dagbesteding en behandeling zoveel mogelijk gescheiden. Dit is een uitgangspunt van het Amsterdamse Model. De laatste tijd is men op dit uitgangspunt gedeeltelijk teruggekomen, omdat dit geleid had tot een te grote autonomie van patiënten, waardoor mensen zichzelf konden gaan verwaarlozen en omdat de doorstroming stagneerde. De staf vindt het noodzakelijk om nadrukkelijker dan voorheen mensen te begeleiden, zich meer met de patiënten te bemoeien en eventueel te behandelen. Daarnaast vindt men het van belang om dagbesteding te brengen naar de mensen die op de gesloten afdeling zitten of die niet van hun afdeling af komen. In de praktijk is gebleken dat bij de doelgroep die verblijft in de woongemeenschap een te sterke scheiding van wonen, dagbesteding en behandeling niet mogelijk is. Er blijft een spanningsveld tussen enerzijds de autonomie van patiënten en anderzijds de dwang van de voorziening. Het project schuift de laatste tijd op dit continuüm meer de richting op van dwang als reactie op de te grote autonomie van bewoners, die dat niet aankunnen. De patiënten woonden voor de start van dit pro-

ject in oude, traditionele paviljoens in de chronische sector van Santpoort. De minst zelfredzamen woonden in gesloten of afsluitbare afdelingen. Per afdeling waren er ongeveer 40 patinten die vier huiskamers en gemeenschappelijke slaapkamers hadden. Patiënten hadden weinig tot geen privacy.

De doelgroep

De doelgroep van de Woongemeenschap Surinameplein is afkomstig van de verblijfsafdeling van het APZ en is daar lange tot zeer lange tijd opgenomen geweest. Het gaat om mensen die langdurig van zorg afhankelijk zijn. In de woongemeenschap worden met name die patiënten opgenomen die niet in aanmerking komen voor meer zelfstandige woonvoorzieningen. Het zijn de minst zelfredzame en de meest gestoorde patiënten van het APZ. De gemiddelde leeftijd bedraagt 45 jaar. Bijna de helft van de bewoners is tussen de 40 en 50 jaar. Ongeveer 65% van de bewoners is gediagnosticeerd als schizofreen en een nog groter percentage heeft een tweede psychiatrische diagnose. Er zijn een paar mensen met borderline-problematiek. Sommige mensen hebben te kampen met dementieverschijnselen, anderen met organische stoornissen. In de huidige populatie zitten veel mensen met naast een psychiatrische stoornis ook een verstandelijke handicap (volgens een voorzichtige schatting minstens 10 %). Uit testen blijkt dat ze een IQ tussen de 60 en 80 hebben. Er zijn nu zes bewoners aangemeld voor een plaats in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap. Deze zwakbegaafde patinten hebben in vergelijking met de overige patiënten minder begripsvermogen, belangstelling en energie. Dit heeft consequenties voor de begeleiding, training en dagbesteding.

Indicatiestelling

De instroom vindt plaats via een regionale indicatiecommissie, die wordt gevormd door de GGZ-partners uit de regio. Patinten worden schriftelijk voorgedragen door andere afdelingen van het ziekenhuis en worden in de commissie besproken. Als een patiënt geïndiceerd wordt voor de Woongemeenschap Surinameplein, komt deze op de wachtlijst. Bij de indicatie speelt de diagnose een kleine rol. De meeste bewoners zijn schizofreen. Bij iemand met een stemmingsstoornis of persoonlijkheidsstoornis wordt er kritischer gekeken. Daarbij is het belangrijk om vast te stellen of die persoon uit behandeld is. Daarbij wordt onderzocht wat er met de betreffende patiënt is gedaan en gedurende welke periode. Over het algemeen komt iemand die twee jaar is behandeld in het ziekenhuis in aanmerking voor plaatsing in het project. Mensen

moeten een psychiatrische hoofddiagnose hebben en uit de regio komen. Bij de indicatie wordt er ook praktisch gekeken welke plaatsen beschikbaar zijn (institutionele indicatie). Men is spaarzaam met een functionele indicatie in verband met de schaarste van beschikbare plaatsen. Functioneel gesproken komen veel mensen in aanmerking voor verblijfsafdelingen, maar op basis van het beschikbare aantal plaatsen wordt een strengere selectie toegepast. Als contra-indicatie geldt op de eerste plaats alcohol- en drugsverslaving, wanneer dat op het moment van aanmelding het grootste probleem is. De verslaving geeft een onnodige beperking in medicijnkeuze, heeft een contraproductieve werking op de medicijnen en leidt vaak tot onwenselijk gedrag. Wanneer de verslaving in het kader staat van een ziektebeeld, geldt het niet als contra-indicatie. Ernstige verpleegbehoefte mensen komen ook niet in aanmerking voor opname. De grens bij de somatische problematiek ligt niet heel scherp en wordt van geval tot geval bekeken. Criminaliteit niet voortvloeiend uit de psychiatrische ziekte en daardoor niet behandelbaar met medicijnen geldt ook als contra-indicatie. Een schizofreen die onder invloed van waandenkbeelden zich door iemand bedreigd voelt en daarom iemand aanvalt, behoort wel tot de doelgroep. De waandenkbeelden kunnen door medicijngebruik beïnvloed worden, waardoor ook het crimineel gedrag kan verdwijnen. Een groot praktische probleem in het verleden bij de indicatie was dat er geen doorstroming in het project was, zodat er ook geen nieuwe patiënten geplaatst konden worden. Door de start van het Geo-project is de doorstroming wel op gang gekomen.

Zorg- en dienstverlening

De personeelsformatie van de beide projecten ziet er als volgt uit:

Aantallen in fulltime eenheden

- verpleging Surinameplein	21,9
- verpleging Geo	3,6
- leerlingen	4,6
- management verpleging	1,8
- medisch/sociaal-wetenschappelijke staf	3,3
- behandel ondersteunende functies	3,9
- administratie	1,3
- facilitair personeel	5,8

Een huisarts houdt éénmaal per week spreekuur op het Surinameplein. Het spreekuur vindt plaats in de voorziening, omdat bewoners niet uit zichzelf naar een huisarts zullen gaan. Het is zo eenvoudiger om een bewoner bij de arts langs te sturen. De drempel is erg laag. De medicamenteuze behandeling met

psychofarmaca doet de arts-assistent van de woon- gemeenschap. Aan sommige schizofrenen wordt cognitieve therapie gegeven. Niet iedereen wil meedoen. Patinten vinden het erg leuk, maar helaas is de werking volgens de literatuur beperkt. Een belangrijk punt bij de zorg- en dienstverlening is dat de voorziening het als haar taak en verantwoordelijkheid ziet bewoners te begeleiden naar de maximaal haalbare zelfstandigheid. Dit vindt proefondervindelijk plaats binnen een setting met een gedifferentieerd behandelaanbod. Als bij de staf het idee bestaat dat iemand toe is aan meer zelfstandigheid, wordt dat geprobeerd. Op deze wijze wordt de grens van iemands kunnen bepaald. Dat betekent dat een bewoner niet zo maar in een woonvorm met veel begeleiding kan blijven wonen (Surinameplein), wanneer de staf de indruk heeft dat hij met veel minder begeleiding toe kan (Geo of RIBW). Onder andere om die reden is men bezig de twee bovenste etages van het Surinameplein om te vormen tot een trainingscentrum voor zelfstandiger wonen. Daarmee kan men in ieder geval onderzoeken of bewoners zelfstandiger kunnen gaan wonen. Elke bewoner heeft een begeleidingsplan waarin staan beschreven de doelen op korte en lange termijn waaraan gewerkt wordt en wat iemand moet doen om die de doelen te kunnen verwezenlijken. Verder staan er afspraken in over dagbesteding, ADL-hulp, contacten met familie, medicamenteuze behandeling et cetera. Zoals reeds beschreven is er binnen het project een gesloten afdeling waarin zich ook twee separeerunits bevinden. Op deze afdeling wonen mensen die een gesloten afdeling nodig hebben of intensieve begeleiding en toezicht. Er woont een zeer heterogeen gezelschap. Het gaat met name om mensen die hun grenzen niet kunnen bepalen. Zo woont er bijvoorbeeld een meneer die gemiddeld 40 kilometer per dag op de afdeling wandelt. Op een dag is deze persoon van de afdeling afgekomen en totaal uitgeput bij Delft aangetroffen. Hij had de hele weg lopend afgelegd. De meeste mensen wonen er vrijwillig (1 IBS en gemiddeld 5 RM). De meeste mensen mogen de afdeling af. Ze wonen alleen op de gesloten afdeling. Ze gaan bijvoorbeeld buiten alleen boodschappen doen. Er wonen nu ook mensen die intensieve begeleiding, toezicht en veel structuur maar geen gesloten setting nodig hebben. Dit jaar nog zal een afdeling met een dergelijk aanbod gestart worden. In deze afdeling worden ook bewoners van andere afdelingen en projecten opgevangen die in crisis verkeren en daardoor 24 uur per dag zorg en toezicht nodig hebben.

Door het activiteitencentrum worden trainingen verzorgd in

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

sociale vaardigheden en zelfredzaamheid en daarnaast allerlei vormen van dagbesteding en recreatie. De woonbegeleiding (verpleging) geeft veel ADL-hulp en begeleiding bij het wonen, omdat bewoners weinig zelfstandig kunnen functioneren. Zij is tevens verantwoordelijk voor de sfeer en orde op de etage en heeft daarnaast een taak in de activering van bewoners binnen de woning. De civiele dienst verzorgt het huishouden bestaande uit de maaltijden, de schoonmaak en het onderhoud van het pand, het linnengoed (lakens, handdoeken etc.). Bewoners doen samen met de woonbegeleiding hun persoonlijke was. Wanneer een bewoner zijn kamer zelf voldoende schoonhoudt, krijgt hij daarvoor een vergoeding. Bewoners koken niet zelf. De maaltijden worden gemeenschappelijk gebruikt in de eetkamer op de etage. De eetkamer en de daaraan verbonden gemeenschappelijke keuken is op beperkte tijden geopend. Afhankelijk van de beperkingen en het begeleidingsplan van een bewoner is ten aanzien van huishoudelijke activiteiten sprake van: zelfverzorging, verzorging door derden, ondersteuning, training. De casemanager biedt ondersteuning bij de volgende onderdelen: administratieve hulp, budgettering en maatschappelijke integratie. Er is ook hulp bij het zoeken van huisvesting en bij verhuizing omdat alle bewoners van het Geo-project van het Surinameplein zijn gekomen. Er zijn ook bewoners naar een Beschermende Woonvorm vertrokken of van het Geo definitief of tijdelijk teruggeplaatst naar het Surinameplein. Gemiddeld is er één mutatie per week op het Surinameplein. Bij de keuze voor een Beschermende Woonvorm of voor het Geo wordt met name gekeken naar de behoefte aan contact van de bewoner. Bij veel contactbehoefte is een Beschermende Woonvorm wenselijk en bij minder behoefte aan contact wordt gekozen voor het Geo.

Bewoners kunnen 24 uur per dag een beroep doen op zorg. In het Geo-project is een nachtwacht aanwezig, maar daar wordt in de praktijk weinig beroep op gedaan. Aangezien het Surinameplein beschikt over een gesloten afdeling met ook een aantal bedden voor crisisopvang, is er een terugvalmogelijkheid binnen het project. Het betekent wel dat mensen bij een langer durende crisis van de ene naar de andere etage moeten verhuizen of van het Geo naar het Surinameplein. In de praktijk wordt een kamer één à twee maanden voor een bewoner behouden die gebruik moet maken van de crisisopvang.

Er wordt steeds meer samengewerkt met de RIBW. Af en toe worden bewoners geruild, die beter af zijn in een andere setting.

Er vindt regelmatig overleg plaats. In het kader van Geo wordt er overlegd met de woningbouwvereniging over het teruggeven van woningen aan de woningbouwvereniging, zodat bewoners, die daarvoor in aanmerking komen, zelfstandig kunnen wonen en rechtstreeks kunnen huren van deze verhuurder.

Dagbesteding

Bewoners staan over het algemeen laat op en ontbijten niet (75%). Eenderde van alle patinten gaat per dagdeel naar de arbeidsafdeling van het activiteitencentrum (snelbinders en pennen in elkaar zetten, fietsen maken, kaarsen maken, etc.), anderen gaan naar de inloop, sommigen blijven op de etage zitten. Het activiteitencentrum is vijf ochtenden in de week open. Tussen de middag wordt er warm gegeten. 's Middags hebben veel mensen al niet zo veel energie meer. Een aantal middagen is er een soos waar ze naar toe kunnen gaan op de begane grond van het Surinameplein. 's Avonds is deze soos tot negen uur open. De meeste bewoners gaan vroeg naar bed.

De dag van de meeste bewoners ziet er in de ogen van de staf troosteloos uit: zitten, hangen, koffiedrinken, roken, op bed liggen.

Het contact met familie is niet toegenomen sinds mensen in de Woongemeenschap verblijven. De verandering van huisvesting (kleinschaligere woonvorm, geïntegreerd in een woonwijk, in de stad Amsterdam) leidt niet tot meer bezoek. Blijkbaar is de ernst van de handicap van bewoners sterk bepalend voor het wel of niet krijgen van bezoek. De meeste mensen zijn zodanig diep gestoord dat het niet plezierig is om op bezoek te gaan. Voor het grootste deel van de doelgroep die in de woongemeenschap verblijft of zal komen, is uitbreiding van het sociaal netwerk en community-support systemen niet aan de orde.

De aanwezige dagbesteding is niet toereikend. De kliniek wenst veel meer bewoners bezig te houden door middel van arbeid, zodat ze gesteund worden bij het disciplineren van het dagelijks leven. Ten eerste is het een belemmering dat bewoners wel betaald krijgen voor 'werk' binnen de instelling. Het activiteitencentrum hoort binnen het project. Bewoners mogen geen geld verdienen met activiteiten buiten het ziekenhuis. Daardoor gaat geen enkele bewoner naar 'werk' of dagbesteding buiten het ziekenhuis, vanwege het ontbreken van een financiële prikkel. Op de tweede plaats is de capaciteit van het aantal betaalde werkplaatsen niet voldoende. Het is belangrijk dat mensen wat te doen hebben. Geld is daarbij een goede prikkel, ook al verdienen mensen maar een

luttel bedrag.

Wonen

Vanaf de start van het project tot ongeveer 1993 was de woonfilosofie van het project dat wonen een vorm van 'thuiszijn' is. De bewoners hebben zelf de regie van hun doen en laten in handen en krijgen daarbij begeleiding en ondersteuning. Vanaf 1994 is deze filosofie gewijzigd in de zin dat wonen nu meer gezien wordt als een vorm van behandelen. De woon- en behandel functies vullen elkaar aan. Deze verandering hangt samen met het inzicht dat de voorziening meer verantwoordelijkheid van de bewoners moet overnemen en de rol van behandelaar moet waarmaken. Mensen wonen in een GGZ-voorziening en de primaire taak daarvan is niet het verschaffen van woonruimte maar behandeling en begeleiding van mensen. De instelling moet voortdurend erop gericht zijn mensen zodanig te behandelen en te begeleiden dat ze zelfstandiger kunnen gaan wonen met minder begeleiding. De huisvesting bevindt zich in een woonwijk in Amsterdam. De Woongemeenschap Surinameplein is gevestigd aan een druk verkeersplein, vlakbij een kanaal, op de grens van verschillende wijken. Het pand wordt omringd door woongebouwen en ligt aan een openbaar stukje groen. Alle belangrijke voorzieningen voor de bewoners zijn in de nabijheid van het pand gesitueerd zoals de bank, de sigarenboer, winkels. De bewoners maken tot grote teleurstelling van het personeel weinig gebruik van de voorzieningen van de stad. Mensen blijven overwegend binnen zitten. De verkeerssituatie is onveilig te noemen voor de bewoners. Er zijn wel veilige routes naar de belangrijkste voorzieningen in de buurt (oversteekplaatsen met voetgangerslichten). De sociale veiligheid rond de woning is goed. Het betreft een vrijstaand pand bestaande uit zes etages en met een zijvleugel van twee etages. In de zijvleugel is het activiteitencentrum gehuisvest. De begane grond van het hoofdgebouw wordt in beslag genomen door een ontmoetingsruimte, kantoren, spreekkamers, een personeelskantine, een keuken. Op de verdiepingen wonen bewoners in zit/slaapkamers van 11 m² met een sanitaire ruimte voorzien van toilet en wastafel. Het aantal bewoners per verdieping varieert tussen de 12 en 16. Per verdieping zijn gemeenschappelijk een eetkamer annex keuken (30 m²), een woonkamer (30 m²), drie douches en een badkamer, een was- en droogruimte. Op elke verdieping, behalve de vijfde, is een verpleegpost aanwezig. Dit is niet op basis van een behoefte aan toezicht maar uit praktische overwegingen. De aanwezige bewoners zijn 'bewerkelijk'. Daarom is er een kantoortje nodig

voor papierwerk, medicijnen en telefoneren. Gedurende de nacht is er niemand op de verpleegposten. Op de eerste en tweede verdieping is een kleine ruimte voor recreatie (tafeltennis of andere activiteiten). De eerste verdieping is een gesloten afdeling voorzien van twee separeerkamers. Deze separeerunit ligt in het midden van de afdeling aan de gang waarop alle andere ruimten uitkomen. Alle ruimten op de verdiepingen liggen aan weerszijde van een centrale gang. Bewoners hebben een eigen sleutel van hun kamer. Als begeleiding vroeger de kamer van een bewoner wilde betreden moest hij daarvoor toestemming krijgen van de bewoner. In het kader van het beleid van verschuiving van autonomie van de bewoner naar dwang van de voorziening is dat veranderd. Als begeleiding een goede reden heeft om een kamer van een bewoner binnen te gaan, gebeurt dat. Wel wordt er altijd geklopt.

Binnen het project worden de volgende huisregels gehanteerd:

- agressie is verboden;
- bij overtreding van de wet wordt de politie ingeschakeld;
- het gebruiken van drugs is verboden;
- consumptie van alcohol in de openbare ruimten is verboden.

De bewoners hebben geen woonrechten. Als ze opgenomen zijn in het ziekenhuis zullen ze altijd gehuisvest worden door het ziekenhuis, maar deze laatste bepaalt uiteindelijk waar ze het beste kunnen wonen.

Gewenste veranderingen aan de huisvesting:

- het opzetten van een apart woontrainingscentrum, dat anders van opzet en inrichting zou zijn dan de huidige huisvesting. Zo'n centrum hoeft geen onderdeel uit te maken van het Surinameplein. Dat betekent dat de meer zelfredzame en actieve bewoners geen deel meer zullen uitmaken van de woongemeenschap. Een nadeel daarvan is dat de resterende groep bewoners erg homogeen wordt en dat de sfeer in het pand wel heel troosteloos wordt. Het zal moeilijk zijn personeel te motiveren in een dergelijke situatie;
- huisvesting met een besloten binnentuin, zodat mensen van de gesloten afdeling ook in de tuin kunnen rondlopen;
- woonunits van zes à acht bewoners. Dat is zowel plezieriger voor bewoners als ook voor personeel;
- een groter oppervlak van de zit/slaapkamer, omdat iedereen tegenwoordig groter woont. Het is niet de verwachting dat mensen dan meer activiteiten op hun kamer zullen gaan ontplooiën;
- voor een aantal bewoners wordt een eigen douche gemist.

Sterke kanten van de huisvesting zijn:

- het project heeft voldoende omvang zodat mensen in de anonimiteit kunnen blijven;
- mensen beschikken over een eigen kamer en hebben een eigen sanitaire unit (wc. en wastafel);
- het project is gehuisvest midden in de stad. Er gebeurt veel in de omgeving;
- alle belangrijke voorzieningen liggen vlakbij.

Keuzemogelijkheden deelnemers

Woonvormen

De bewoners op het Surinameplein hebben geen keuzemogelijkheid wat huisvesting betreft. Met betrekking tot Geo-project kunnen bewoners kiezen tussen alleen wonen, met zijn tweeën of met zijn drieën. De woningen liggen in hetzelfde woonblok.

Begeleiding

Op het Surinameplein is 24 uur per dag begeleiding aanwezig. Bij het Geo-project is overdag begeleiding aanwezig en 's nachts een slaapwacht. Bewoners komen langs bij het kantoor van de verpleegkundige. Zo nodig komt de verpleging langs in de appartementen. Deze laatste zal binnenkort afgeschaft worden. Bewoners kunnen dan in noodsituaties een beroep doen op de begeleiding van het Surinameplein.

Behandeling

Het is wat er onder behandelaar wordt verstaan. Zo kunnen bewoners bijvoorbeeld niet kiezen in de artsassistent, omdat er maar één aan het project verbonden is. In principe is er ook geen vrije keuze in casemanager; deze wordt toegewezen. Als het in de praktijk helemaal niet klikt tussen de bewoner en de casemanager, wordt er gezocht naar een alternatief.

Medebewoners

In het Geo-project kunnen bewoners op basis van gegronde redenen bezwaar maken tegen de komst van potentiële bewoners. De meeste mensen kennen elkaar vanuit het ziekenhuis. Men kiest zelf niet de nieuwe bewoners, maar kan wel bezwaar maken. Op het Surinameplein hebben de bewoners geen keuzemogelijkheid in de plaatsing van nieuwe bewoners.

Dagbesteding

De dagbesteding wordt vastgelegd in het begeleidingsplan. Bewoners hebben vrije keuze in de inhoud van de dagbesteding, die geboden wordt op het activiteitencentrum. Er ontstaat een probleem wanneer een bewoner niet wil doen wat er in het begeleidingsplan staat. De staf heeft namelijk de indruk dat de bewoner beter af zou zijn wanneer hij wel aan dagbesteding zou meedoen. Hier doet zich weer het dilemma voor tussen autonomie van de bewoner en dwang vanuit de voorziening. Er is gekozen voor meer dwang. Alleen is men er nog niet uit hoever men daarin kan of moet gaan. We noemen een paar voorbeelden. Zo vindt men dat bewoners zich minimaal twee maal per week moeten wassen en niet vaker dan drie maal per dag. Bewoners moeten in de ochtend opstaan en een paar maaltijden per dag nuttigen.

Financiën

Het ziekenhuis int de eigen bijdrage in het kader van de AWBZ-regeling. De bewoners krijgen dan zakgeld. Sommigen beheren dat zakgeld zelf. Bij de overige bewoners wordt het zakgeld beheerd door een aparte stichting. Op het Surinameplein geldt die laatste situatie voor driekwart van de bewoners; bij het Geo-project voor een kwart. Mensen kunnen een maal per week hun zakgeld en eventuele vergoedingen voor arbeid en schoonmaakwerk opnemen bij de bank.

Mogelijkheid van flexibiliteit van zorg en begeleiding

Op het Surinameplein bestaan er verschillen in de intensiteit van begeleiding tussen de verschillende etages. De eerste etage is een gesloten afdeling met ook een aantal crisisbedden en heeft derhalve een grote begeleidingsintensiteit. De bovenste twee verdiepingen vormen een soort trainingscentrum voor zelfstandiger wonen en hebben minder begeleiding. Het Geo-project kent een grote mate van flexibiliteit in zorg en begeleiding. De bedoeling is dat in de toekomst sommige bewoners alleen nog maar contact hebben met hun casemanager (begeleid zelfstandig wonen). Andere bewoners kunnen vrij intensieve begeleiding krijgen van één à twee uur per dag. Wanneer bewoners permanent meer begeleiding nodig hebben passen ze niet in het Geo-project en worden ze overgeplaatst naar het Surinameplein.

Inrichting van de woning

De gemeenschappelijke ruimten worden door de voorziening ingericht. De inrichting van de zit/slaapkamers wordt wisselend door bewoners of door de voorziening verzorgd. Op het

Surinameplein probeert de civiele dienst zoveel mogelijk de kamers van bewoners te voorzien van meubilair van de voorziening (standaard project meubilair), omdat ze dit meubilair beter kunnen onderhouden. Ze hebben slechte ervaringen met meubilair van bewoners. Het is moeilijk schoon te houden en het valt snel uit elkaar.

Financiën

De huisvesting van het project wordt niet apart berekend en wordt gefinancierd uit de reguliere AWBZ-vergoedingen. Dit geldt ook voor alle andere kosten. De bewoners ontvangen f 320,- per maand aan zak- en kleedgeld. Het feit dat bewoners geen vergoeding mogen ontvangen voor werk buiten het ziekenhuis is een beperking voor de optimale uitvoering van het project. Een andere financiële beperking is dat nieuwe en tevens betere medicijnen wel vijf maal zo duur zijn als de gangbare medicijnen. Ze moeten wel betaald worden uit het reguliere budget van het ziekenhuis. Dat kan een reden zijn om die medicijnen niet voor te schrijven. Dat probleem speelt de laatste vijf jaar. De chronische sector is binnen het APZ redelijk verwaarloosd. Het was het ondergeschoven kindje. De financiering is gebaseerd op de situatie in het verleden dat er niets gebeurde met de patiënten. Nu wordt er meer met patiënten gedaan op basis van nieuwe inzichten, zoals behandeling, begeleiding en training. Dat betekent dat men te kampen heeft met een onderbezetting in personeel met name op stafniveau. Dit komt de kwaliteit van het project niet ten goede. De dagbesteding in de stad is waarschijnlijk ook duurder dan die op een APZ-terrein buiten de stad. In die laatste situatie kan men mensen inzetten bij het tuinonderhoud, bosbouw en eventueel tuinbouw.

Ontwikkelingen in wonen en zorg voor chronisch psychiatrische patiënten

Er wonen op dit moment veel mensen in het APZ met een RIBW-indicatie. Er is echter geen plaats en een wachtlijst voor twee jaar. Of de RIBW gaat zijn capaciteit uitbreiden of het ziekenhuis gaat voorzieningen ontwikkelen voor deze bewoners. In de toekomst zullen functioneel gesproken het APZ, de RIAGG en de RIBW samengevoegd kunnen worden, zodat er één circuit voor chronisch psychiatrische patiënt en zal ontstaan. Ze werken nu ook al met dezelfde patiënten.

Er zal voor een beperkt aantal bewoners een voorziening nodig zijn zoals het Surinameplein, met 24-uurs zorg, veel ADL-hulp, een gesloten afdeling met separeermogelijkheden en voldoende

omvang. Daarnaast zal het merendeel van de langdurig zorgafhankelijke mensen wonen in projecten zoals het Geo. Met name wanneer de capaciteit van de ambulante psychiatrie vergroot wordt. Naarmate die zorg beter geregeld is kunnen meer mensen extramuraal en genormaliseerd wonen.

Er zullen graduele verschillen ontstaan tussen de verschillende woonvormen op basis van intensiteit van toezicht, bescherming en begeleiding. Dit moet dan niet leiden tot verschillende financiële consequenties voor de bewoners. Nu is de RIBW duurder voor een bewoner dan een plaats in het ziekenhuis. De groep die nu op het Surinameplein woont is dezelfde groep bewoners waarvan anderen zeggen dat ze niet genormaliseerd en extramuraal kan wonen. Dat zou dan volgens sommige bronnen om 10% van de chronische populatie gaan. De groep die op het APZ-terrein zou moeten blijven. Maar zoals reeds beschreven, is die chronische populatie zeer divers. Eerst zou goed onderzocht moeten worden welke mensen daadwerkelijk in de GGZ thuishoren en welke in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap of in de verpleeghuiszorg. Volgens geïnterviewde is het niet noodzakelijk deze restcategorie te huisvesten op het APZ-terrein. Wel zullen er speciale voorwaarden aan de huisvesting gesteld moeten worden zoals beschreven in paragraaf 5. wonen. Het is de vraag of deze groep bewoners beter af is in de stad.

Belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren

De geïnterviewde ziet de volgende belemmeringen voor het extramuraliseren en normaliseren van chronisch psychiatrische patiënten. De gemeente moet faciliteiten ter beschikking stellen voor adequate huisvesting. In de grote steden kan dat een probleem opleveren vanwege de afwezigheid van bouwgrond of geschikte gebouwen. Er is vaak geen plek om mensen uit het APZ, die in aanmerking komen voor zelfstandigere huisvesting met minder begeleiding, onder te brengen. Dat betreft zowel het gebrek aan capaciteit bij de RIBW als ook de krapte op de woningmarkt. Er zijn vaak geen flatjes om mensen te huisvesten.

Er is een gebrek aan voldoende dagbesteding en met name betaald werk buiten APZ-verband, zodat mensen gestimuleerd kunnen worden om activiteiten buiten het ziekenhuis te ondernemen.

4 Samenvatting en conclusies

4.1 Doelstellingen projecten

Wanneer gekeken wordt naar de kern van de doelstellingen van de acht projecten dan valt op dat door verschillende projecten integratie van chronisch psychiatrische patiënten in de sociale omgeving als belangrijk doel genoemd wordt. Een aantal vermeldt daarnaast het bieden van een adequate, zoveel mogelijk zelf gekozen woonomgeving als hoofddoel. Hoewel de invulling door de projecten soms sterk verschilt kan vastgesteld worden dat het verbeteren van de woonsituatie in vijf van de acht projecten het hoofddoel is. Bij het PIT is dit niet het geval, hoewel het leveren van thuiszorg als neven-doel heeft het zich handhaven van de patiënt in de eigen omgeving. Het Surinameplein heeft niet zozeer het wonen als doel als wel de integratie. Het Liornehuis heeft het verbeteren van de woonsituatie niet als doel geformuleerd, in de praktijk is dit wel gerealiseerd.

doelstellingen:	Trapl. zorgsch	PIT	RIBW	Woon-verbl. Circ.	F.Simon	ZWoP	Liorne	Suri
verbetering wonen	X		X	X	X	X		
integratie		X	X	X		X		X
rehabilitatie	X		X	X				
beschermende huisvesting							X	
opnamevoorkomend		X	X			X		

Het begrip sociale integratie wordt door de geïnterviewden verschillend geïnterpreteerd. De een vindt dat van sociale integratie sprake is wanneer iemand af en toe zelfstandig de deur uitgaat om een boodschap te doen en verder alleen contact heeft met medepatiënten, de ander spreekt dan van een schraal sociaal netwerk. Een en ander hangt samen met wat men onder sociale integratie verstaat en met het verwachtingspatroon van de

geïnterviewde. Door verschillende geïnterviewden werd er op gewezen dat de gemiddelde stedeling ook niet of nauwelijks contact heeft met zijn burens en geen buurthuizen bezoekt. Men moet dat dan ook niet verwachten van een psychiatrische patiënt. Sociale integratie is bovendien niet een toestand waarin men al dan niet verkeert. Het moet beschouwd worden als een proces dat aan veranderingen onderhevig is. Het is daarbij een moeilijk meetbaar begrip: immers het feit dat men deelneemt aan een bepaald netwerk of aan een activiteit, zegt nog niets over de kwaliteit van het contact.

We concluderen dat sociale integratie een term is die weliswaar veelvuldig wordt gehanteerd, maar dat de verschillende projecten over de inhoud en de waarde ervan van mening verschillen. Het zou de moeite waard zijn nader onderzoek te verrichten naar dit begrip.⁵ Wanneer is iemand sociaal geïntegreerd? Wanneer hij/ zij actief deelneemt aan verenigingsleven, een zinvolle dagbesteding heeft, zelfstandig de huishouding doet, geaccepteerd wordt door de burens, midden in stad of dorp woont? Welke normen worden aangelegd ten aanzien van mensen zonder handicap wanneer het sociale integratie betreft?

4.2 Doelgroep

Ook in de toekomst zal er volgens geïnterviewden een categorie patiënten zijn die een 24-uurs toezicht behoeft. Het gaat dan om mensen die dermate gedragsgestoord zijn dat ze niet in de maatschappij kunnen vertoeven: zij geven chronisch overlast. Schattingen lopen volgens geïnterviewden uiteen van 10 tot 30 procent van het huidige bestand aan chronisch psychiatrische patiënten in de APZ-en. Binnen de acht geïnventariseerde projecten huisvest het Surinameplein deze groep. Zo ook Bloemendaal, waarbij het dan gaat om de gesloten asiel functie en het project groeps wonen met structuur. Het gaat om patiënten die weinig zelfredzaam en ernstige stoornissen hebben. Er is in deze projecten geen sprake van selectie naar psychopathologie zoals met DSM-III gediagnostiseerd. Zowel schizofrenie, borderlineproblematiek, dementieverschijnselen als organische stoornissen komen voor. Wonen en begeleiding zijn hier gecombineerd omdat begeleiding en toezicht permanent nodig zijn.⁶ In het Liornehuis zijn de functies wonen en begeleiding eveneens niet gescheiden. De doelgroep bestaat hier deels uit bewoners die zeer langdurig (gemiddeld 40 jaar) op het APZ-terrein verbleven, weinig begeleiding nodig hebben, maar die men als groep niet meer uit elkaar wilde halen. Het gaat om een type patiënten dat niet (meer)

thuishoort in het APZ maar er vaak nog, om redenen dat ze immers al zo lang zijn opgenomen, wel verblijft. Zie ook Haveman⁷, die opmerkt dat een verblijf van langer dan 5 jaar een belangrijke factor is die de kans op ontslag verkleint. In meerdere projecten (Bloemendaal, Duin en Bosch, Rosenberg) werd vermeld dat in het oude chronische bestand vaak patiënten voorkomen die niet in een APZ thuishoren, bijvoorbeeld omdat ze niet psychiatrisch gestoord maar verstandelijk gehandicapt zijn of beter op hun plaats zouden zijn in een verpleeghuis. De RIBW Oost-Brabant, de PIT, het ZWoP, de Traploze Zorgschakering, het Fokke Simonszhuys en het Woon- en Verblijfsdrcuit kennen allen vergelijkbare doelgroepen. Het zijn chronisch psychiatrische patiënten, die een vorm van begeleid zelfstandig wonen of groepswonen aankunnen. De begeleidingsbehoefte en de wijze waarop daarin voorzien wordt verschillen.

Concluderend kunnen we stellen dat er drie groepen onderscheiden kunnen worden binnen de chronische psychiatrie:

- a Er is een groep die permanent zorg en toezicht nodig heeft en om die reden in een setting gehuisvest moet worden waar wonen en zorg gecombineerd zijn. Het gaat daarbij om een kleine groep: schattingen lopen uiteen van 10 tot 30 % van het huidige APZ-chronische bestand. Of deze groep op een APZ-terrein moet wonen wordt door een aantal geïnterviewden betwijfeld. Zij vinden dat ook voor deze groep kleinschalige genormaliseerde projecten in een (klein)stedelijke omgeving gerealiseerd kunnen worden. Wel achten sommigen het raadzaam bij een woonvoorziening voor deze groep altijd een gesloten afdeling en enkele crisisbedden onder te brengen en, met name bij vestiging in een woonomgeving, een besloten tuin. Wanneer iemand tijdelijk intensieve behandeling behoeft, zou daarvoor gebruik gemaakt kunnen worden van bijvoorbeeld een nabijgelegen MFE. Voorwaarde is dan wel dat deze MFE medewerkers heeft die thuis zijn in de zorg voor chronisch psychiatrische patiënten. Voordeel van het huisvesten van deze groep in een genormaliseerde omgeving kan zijn dat het, eventuele, sociale netwerk makkelijker in stand gehouden of op gang gebracht kan worden.
- b Er is een groep die nu nog in het APZ verblijft en daar langdurig opgenomen is maar geen behandeling meer behoeft en geen/weinig toezicht nodig heeft.⁸ Er is geen zorginhoudelijke reden dat die groep in het APZ moet blijven. Waar en hoe deze het best te huisvesten is, hangt af van de bereidheid van het APZ deze groep 'los' te laten en van de mogelijkheden die er in de omgeving zijn. Bij het Liornehuis bijvoorbeeld zijn bewoners uitgeplaatst, niet vanuit primair een normalisatiegedachte, maar

gedwongen omdat er geen nieuwbouw meer op het terrein mocht komen. Hoewel be-woners eerst niet wilden zijn zij nu zeer tevreden. Bloemendaal geeft aan de bewonerswens gerespecteerd te hebben door patiënten juist wel op eigen terrein te huisvesten. De vraag is of dit ideologisch gezien de beste keuze is. Praktisch gezien is de keuze beter verdedigbaar: zoals ook bij Rosenburg en het Surinameplein blijkt is het huisvesten van patiënten in de stad een groot probleem vanwege een gebrek aan geschikte locaties en woningen. In de toekomst lijkt ons huisvesting op excentrisch gelegen APZ-terreinen alleen wenselijk als andere goede locaties ontbreken. De nieuwbouw op Bloemendaal kan beschouwd worden als een constructie met toekomstwaarde voor de normale woningvraag. De 'oude chronici' zullen hier wonen en oud worden, de nieuwe chronici zullen kunnen doorstromen naar stad of regio, wanneer er daar genormaliseerde woonvormen beschikbaar komen.

- c De derde groep zijn de chronisch psychiatrische patiënten die nog niet langdurig - langer dan 1 à 2 jaar- opgenomen zijn (geweest), de nieuwe chronici. Zij kunnen in uiteenlopende woonvormen wonen: alleen, geclusterd alleen, in een groep. Tot deze 'nieuwe chronici' rekenen we ook de draaideurpatiënten die regelmatig kortdurend opgenomen worden. Uitzondering vormen de mensen die behoren tot de groep die permanent zorg en toezicht behoeft (zie hierboven: a).

Er zijn binnen de geïnventariseerde projecten geen duidelijke verschillen in problemen en vaardigheden tussen bewoners van verschillende woonvormen -uitgezonderd Surinameplein en Bloemendaal groepswoners met structuur-. Met andere woorden: het is niet zo dat iemand met goede sociale vaardigheden of een bepaalde psychopathologie per definitie eerder in aanmerking komt voor zelfstandig wonen met thuiszorg dan voor groepswoners in een beschermende woonvorm. Woonwensen lopen dwars door patiënten categorieën heen, zoals blijkt bij het ZWoP waar sommigen per se alleen, anderen in een groep willen wonen, soms midden in de stad, dan weer liever in een rustige buitenwijk. Wel kan gesteld worden dat bepaalde categorieën meestal niet in aanmerking komen voor vormen van groepswoners. Het betreft dan mensen met persoonlijkheidsstoornissen, die beter alleen kunnen wonen. Belangrijk is dat er een gedifferentieerd aanbod van woonvormen komt, waarbij binnen dit aanbod de mate van begeleiding kan variëren, zoals dat nu al gebeurt in bijvoorbeeld de PIT en de Traploze Zorgschakering.

Psychiatrische patiënten bij wie tevens verslavingsproblematiek een prominente rol speelt worden als een problematische groep

beschouwd. Bij drie projecten wordt deze groep expliciet uitgesloten, bij twee andere projecten komt deze groep niet voor, drie projecten hanteren deze dubbele problematiek niet als uitsluitingscriterium. Zij tekenen echter wel aan dat de mogelijkheden voor behandeling gering zijn, omdat het 'dubbele' specialisme ontbreekt, en pleiten voor speciale voorzieningen voor deze groep. Voor wat betreft het wonen zien twee van deze drie geen mogelijkheden in groepswoonvormen, omdat dit te bedreigend is voor andere, vaak labiele, patiënten. Ook het Fokke Simonszhuys geeft aan dat in de gemengde woonvorm die zij hebben, het aantal verslaafden gemaximeerd moet worden. Een en ander versterkt het pleidooi voor een specifieke aanpak binnen bestaande voorzieningen, waarbij te denken valt aan speciale woonzorgarrangementen voor psychiatrische verslaafde patiënten.

4.3 Indicatiestelling

Van de acht geïnventariseerde projecten indiceren er vier zelf: het Liornehuis, Woon- en Verblijfsceircuit Bloemendaal, Traploze Zorgschakering, het Fokke Simonszhuys. Bij de PIT indiceert de RIAGG. Bij drie projecten: het ZWoP, de RIBW Oost-Brabant en het Surinameplein indiceert een RIC. In deze commissies zijn de verschillende GGZ-partners en de ziektekostenverzekeraar vertegenwoordigd. Bij het ZWoP, in Bloemendaal en het Liornehuis wordt gewerkt met de NZi behandelmodulen. Deze systematiek scoort op ADL-behoefte, beschermingsbehoefte, dagbestedingsbehoefte en behoefte aan huis(houd)elijke steun. Zij is in oorsprong ontwikkeld vanuit het behandelaanbod van het APZ. Het is daarmee een tamelijk grove screening, die op zich weinig met het wonen of de woonwensen te maken heeft. Bij het ZWoP, net als in Bloemendaal, wordt een bepaalde score in principe gekoppeld aan een bepaalde woonvorm. Deze werkwijze brengt, zeker op de wijze waarop de regionale indicatiecommissie Utrecht (voor het ZWoP) deze modulen hanteert, het risico met zich mee dat niet zozeer de vraag maar het regionale aanbod bepalend is voor de indicatiestelling. Voor het ZWoP komt iemand bijvoorbeeld alleen in aanmerking wanneer hij/zij een beperkte begeleidingsbehoefte heeft. Sinds daar het experiment voor langdurig opgenomenen c.q. voor de sector verblijf geïndiceerden beëindigd is, is er voor deze laatste groep geen alternatief meer voor het verblijf in het APZ. Bovendien blijkt dat indiceren op basis van een score die gemaakt is van iemand die al een tijd in het APZ verblijft onvoldoende voorspellende waarde heeft. Een aantal projecten, zoals bijvoorbeeld het Liornehuis en Traploze Zorgschakering, meldt immers dat patiënten in de nieuwe

woonsituatie tot veel meer in staat blijken dan men vantevoren verwacht had. Deze constatering, gekoppeld aan het feit dat eveneens verschillende geïnterviewden aangeven dat vooral de motivatie van de patiënt belangrijk is om een (woon) project te doen slagen, geeft aan dat naar indicatiemethodes gezocht moet worden die meer recht doen aan deze aspecten. Er worden, ook binnen deze acht projecten, pogingen ondernomen de indicering zoveel mogelijk op maat uit te voeren: rekening houdend met zowel de woonwensen als met de wensen ten aanzien van begeleiding. De RIBW Oost-Brabant heeft, nadat een eerste screening door de RIC is gedaan en een bewoner voor de RIBW is gendiceerd, een eigen zorgtoewijzingscommissie. Deze commissie stelt samen met de patiënt de vorm van begeleiding vast en de plaatsing in een bepaalde woonvorm. Wanneer er lacunes worden gevonden in het aanbod, wordt dit aan de directie gemeld met het verzoek het probleem op te lossen.

In onderstaand schema wordt een overzicht gegeven van de indicatiestelling per project.

<i>project</i>	<i>indicatie door</i>	<i>werkwijze</i>	<i>bijzonderheden</i>
Traploze zorgsch	project zelf	geen vast protocol patiënt heeft eigen keuze woonplek	motivatie patiënt is hoofdcriterium,
PIT	RIAGG	vast protocol alleen voor zorg	patiëntencategorieën in overleg met zorgverze- keraar vastgesteld
RIBW	RIC	vast protocol voor zorg en wonen	aparte zorgtoewijzings- commissie
Woon- Verbl- .circ.	project zelf	vast protocol, basis is Nzi-behandelmodulen voor zorg en wonen	
F. Simonszhuus	project zelf	indicatieformulier + gesprek met cliënt alleen voor wonen	alleen gebaseerd op gegevens door cliënt zelf
ZWoP	RIC	vast protocol, basis is Nzi-behandelmodulen binnen ZWoP: patint eigen keuze woonplek	motivatie patiënt zeer belangrijk
Liornehuus	APZ Duin en Bosch	vaste criteria en Nzi- behandelmodulen voor zorg en wonen	
Surinameplein	RIC	vast protocol voor zorg en wonen	

Dat instellingen zelf indiceren voor zowel wonen als zorg, ook al zijn ze verenigd in een regionale indicatiecommissie, draagt volgens ons het gevaar in zich dat het 'voorzieningendenken' zal blijven voortbestaan. Ook wanneer er een regionale indicatiecommissie is, blijft dat risico groot. Dat hangt dan bijvoorbeeld samen met de gehanteerde werkwijze, zoals die in Utrecht. Maar ook het feit dat elke GGZ- partner een belang zou kunnen hebben om zowel zijn zorg als zijn huisvesting te 'verkopen' vormt een belemmering om echt wonen en zorg op maat te leveren. Het is trouwens opvallend dat er altijd sprake is van 'zorg op maat' en niet van 'wonen op maat'. Dit duidt op een primaat van de zorg.

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

Concluderend stellen we dat de wijze van indicatie, wie er indiceert en welke aspecten voor indicatie in aanmerking komen, punten zijn die aandacht vragen.

We raden aan om de indicatie voor zorg en die voor wonen zoveel mogelijk uit elkaar te halen. Daarmee kan worden voorkomen dat een bepaalde begeleidingsbehoefte automatisch leidt tot een bepaalde woonvorm. De deskundigheid van de GGZ ligt in het behandelen/begeleiden, niet in het bieden van huisvesting. De GGZ dient dus voor het behandel-/begeleidingstraject te indiceren. Daarbij zal zij, waar nodig, randvoorwaarden kunnen formuleren ten aanzien van de gewenste huisvesting. Deze huisvesting kan dan door een ander indicatieorgaan/toewijzingscommissie worden toegewezen. Mede omdat de motivatie van de patiënt van belang is, zou in de indicatiesystematiek de wens van de patiënt een plaats dienen te krijgen.

4.4 Zorg- en dienstverlening

Relatie behandel-/begeleidingsaanbod en woonplek

Bij de start van deze inventarisatie was een van de vragen: 'Bestaat er een relatie tussen behandel/begeleidingsaanbod en de plek waar iemand vertoeft?' Daarbij werd uitgegaan van de veronderstelling dat patiënten in de RIBW meer behandeling/ begeleiding krijgen dan bij begeleid zelfstandig wonen en minder dan in het APZ. In de onderzochte projecten is die relatie er soms wel, en soms niet. Als deze er wel is hangt dat bijvoorbeeld samen met het verstrekkingensysteem en daarmee met de mate van begeleiding die men op een bepaalde plek kan bieden.

Per project:

Traploze Zorgschakering: hier is voorwaarde dat iemand moet toekunnen met maximaal 6 uur hulp aan huis in de week. Het type hulp maakt daarbij niet uit. Omdat in geval van crisis of tijdelijke terugval iemand zich altijd kan laten opnemen, blijkt dit bijna altijd voldoende. Men houdt, waar men ook verblijft, dezelfde behandelaar/begeleider. In die zin is er geen relatie tussen de plek waar iemand vertoeft en het behandel/ begeleidings aanbod.

PIT: Deze intensieve thuiszorg wordt zowel bij zelfstandig wonenden ingezet als (naast de reguliere verstrekking) in de sector begeleid wonen. Behandel/begeleidingsaanbod is gericht op mensen die (begeleid) zelfstandig wonen.

RIBW Oost-Brabant: binnen de RIBW is er een gedifferentieerd

aanbod, van lichte naar intensieve begeleiding (geen behandeling). Afhankelijk van de begeleidingsbehoefte woont men in een bepaalde woonvorm. Dit hangt onder andere samen met het aantal uren dat iemand begeleiding nodig heeft.

Woon- en Verblijfsircuit Bloemendaal: het behandelings- en begeleidingsaanbod kan binnen de verschillende woonvormen op het APZ-terrein variëren. Patiënten die intensieve begeleiding en toezicht nodig hebben wonen in speciale woonvormen. Het behandel/begeleidingsaanbod is gekoppeld aan de plek waar men vertoeft, in die zin dat wanneer men naar elders in de stad verhuist, men de vaste behandelaar en de begeleiding verliest.

F. Simonszhuus: er is geen relatie tussen de woonplek en het behandelingsaanbod. Wonen is hiervan losgekoppeld. Er is sprake van woonbegeleiding, maar in een 'losse' vorm. Mensen houden een zo groot mogelijke autonomie, pas wanneer er sprake is van overlast naar medebewoners grijpt begeleiding in. Daarmee wordt een groep bereikt die niet elders opgenomen kan of wil worden. In die zin is er sprake van een duidelijke relatie tussen de woonplek en het aanbod, nl. een zeer losse.

ZWoP: hier wonen mensen die in zorg en begeleidingsbehoefte niet verschillen van de mensen in beschermende woonvormen, maar niet geschikt zijn voor de groepswoonvorm zoals die in de meeste bewo's voorkomt. Dit kan zijn vanwege hun stoornis of omdat ze zelf niet in een beschermende woonvorm willen wonen. Het veronderstelde verschil tussen begeleid wonen en RIBW doet zich hier dus niet voor. Mensen met een grotere begeleidingsbehoefte kunnen niet (meer) geplaatst worden, omdat geen extra formatieplaatsen beschikbaar zijn. (zie: ZWoP, par. 9: het experiment).

Liornehuis: een woonvorm die getypeerd kan worden als 'onzelfstandig begeleid groepswonen'. Hier is een relatie tussen behandelings/begeleidingsaanbod en de plaats waar men vertoeft. Oudere chronici met een grotere verzorgingsbehoefte kunnen hier niet geplaatst worden omdat men niet voldoende zorg kan bieden (gebrek aan financiën). Omdat men ruimte deelt met een verzorgingshuis kunnen hier ook geen mensen met sterk afwijkend gedrag gehuisvest worden.

Surinameplein: het gaat hier om patiënten die intensieve begeleiding en toezicht nodig hebben. Dit is daarmee duidelijk gekoppeld aan de plek waar men vertoeft. Als de begeleidingsbehoefte afneemt wordt men geacht door te verhuizen naar een

lichtere vorm: de RIBW of het GEO.

Zie ook onderstaand schema.

<i>project</i>	<i>woonvorm</i>	<i>begeleiding</i>	<i>behandeling</i>
Traploze zorgsch	zelfstandig	aan huis: max. 6 u.p.w. in kliniek: variabel	(poli)klinisch of thuis door Rosenberg
PIT	zelfstandig, begeleid zelfst., bewo	aan huis: max. 117 uur gemidd. 9 u.p.w.	RIAGG of thuis (niet door PIT)
RIBW	begeleid zelfst., bewo	aan huis: variabel (in 1 bewo permanent)	extern: RIAGG, APZ
Woon- Verbl.circ.	begeleid zelfst., groeps, socio	aan huis: variabel gestruct.-wonen: permanent	(poli)klinisch APZ Bloemendaal
F. Simonszhuys	pension	overdag aanwezig, beperkt	extern: divers
ZWoP	begeleid zelfst.: alleen of in groep	aan huis: variabel	extern: RIAGG, APZ
Liornehuis	onzelfstandig begeleid groepswoonen	overdag aanwezig	intern (beperkt): APZ Duin en Bosch
Surinameplein	begeleid groepswoonen	permanent aanwezig	intern

Onze conclusie is dat bij de 'zwaarste' groep (Surinameplein, deel Bloemendaal) is het behandel- en begeleidingsaanbod om zorginhoudelijke redenen - er is permanent toezicht nodig- gekoppeld aan de plek waar men vertoeft. Het Fokke Simonszhuys richt zich op de doelgroep die geen reguliere hulp wenst. Bij de andere projecten kan niet gesteld worden dat het type woonvoorziening gekoppeld moet zijn aan een bepaalde vorm van behandeling/begeleidingsaanbod. Behandeling in de vorm van therapieën en ook medische behandeling vindt bij de meeste projecten niet op de woonplek plaats. Het project Traploze Zorghakering biedt het meest continuïteit in begeleiding en behandeling, omdat patiënten onafhankelijk van hun woonplek dezelfde behandelaar en begeleider kunnen houden. Het aantal uren hulp aan huis is hier aan een maximum per week gebonden. Dit zou er toe kunnen leiden dat patiënten zich eerder (kort) laten heropnemen. Gecombineerd met een project als de PIT, waarbij hulp aan huis tijdelijk kan worden opgevoerd, zou er een zorgcontinuüm kunnen ontstaan, waarbij (her)opname voorkomen of verminderd kan worden.

Voorwaarden aan behandel-/begeleidingsaanbod

Een andere vraag van de RVZ luidde: 'Welke (extra) eisen worden door de genormaliseerde woonsituatie aan behandel- en

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

begeleidingsaanbod gesteld?' Bij verschillende projecten kwam naar voren dat het genormaliseerd wonen een andere beroepshouding van personeel vereist. Zeker in die projecten waarin men de rehabilitatiemethodiek hanteert, signaleert men dat het van medewerkers een grote omslag vraagt om patiënten meer eigen verantwoordelijkheid te laten dragen. In opleidingen zou hieraan meer aandacht moeten worden besteed. Deze rehabilitatiemethodiek lijkt een steeds prominenter rol te spelen in de aanpak en werkwijze van voorzieningen. Daarbij is uitgangspunt het verbeteren van het functioneren van de patiënt met zijn handicaps, uitgaande van diens wensen en behoeften met zo min mogelijk bemoeienis van hulpverleners.⁹ Training on the spot wordt door geïnterviewden als de beste methode beschouwd om mensen (woon)vaardigheden (opnieuw) aan te leren. Daarbij wordt door sommigen het belang van het inschakelen van ergotherapeuten benadrukt. Bij alle projecten wordt voorts van belang geacht dat mensen een persoonlijk begeleider of case-manager hebben die als vast contactpersoon en zorgcoördinator optreedt. Een goede samenwerking tussen de verschillende GGZ-partners vindt men vereist, zodat in geval van crisis of terugval direct adequaat ingegrepen kan worden. Belangrijk voor de patiënt, omdat het een veilig gevoel geeft dat hij bij terugval direct geholpen wordt. Maar ook belangrijk voor de omgeving (omwonenden, sociaal netwerk), om te voorkomen dat deze te zwaar belast worden en daardoor hun steun wegvalt. Het Bed-op-recept blijkt een zeer belangrijke voorziening, die zo laagdrempelig mogelijk moet zijn. Deze laagdrempeligheid zou ook moeten gelden voor RIAGG, activiteitencentra en werkprojecten. Samenwerking vindt een aantal geïnterviewden ook belangrijk om er voor te zorgen dat een patiënt niet steeds met verschillende methodieken en behandelaars in aanraking hoeft te komen. Een voordeel van circuitvorming kan zijn dat per patiënt er één dossier komt voor bijvoorbeeld zowel de crisisdienst als de persoonlijk begeleider en de dagbehandeling, zodat men inzicht heeft in de patiënt en in elkaars werkwijze. Een ander voordeel is dat men de keuze heeft om bijvoorbeeld de persoonlijk begeleider niet alleen in te zetten in de thuissituatie, maar ook bij (her)opname.

Concluderend kunnen we stellen dat het belangrijk is dat er een circuit komt voor de patiënt met langerdurende hulpvraag op meerdere terreinen (zorg, wonen, welzijn) komt, inclusief de coördinatie tussen die terreinen. Zo'n circuit kan continuïteit van behandeling en begeleiding realiseren. Het is daarbij wel van belang dat cure en care beide in dat circuit zitten. Een deel van de chronisch psychiatrische patiënten is immers niet alleen aangewezen op care, maar zal ook cure nodig blijven hebben.¹⁰

4.5 Wonen

Woonfilosofie

Alle projecten die wonen in hun aanbod hebben, hanteren een expliciete woonfilosofie. Dit is volgens Henkelman e.a. een essentiële voorwaarde voor het slagen van vernieuwingsprojecten op het gebied van wonen voor chronische psychiatrische patiënten¹¹. Er is een redelijk verband tussen de gehanteerde woonfilosofie en de achtergrond van de voorziening. Aan de ene zijde van het spectrum zien we het sociaal pension en begeleid wonen, waar bewoners zelf de regie over hun doen en laten hebben en een zeer grote mate van autonomie genieten. Op de andere pool van het spectrum zitten de projecten die voortkomen uit het APZ (Surinameplein en Liornehuis), die wonen als een vorm van behandelen zien; de woon- en behandelfuncties vullen elkaar aan. Opmerkelijk is het Surinameplein waar de woonfilosofie op basis van de ervaringen in de praktijk gewijzigd is van wonen als een vorm van 'thuis' zijn, waarbij bewoners een grote mate van autonomie bezaten, naar de huidige woonfilosofie. De staf vindt dat bewoners deze ver doorgevoerde vorm van autonomie niet aankunnen. Een afwijkende plaats op dit spectrum neemt APZ Bloemendaal in. Daar wordt goed wonen als een belangrijk element beschouwd en worden woonvormen gecreëerd volgens de gebruikelijke volkshuisvestingsnormen. Behandeling, begeleiding en verzorging zijn erop gericht het wonen te ondersteunen.

Woonvormen

De geanalyseerde projecten zijn er in geslaagd om hun huisvesting extramuraal en in gewone woonwijken of in het centrum van steden onder te brengen. Een uitzondering hierop vormt Bloemendaal dat de huisvesting op de rand van het terrein heeft gerealiseerd, voor een groot deel temidden van woningen voor niet GGZ bewoners. Voorzieningen die van belang zijn voor bewoners dienen volgens geïnterviewden in de nabijheid te liggen of goed bereikbaar te zijn. Het gaat dan om winkels voor de dagelijkse levensbenodigdheden, een activiteiten/inloopcentrum voor ontmoeting en dagbesteding en in een aantal gevallen de RIAGG. De ervaringen van de RIBW Oost-Brabant wijzen er op dat bewoners om die redenen de voorkeur geven aan het wonen in de grotere plaatsen.

De projecten vertonen een grote mate van differentiatie in woonvormen variërend van individueel zelfstandig wonen tot

groepswonen in een pand met 68 bewoners en alle denkbare tussenvormen. Zie onderstaand schema.

<i>woonvormen:</i>	Trapl. zorgsch.	PIT	RIBW	Woon- verbl. Circ.	F.Simon	ZWoP	Liorne	Surin
<i>individueel</i>	X	X	X	X		X		
<i>pension</i>	X		X		X			
<i>gemeensch. won.¹²</i>				X				
<i>groepswon. 2-4¹³</i>			X	X		X		X
<i>groepswon. 5-8</i>			X	X		X		
<i>groepswon. > 8</i>			X	X		X	X	X

In zes van de acht projecten is individueel wonen mogelijk.¹⁴ Het groepswonen varieert van twee tot 21 personen. Bij veel projecten wordt gewezen op de kans op vereenzaming bij alleen wonen. Het groepswonen geeft mensen aanspraak, sociale contacten en steun. Bij de kleinere woongroepen tot zes à acht personen kan de sociale controle van belang zijn om een bewoner op het spoor te houden. Voordelen van grotere woongroepen en het eventueel koppelen van groepen in één project zijn volgens verschillende geïnterviewden voor zowel de bewoner als ook voor de instelling:

- het bieden van een omgeving waar mensen ook anoniem kunnen blijven. De druk van de groep is niet aanwezig terwijl er wel mensen in de nabijheid zijn;
- het biedt mensen de mogelijkheid om gedurende een bepaalde periode hun woonwensen duidelijk te krijgen en om eventueel medebewoners uit de grotere groep te kiezen waarmee men zelfstandiger wenst te gaan wonen;
- de mogelijkheid om 24 uur per dag begeleiding aanwezig te laten zijn;
- de mogelijkheid om crisisbedden te realiseren of een gesloten afdeling te realiseren binnen een project.

Het is mogelijk dat er een verschil is tussen het platteland en de stedelijke omgeving met betrekking tot de wens tot individueel of wonen in een groep. De indruk bestaat bij sommige geïnterviewden dat op het platteland bewoners vaker kiezen voor groepswonen dan in een stedelijke omgeving. In die projecten waar bewoners intensief begeleid worden en/of waar ook toezicht nodig is, zijn kantoren voor personeel in de woonomgeving aanwezig. Dit geldt het sterkst voor het Surinameplein dat wat betreft de aanwezige voorzieningen met een mini-APZ vergeleken kan worden (kantoorruimten personeel, spreek- en behan-

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

delkamers, kantine personeel, recreatiezaal, ruimten voor dagbesteding en activering, separeerruimten). Een strikte ruimtelijke scheiding tussen wonen en zorg blijkt dus in de praktijk in die gevallen moeilijk te realiseren te zijn.

Kwaliteit van de huisvesting

De kwaliteit van de huisvesting (oppervlak en voorzieningen) van de meeste geanalyseerde projecten ligt onder het niveau bij wat in Nederland gebruikelijk is in de volkshuisvesting, met uitzondering van Bloemendaal en de projecten waar bewoners zelfstandig wonen in een eigen woning of appartement. Bewoners beschikken bijna allemaal over een zit/slaapkamer. Alleen het Fokke Simonszhuus heeft meerpersoonskamers, maar beschouwt dat als ongewenst. Met name in de groepshuisvesting beschikken de bewoners over weinig privé-ruimte. Vaak rond de 12 m². In veel projecten moeten bewoners sanitair met elkaar delen. Het lijkt wel of binnen de Nederlandse samenleving en in ieder geval bij de overheid weinig belangstelling bestaat om de mensen die langdurig van psychiatrische zorg afhankelijk zijn huisvesting te bieden die aansluit bij wat in de samenleving gebruikelijk is. De kans is groot dat alle woonvoorzieningen die nu onder het regime van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen tot stand zijn gekomen of worden gebracht binnen afzienbare tijd niet meer zullen voldoen aan de eisen die door bewoners zullen worden gesteld met betrekking tot beschikbare woonruimte, voorzieningen en privacy. Om deze reden, maar ook gezien de gewenste flexibiliteit in de zorg- en dienstverlening achten we het verstandig bij de huisvesting rekening te houden met volkshuisvestingsnormen, zodat huisvesting makkelijk afgestoten kan worden en een nieuwe bestemming in de woningmarkt kan krijgen. Al te specifieke (met name te krap en met te weinig voorzieningen) gebouwen belemmeren die flexibiliteit.

Woonrecht en huurrecht

Huurrecht is een juridisch begrip. Wanneer iemand onder het huurrecht valt, is er sprake van een overeenkomst tussen huurder en verhuurder met wederzijdse rechten en plichten. De huurder heeft recht op huurbescherming. Bij woonrecht is er geen sprake van een duidelijk juridisch recht. Het kan het beste omschreven worden als het recht om ergens te wonen, onderdak te hebben. Het is niet gekoppeld aan een overeenkomst volgens algemeen geldende rechtsregels. Voor wat betreft de rechten van bewoners geldt het volgende. Die bewoners die zelfstandig huisvesting huren van een verhuurder vallen onder het huurrecht en hebben daarmee het recht te (blijven) wonen in een zelf gekozen omgeving. Bij de meeste projecten is het recht om er te wonen, het

woonrecht, van bewoners gekoppeld aan begeleiding. Zolang bewoners begeleiding accepteren en zich redelijk houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het begeleidingsplan kunnen ze blijven wonen. De GGZ-instelling heeft de accommodatie in bezit of huurt deze van een derde (woningbouwvereniging, stichting, vereniging). Op haar beurt verhuurt de instelling woonruimte aan cliënten. Zij hebben echter geen huurrecht in juridische zin.

In schema:

	Trapl. zorgsch.	PIT	RIBW	Woon- verbl. Circ.	F.Simon	ZWoP	Liorne	Surin
<i>huurrecht</i>	X	X	X			X		
<i>wonen gekoppeld aan begeleiding</i>			X	X		X	X	X
<i>pensionrecht</i>	X				X			

Er speelt volgens geïnterviewden een aantal problemen op dit terrein. Op de eerste plaats willen veel verhuurders niet rechtstreeks verhuren aan bewoners, omdat ze problemen voorzien of hebben gehad (niet betalen van huur, bewoners die veel overlast veroorzaken en geen begeleiding meer accepteren krijgen ze niet meer uit de woning). Om die reden wordt huisvesting vaak verhuurd aan een GGZ-voorziening en door deze voorziening weer onderverhuurd aan bewoners. Ten tweede is een aantal instellingen, met name die waar intensieve begeleiding wordt gegeven (medewerkers zijn in huis), beducht om bewoners woonrechten te verlenen. In zo'n situatie kan het moeilijk zijn om bewoners te indringend te 'stimuleren' een woonvorm met intensieve begeleiding te verruilen voor een woonvorm met minder begeleiding, waardoor de doorstroming stagneert. Het omgekeerde kan natuurlijk ook gelden. Men vindt wel dat een bewoner recht heeft op wonen binnen het circuit voor chronisch psychiatrische patiënt en maar niet op een speciale woning. Deze stellingname hangt samen met de verantwoordelijkheid die deze instellingen voelen om gemeenschapsgelden zo doelmatig mogelijk aan te wenden.

Deze verstrengeling binnen een GGZ-instelling van woonaccommodatie gekoppeld aan woonbegeleiding en/of behandeling is volgens ons ongewenst. Het verkleint de flexibiliteit van de GGZ-instelling als zorgaanbieder, omdat men naast het zorgaanbod ook nog met onroerend goed te maken heeft. Voor bewoners kan deze verstrengeling betekenen dat sommige instellingen een hele grote invloed hebben op hun leven. Men heeft recht op wonen binnen een verstreking, maar men kan geen rechten ontlennen aan het feit dat men ergens woont, terwijl men er via een eigen bijdrage voor betaalt. Het is een lastig probleem. Hier doet zich het dilemma voor tussen autonomie van bewoners enerzijds en een adequate zorgverlening anderzijds. Bij het bieden van thuiszorg blijft men

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

uit dit lastige mijnenveld. Het lijkt ons zinvol het wonen en de zorg- en dienstverlening in principe uit elkaar te trekken. Het is de vraag of het wonen ondergebracht kan worden bij bestaande woningcoöperaties of dat er een speciale beheersstichting voor het wonen van chronisch psychiatrische patinten. Concluderend kunnen we verder stellen dat de meeste geïnventariseerde projecten het wonen van chronisch psychiatrische patient en hebben geëxtramuraliseerd en stappen gezet hebben in de richting van normalisatie. Het woonaanbod is behoorlijk divers, maar het is de vraag of dit voldoende aansluit bij de woonwensen van de cliënten. Dit is niet onderzocht, maar we hebben uit verschillende interviews de indruk gekregen dat meer diversiteit gewenst is.

4.6 Dagbesteding

Geïnterviewden constateren dat langdurig zorgafhankelijke bewoners over het algemeen een schraal sociaal netwerk hebben. Voor de meesten bestaat dit uit medebewoners en mensen uit het GGZ-circuit. De ontmoetingen met de laatsten vinden voornamelijk in de inloopcentra en dagactiviteitencentra plaats, waar mensen een kopje koffie kunnen drinken en anderen kunnen ontmoeten. Geïnterviewden hebben niet de indruk dat bewoners meer bezoek van vrienden of familieleden hebben gekregen nu ze kleinschaliger en geëxtramuraliseerd wonen. Een uitzondering hierop vormt het Liornehuis waar deze toename wel werd geconstateerd. In dat huis is een geslaagde integratie tussen de aanwezige bewoners en de groep uit het APZ tot stand gekomen. Dit hangt wel samen met het hoge niveau van de doelgroep wat betreft zelfstandigheid en sociaal functioneren.

Bij het PIT-project beschikken deelnemers over een sociaal netwerk. Dit kan samenhangen met het feit dat deelnemers niet woonachtig zijn in een instelling en dat daardoor het sociaal netwerk beter in stand is gebleven, of met de mogelijkheid dat de deelnemers over het algemeen minder gestoord zijn dan de bewoners van de andere projecten, zodat het voor familieleden en vrienden aantrekkelijker is om een relatie met hen te blijven onderhouden. Ook de plattelandssituatie zou de aanwezigheid van een sociaal netwerk voor een deel kunnen verklaren.

Van de maatschappelijke integratie van bewoners moet men niet te hoog gespannen verwachtingen hebben. De meeste bewoners van de projecten komen regelmatig de deur uit en maken in meer of mindere mate gebruik van voorzieningen in de buurt of in de stad. Over het algemeen is er geen sprake van integratie met buurtbewoners. Er zijn weinig contacten met hen. Aan de andere

kant kan men zich afvragen of dat in deze tijd in veel buurten nog aan de orde is. Zie verder bij paragraaf 4.1.

De dagbesteding van de bewoners van de diverse projecten is verschillend. Ze kunnen variëren van helemaal niets doen, zitten roken en koffiedrinken, het verrichten van huishoudelijk werk, betaalde corvee diensten doen, bezoek aan inloop- en/of activiteitencentrum, vrijwilligerswerk tot betaald werk.

Bewoners hebben meestal een vrije keuze in de dagbesteding.

Vaak wordt de dagbesteding vastgelegd in het begeleidingsplan.

Het blijkt dikwijls moeilijk te zijn mensen te activeren.

Twee projecten, Surinameplein en Liornehuis hebben de dagbesteding gekoppeld aan het woongebouw. Bij het Liornehuis hangt dit samen met de hoge leeftijd van de bewoners. Overigens worden de activiteiten ook voor de andere bewoners van het verzorgingshuis georganiseerd. Bij het Surinameplein is die koppeling niet noodzakelijk. Bewoners zouden ook met busjes vervoerd kunnen worden naar een andere locatie.

In alle projecten wordt het belang van zinvolle dagbesteding voor het welzijn van de cliënt en de mogelijkheid om mensen extramuraal en genormaliseerd te laten wonen onderstreept.

Het ontbreken van goede vormen van dagbesteding wordt dan ook vaak als belemmering genoemd voor dit extramuraliseren en normaliseren van het wonen. Er is met name een grote behoefte aan betaald werk, zodat mensen hun financiële positie kunnen verbeteren en zinvol werk kunnen doen. De bereikbaarheid voor de doelgroep dient goed te zijn. Om deze reden pleiten sommige geïnterviewden voor een goede spreiding over de regio.

Het reguliere welzijnswerk blijkt geen rol te spelen in de dagbesteding van de bewoners van de geanalyseerde projecten. Er is dus een apart circuit werkzaam voor mensen uit de GGZ. De RIBW Oost-Brabant is er in geslaagd door het aanstellen van een makelaar in dagbesteding een brug te slaan naar voorzieningen en dagbesteding buiten de activiteitencentra. Daardoor zijn mensen bemiddeld naar een plek in de samenleving. Overigens constateren Bloemendaal en de PIT dat de mensen met ernstige stoornissen uit de boot vallen in de bestaande activiteitencentra en dat voor hen dus aparte opvang nodig is. Het is noodzakelijk om de onderkant van de doelgroep nauwlettend in het oog te houden, om te voorkomen dat die door zelfstandigere en meer zelfredzame mensen verdrongen worden.

Conclusie

De inloop- en activiteitencentra voorzien in een zeer wezenlijke behoefte en moeten als een basisvoorziening voor chronisch psychiatrische patiënten worden gezien. Het is een essentiële voorwaarde voor het extramuraliseren en normaliseren van het

wonen voor deze groep. Er dient echter voor gewaakt te worden dat er een volledig gescheiden circuit voor deze doelgroep wordt opgezet. In het kader van de rehabilitatie- en integratiegedachte dient zoveel mogelijk aangesloten te worden bij de reguliere voorzieningen in de maatschappij.

4.7 Financiën

Financiële belemmeringen spelen een rol aan de aanbod- en aan de vraagzijde. Het aanbod wordt, zoals ook hierboven beschreven, vaak begrensd door financiële beperkingen. Binnen een bepaalde verstrekking kan men maar een x-aantal uren zorg leveren, daarboven is dit binnen de bestaande personeelsformatie vaak niet op te lossen. Met name als iemand tijdelijk extra zorg nodig heeft kan dat tot problemen leiden. Een korte periode van dubbele verstrekking kan, maar dan houdt het op. Dit betekent bijvoorbeeld bij het Surinameplein dat iemand wanneer hij vanuit de woonvorm in de crisisafdeling opgenomen wordt na twee maanden zijn oorspronkelijke woonplek verliest. Of, zoals bij de PIT, na drie maanden zijn begeleider kwijt raakt. In het Liornehuis is een ander voorbeeld van financiële beperkingen zichtbaar: deze groep patiënten kon op het terrein toe met zeer weinig begeleiding (goedkoop dus in vergelijking met andere patiënten), nu ze verhuisd is en meer begeleiding krijgt bij het zo zelfstandig mogelijk wonen, is hun leefsituatie aanmerkelijk verbeterd, maar staat de toekomst van het project vanwege de kosten ter discussie. Aan de vraagzijde spelen ook financiële belemmeringen: het zak- en kleedgeld dat patiënten meestal krijgen, f 300,-, wordt als te weinig beschouwd. Veel patiënten zien werk als een aantrekkelijke vorm van dagbesteding, ook omdat je er geld mee kunt verdienen. Regulier werk is hier echter zelden aan de orde, dus worden er werkprojecten opgezet. Men mag hier maximaal f 5,- per dag bijverdienen, echter officieel alleen als het om projecten van de GGZ zelf gaat. Dit is weinig motiverend voor patiënten en beperkt hen in hun mogelijkheden. In de meeste projecten wordt zowel het wonen als de zorg betaald uit de AWBZ en krijgen bewoners eenzelfde bedrag aan zakgeld onafhankelijk hoe ze wonen. Er is dus geen relatie tussen woonkwaliteit en het vrij besteedbaar inkomen van bewoners.

We concluderen dat er een oplossing dient te komen voor de belemmeringen die zich nu voordoen om patiënten die zelfstandig willen (blijven) wonen, adequaat en voldoende te kunnen begeleiden. Er zou een modulair systeem ontwikkeld kunnen worden bestaande uit verschillende zorgmodules. Deze kunnen dan gekoppeld worden aan de patiënt en niet aan een bepaalde

woonvoorziening. De zakgeldregeling zou opnieuw bezien kunnen worden. Zeker wanneer dagbesteding en activering van cruciaal belang worden geacht voor een integratie in de omgeving, zullen financiële beperkingen ten aanzien van het bijverdienen opgeheven of tenminste verkleind moeten worden.

5 Tot slot

Ondanks de beperkingen die een inventariserend onderzoek naar 'slechts' acht projecten met zich meebrengt - we kunnen immers niet spreken van een representatief beeld - zijn we van mening dat het geheel een aardig zicht biedt op de ontwikkelingen in de chronische sector van de GGZ. Vergelijkingen met ander onderzoek zijn moeilijk te trekken, tenzij op onderdelen. Dit hangt samen met het feit dat de ons bekende onderzoeken zich steeds hebben gericht op een deel van de sector en nooit op het wonen in de GGZ in de volle breedte. Zo is er een aantal onderzoeken specifiek gericht op veranderingen binnen het APZ of vanuit het APZ in gang gezet, zijn er onderzoeken specifiek gericht op beschermende woonvormen of op sociale pensions. Echter, het totale spectrum, met aan de ene kant het sociaal pension en aan de andere kant een integratieproject als het Surinameplein is nog niet eerder in beeld gebracht. We hebben niet de pretentie dat met deze inventarisatie wél volledig gedaan te hebben. We denken echter wel dat deze inventarisatie bouwstenen aandraagt om het beleid op dit terrein verder te ontwikkelen en mogelijk aanzetten biedt tot het verrichten van verder onderzoek.

Uit de inventarisatie wordt duidelijk dat het veld in beweging is en dat er verschillende ontwikkelingen in gang zijn gezet. Wat we ons daarbij steeds dienen te realiseren is dat het hier om vernieuwingsprojecten gaat. Men mag er van uit gaan dat deze projecten al de nodige barricades hebben genomen. Ondanks dat lopen ook deze 'voorlopers' aan tegen een aantal belemmeringen van vooral financiële en organisatorische aard. Het wegnemen van deze beperkingen kan er toe leiden dat ook de 'achterhoede' in een hogere versnelling richting normalisatie en extramuralisering kan gaan.

Opvallend vinden we tenslotte dat er overeenstemming lijkt te bestaan over de groep die permanent zorg en toezicht nodig heeft voor wat betreft het type patiënten - degenen die chronisch overlast geven- maar dat de schattingen met betrekking tot de aantallen behoorlijk uiteenlopen. Ze wijken ook af van de aantallen die in diverse onderzoeken genoemd worden. Het lijkt aantrekkelijk om voor te stellen een goede systematiek te ontwikkelen op basis waarvan kan worden aangegeven welke patiënten permanent zorg en toezicht behoeven. De vraag is of zo'n systematiek te ontwikkelen is. Maar bovendien: experimenten zoals door ons geïnventariseerd laten zien dat het moeilijk is om tevoren een goede inschatting te maken hoe een patiënt zich in een nieuwe omgeving ontwikkelt.

Dit pleit er volgens ons voor dat de mogelijkheden voor extra-muralisatie en normalisatie actief gestimuleerd worden en daarmee ook de mogelijkheden om te experimenteren met zorgvernieuwing blijven bestaan.

Noten

Bijlagen

Bijlage 1

Vragenlijst projecten

project: **RVZ, wonen en GGZ**
betreft: **protocol informatie vernieuwende projecten**
datum :

We willen u verzoeken de hierna gevraagde gegevens in te vullen en de vragen te beantwoorden.
Waar het om meerkeuze antwoorden gaat, vragen we u het betreffende rondje (soms kunnen het er meerdere zijn) zwart te maken.

1. Algemeen

1.1. Algemene gegevens

- naam van het project _____

- contactpersoon: _____

functie: _____

tel: _____

1.2. Wie heeft het initiatief genomen tot dit project?

APZ 0

RIAGG 0

RIBW 0

RIGG 0

anders, namelijk: _____

Wanneer: _____

1.3. Welke organisaties/instellingen zijn betrokken bij de uitvoering van het project?

2. Wat is het doel van het project?

2.1. Algemeen doel

- opnamevervangend of opnamevoorkomend 0

- rehabilitatie 0

- behoud of verbetering van kwaliteit van leven 0

- resocialisatie 0
- anders, namelijk _____

2.2. Waar ligt het hoofdaccent?

- op behandeling in relatie tot problemen en beperkingen 0
- op de wensen en behoefte van de cliënt 0
- op integratie cliënt in een sociale omgeving 0
- anders, namelijk: _____

Toelichting:

–

–

3. Kenmerken van de doelgroep

3.1. Chronisch psychiatrische patiënten

- afkomstig van verblijfsafdeling APZ 0
 - geïndiceerd voor verblijf APZ 0
 - beschermende woonvorm 0
 - anders, namelijk: _____
- indien afkomstig APZ, verblijfsduur
- < 1 jaar
 - 1-5 jaar
 - > 5 jaar

3.2. Welke omschrijving hanteert het project voor de doelgroep?

–

–

3.3. Totaal aantal cliënten in het project: _____

3.4. Hoe is de leeftijdsopbouw van de populatie?

- 3.4.1. Gemiddelde leeftijd: _____
- 3.4.2. Verdeling over categorieën:

- 18 - 30: _____
- 31 - 40: _____
- 41 - 50: _____
- 51 - 60: _____
- > 60 : _____

3.5. Hoe is de indicatiestelling/instroom geregeld?

3.5.1. Door:

- betrokken instelling(en) 0
 - regionale indicatiecommissie 0
 - anders, namelijk: _____
-

3.5.2. Op welke wijze wordt geïndiceerd?

- per individueel geval verschillend 0
- volgens een vast protocol 0

Indien een vast protocol/modulesysteem, hiervan s.v.p. een exemplaar bijvoegen.

4. Welke keuzemogelijkheden heeft een deelnemer?

4.1. In woonvormen:

- a. zelfstandig 0
- b. groepswoning 0
- c. geclusterd zelfstandig 0
- d. anders: _____ 0

4.2. In begeleiding:

- a. permanent aanwezig 0
- b. op afroep, naar behoefte 0
- c. op vaste momenten 0
- d. anders: _____ 0

4.3. In behandeling:

- a. vaste behandelaar 0
- b. meerdere behandelaars 0
- c. vrije keuze 0

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

4.4. In keuze medebewoners ja/nee
 4.4.1. Speelt leeftijd daarbij een rol ja/nee

4.5. In dagbesteding:
 a. vrije keuze dagbesteding 0
 b. vastgelegd in begeleidingsplan 0
 c. anders: ----- 0

4.6. In financieel opzicht:
 a. eigen inkomen 0
 b. zakgeld 0
 c. anders: ----- 0

4.7. Is er mogelijkheid van flexibiliteit van zorg en begeleiding? ja/nee
 Zo ja, op welke wijze is dit geregeld? _____

4.8. Bij de inrichting van de woning
 Wie heeft de verschillende ruimten ingericht:
 4.8.1. gemeenschappelijke ruimten: bewoners/voorziening
 4.8.2. zit/slaapkamers: bewoners/voorziening

5. Zorg en dienstverlening

5.1. Welke vormen van zorg en diensten worden geleverd en hoe is het zorg- en dienstenaanbod georganiseerd?

Functie	Ja/nee	Geleverd door
a. medische behandeling	_____	_____
b. therapie	_____	_____
c. training sociale vaardigheid	_____	_____
d. training zelfredzaamheid	_____	_____
e. ADL-hulp	_____	_____
f. huishoudelijke hulp	_____	_____
g. bescherming	_____	_____
h. activering	_____	_____
i. administratieve hulp	_____	_____
j. begeleiding werk zoeken	_____	_____
k. begeleiding huis zoeken	_____	_____
l. verhuisbegeleiding	_____	_____

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

m. dagbesteding	_____	_____
n. recreatie	_____	_____
o. budgettering	_____	_____
p. maatschappelijke integratie	_____	_____

5.2. Is er een behandelings-/begeleidingsplan? ja/nee

5.3. Is er een samenwerking tussen voorzieningen met elk een eigen takenpakket? ja/nee

5.4. Is er sprake van casemanagement of een zorgcoördinator? ja/nee

5.5. Kan een cliënt 24-uur per dag een beroep doen op zorg, op ondersteuning? ja/nee

5.6. Is er een terugvalmogelijkheid gecreëerd (Bed-op-recept, crisisopvang, noodbed)? ja/nee

6. Hoe ziet de dagbesteding eruit?

6.1. Wordt er ondersteuning geboden in dagactiviteiten? ja/nee

Zo ja, bij:

a. werk 0

b. dagbesteding elders(in een DAC, op APZ-terrein, elders) 0

6.3. Is er bij huishoudelijke activiteiten sprake van:

a. zelfverzorging 0

b. verzorging door derden 0

c. ondersteuning 0

d. training 0

7. Wonen

7.1. Is er een expliciete woonfilosofie geformuleerd? ja/nee

Zo ja, kan deze omschreven worden als:

a. wonen als een vorm van 'thuiszijn'. De bewoners hebben zelf de regie van hun doen en laten in handen en krijgen daarbij begeleiding en ondersteuning. 0

b. wonen als een vorm van huisvesten. Er is geen uitgewerkte woonfilosofie voorhanden. Het wonen krijgt geen herkenbare identiteit noch speciale invulling. Wonen en behandelen lopen in theorie en praktijk door elkaar. Wel wordt de verblijfslocatie aangepast aan de huidige eisen. 0

c. wonen als vorm van behandelen. De woon- en behandelfuncties vullen elkaar aan. 0

d. anders: _____

7.2. Situering van de huisvesting

7.2.1. Waar bevindt zich de huisvesting:

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

a. op APZ-terrein	0
b. aan de rand van APZ-terrein	0
c. in het centrum van de stad of het dorp	0
d. in een woonwijk	0
e. elders: _____	0

7.2.2. Omschrijving van de directe omgeving van de accommodatie: _____

–

7.2.3. Hoe is de sociale en fysieke veiligheid rond de woning?

7.2.4. Het project bevindt zich op:

a. 1 locatie 0

b. meerdere locaties namelijk: _____ 0

7.3. Omschrijving van de huisvesting

Wat voor een soort huisvesting betreft het:

a. eengezinswoning(en), aantal: _____ 0

b. meerdere eengezinswoningen naast elkaar: _____ 0

c. speciaal gebouwde groepswooning(en), aantal: _____ 0

d. appartement(en), aantal: _____ 0

e. hat-eenheid, aantal: _____ 0

f. woongebouw in het kader van Wet Ziekenhuisvoorzieningen 0

g. anders: _____ 0

7.4. Eigendom van de accommodaties

De woningen zijn eigendom van:

a. APZ 0

b. RIBW 0

c. woningbouwvereniging 0

d. voorziening/stichting 0

e. anders: _____ 0

7.5. Soorten ruimten

In de woonvoorziening zijn de volgende belangrijke ruimten aanwezig:

a. 1 persoonskamers:

 slaapkamers 0

 zit-slaapkamers 0

b. meerpersoons zit/slaapkamers, namelijk: _____ 0

c. gemeenschappelijke ruimten, namelijk:

 c.1. - woonkamer 0

 c.2. - zitkamer 0

 c.3. - eetkamer 0

 c.4. - hobbyruimte 0

Thuis in de GGZ: achtergrondstudie

c.5. - overigen: _____

0

d. keuken(s)	0
aantal: _____	
hoeveelheid bewoners per keuken: _____	
e. badkamer(s)	0
aantal: _____	
met hoeveel bewoners gedeeld: _____	
f. kantoren begeleiding	0
aantal _____	
g. spreekkamer(s)	0
h. ruimten voor dagbesteding	0
i. anders: _____	

7.6. Privacy

7.6.1. Elke bewoner heeft de beschikking over een eigen zit/slaapkamer	ja/nee
7.6.2. Elke bewoner heeft de beschikking over eigen (afsluitbaar) sanitair	ja/nee
7.6.3. Elke bewoner heeft een eigen sleutel van de voordeur en van zijn/haar kamer en kastruimte	ja/nee
7.6.4. Elke bewoner bepaalt zelf wie hij op zijn kamer binnen laat	ja/nee
7.6.5. Als een bewoner op zichzelf wil zijn, wordt dit gerespecteerd	ja/nee
7.6.6. Er bestaat een regeling voor het betreden van de eigen kamer van bewoners door begeleiding	ja/nee

7.7. Zijn er huisregels in de woning(en)

nee	0
ja; welke	0

7.8. Welke woonrechten heeft de bewoner?

a. bewoner valt onder huurrecht	0
b. gekoppeld aan begeleiding/behandeling	0
c. tijdelijk	0
d. permanent	0
e. anders: _____	0

7.9. Samenstelling groep bewoners per woontype

- a. homogeen 0
- b. heterogeen 0

8. Financiering

8.1. Hoe wordt de huisvesting betaald?

- a. AWBZ 0
- b. huur door bewoners 0
- c. all in tarief (dus niet apart berekend) 0
- d. anders: _____ 0

8.2. Hoe worden andere kosten betaald?

(zorg, begeleiding, verzorging)

- a. binnen een verstrekking 0
- b. reguliere financiering door: _____ 0
- c. anders: _____ 0

8.3. Over welke financiële middelen beschikt de cliënt?

- a. volledig loon of uitkering 0
- b. zakgeld. Hoeveel: | _____ 0
- c. anders: _____ 0

9. Welke partners spelen een rol in het project en op welke wijze nemen ze deel?

(denk ook aan corporaties, gemeenten, welzijnswerk, verzekeraars et cetera)

9.1. Zijn er afspraken gemaakt tussen de partners? ja/nee

Zo ja, welke? (contracten, convenanten)

Bijlage 2

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
ABW	Algemene Bijstandswet
APZ	Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOR	Bed op recept
DAC	Dagactiviteitencentrum
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IBS	Inbewingstelling
LPR	Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg
MFE	Multifunctionele eenheid
NvGv	Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid
NVBW	Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen
NZi	Nationaal Ziekenhuisinstituut
OVDB	Opnamevervangende dagbehandeling
PAAZ	Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis
PIT	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen
RM	Rechterlijke machtiging
RVZ	voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening
SBWU	Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WSW	Wet Sociale Werkvoorziening
ZWoP	Zelfstandig Wonen Project

Bijlage 3

Literatuuroverzicht

Beek, H. van de. Rehabilitatie en beschermd wonen. *Passage*, oktober 1994, 3.

Bogaard, D. van den. Ambulante woonbegeleiding. Rehabilitatie, repressie of rust? *Passage*, april 1994, 3.

Boon, L. (red.). *Zorgen & wonen*. Amstelveen: Stichting Sympoz, 1994.

Braam, R. Ontslaghuis bereidt patiënten voor op zelfstandig leven. *Mentaal*, 1995, nr. 6.

Duurkoop, W.A.R. *Terug naar Amsterdam: longitudinaal onderzoek naar het functioneren van chronische patiënten in nieuwe woonsituaties*. Amsterdam: VU, 1995. Dissertatie.

Gorter, R. en Weeghel, J. van (red.). *Zorg aan huis: begeleid wonen voor GGZ-cliënten*. Utrecht: NcGv, 1994.

Henkelman, A.L.C.M. en Weide, C.T. van der. *Wonen onder woorden: een beschrijven onderzoek naar het zorgaanbod van de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht*. Utrecht: s.a., 1996

Henkelman, A.L.C.M. Langverblijf in het APZ: kernzaak, bijzaak of vergissing? Sociale integratie niet gebaat bij lonken naar gerenoveerd APZ. *Het Ziekenhuis*, 1994, nr.5.

Henkelman, L. en Klei, V.I. van der. *Het nest is goed maar het heeal is ruimer: een programma-evaluatie onderzoek naar dagactiviteitscentra in Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden*, Utrecht: Vakgroep Klinische psychologie en gezondheidspsychologie Universiteit Utrecht, 1995.

Henkelman, L., et al. *Bewoners verhuizen: de verhuizing van verblijfspatiënten van het Delta-ziekenhuis naar wooneenheden in Hellevoetsluis*. Utrecht: NcGv, 1995.

Henkelman, L.C.M. en Ruiter, B. de. *Cure, care, chroniciteit*. Utrecht: 1990. WGU-cahier.

Hoekstra, H.H. en Mur-Veeman, I.M. De langdurig opgenomen psychiatrische patiënt: afgeschreven voor beschermd wonen? *Maandblad geestelijke volksgezondheid*, 1989, nr.12.

Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1995/96. De GGZ in getallen, Utrecht: De Tijdstroom, NcGv en NZi, 1995.

Kampen, J. van en Koelé, E. Wonen onder de maat. Vergelijking

woonrecht chronisch psychiatrische patiënten met woonrecht doorsnee burger. *Het Ziekenhuis*, 1991, nr. 11.

Lange, J. de. *Ontwikkelingen in wonen met zorg*. Lezing NcGv-najaarsconferentie Ouderenpsychiatrie, 1995.

Meel, drs. A.Q.M. van. Australië voorbeeld voor ggz: maatschappelijke integratie is het uitgangspunt. *Zorgverzekeraar's Magazine*, januari 1996.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Huisvesting met zorg. Discussienota over de relatie tussen zelfstandig wonen en intramuraal verblijf*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Tussen cure en care*. Advies over een referentiekader voor beleid. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nederlandse Vereniging voor Beschermende Woonvormen. *Van bewoner naar cliënt: Dienstverlening waarbij de cliënt centraal staat*. Utrecht: NVBW, 1995.

Omloo-Visser, mw. H., *et al.* Traploze zorgschakering met een klinisch-mobiel behandelteam, *Epidemiologisch Bulletin*, 1995, jaargang 30, nr.1.

Omloo-Visser, mw. H., *et al.* Zorgvernieuwing in de Haagse geestelijke gezondheidszorg. Rehabilitatie van langdurig zorgafhankelijke patiënten. *Epidemiologisch Bulletin*, 1995, jaargang 30, nr.1.

Roosenschoon, B. J. *Een kans op zelfstandigheid. Begeleid zelfstandig wonen als alternatief voor langdurige hospitalisatie in de Ggz*. Utrecht: NZi, 1995.

Schellings, R., *et al.* Een nieuw perspectief: voorspellers voor vervangende zorg voor langdurig opgenomen patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 1994, 36, nr. 8.

Schellings, R., Reijnders, R. en Haveman, M., *Belemmerende muren: een onderzoek naar vervangende zorg voor langdurig opgenomen psychiatrische patiënten*. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1995.

Tholen, F. *Bewoners of patinten? Een beschrijving van de gevolgen van chronische psychiatrische stoornissen bij bewoners van verblijfsafdelingen, sociowoningen en beschermende woonvormen*. Nijmegen, 1991.

Traploze zorgschakering: projectbeschrijving van het Mobiel Behandelteam, Den Haag: van Ramaerkliniek Rosenberg/RIAGG Zuidhage/RIBW: 1994.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Notitie inzake Begeleid Wonen in de geestelijke gezondheidszorg*, Rijswijk: 1991.

Wijngaarden, B. van. *ZES: De zorg evaluatie skore*, Noordwijkerhout: 1986.

Wilken, J.-P., *et al. Wonen en Rehabilitatie*, Utrecht: 1994.

Wit, R. de. Brandbrief aan Borst: vier Ggz-koepels wijzen zorgvernieuwingsfonds af. *Mentaal*, 1995, nr.3.

Wolf, J., *Zorgvernieuwing in de GGZ: Evaluatie van achttien zorgvernieuwingsprojecten*. Utrecht: NcGv 1995.

**voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening**

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1996
ISBN: 90-5732-013-4

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f25,--
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 96/13*

© voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en
Zorggerelateerde dienstverlening

1. Sinds kort kent het Centrum Maliebaan (voor verslavingszorg) begeleid wonen voor verslaafden. Als iemand de verslaving enigszins de baas wil worden is dit de aangewezen plek. Wanneer dit gebeurd is, kan hij/zij in aanmerking komen voor het ZWoP.
2. Dit uitgangspunt vloeit voort uit de door het team gehanteerde rehabilitatiemethode die de patiënt en wat hij zelf wil centraal stelt. zie ook: begrippenlijst.
3. Het sociaal pension gebruikt nadrukkelijk de term 'psychische problemen' i.p.v. 'psychiatrische problemen' daar feitelijk geen psychiatrische diagnostiek plaatsvindt. Uit onderzoek van de GG&GD blijkt dat gegevens over psychiatrische problematiek van bewoners de veronderstelling rechtvaardigen dat waar het pension spreekt van psychische problemen er veelal sprake is van psychiatrische problematiek.
4. Voor nadere informatie hierover kan contact worden opgenomen met de heer v.d.Heyden, GG&GD te Amsterdam
5. zie ook: Wilken, J.P. e.a., Wonen en rehabilitatie, p. 91, p. 274-276
6. Zie ook: Tholen, F., Bewoners of patiënten, over ziektecategorieën en de variatie in gevolgen van de ziekte (o.a. p.206)

7. Haveman, M. e.a., Belemmerende muren, p. 82.
8. Een deel daarvan zijn mensen met een verstandelijke handicap. Het percentage is niet duidelijk, deze groep is ook niet betrokken in het onderzoek van Haveman ('Belemmerende muren').
9. Er worden meerdere omschrijvingen gebruikt voor het begrip rehabilitatie. Zie: Wilken, J.P. e.a., Wonen en Rehabilitatie, p.72 e.v.
10. Zoals bijvoorbeeld wordt geconcludeerd door Tholen, F., in: Bewoners of patiënten?, p.204.
11. Zie: Henkelman, L.C.M. en Ruiters, B. de, Cure, Care en Chroniciteit. Henkelman, L.C.M. e.a., Bewoners verhuizen.

12. Hieronder wordt verstaan dat bewoners een privé-unit hebben bestaande uit een zit- en/of slaapkamer, wc en badkamer en daarnaast voorzieningen delen zoals een keuken.

13. Bij groepswonen beschikken bewoners over een eigen zit/slaapkamer maar delen ze de overige voorzieningen zoals keuken en woonkamer en vaak ook sanitair.

14. Hierin verschillen de projecten van de doorsnee woonvoorziening in de GGZ, waar vooral bij RIBW en APZ groepswonen nog de standaard is.