

Dichter bij thuis

Productverslag

*Sirpa IJsink
Elizet Roel-Witte*

Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Sector Geding en Huuscheppel
Huisge-Huyschout

Thuiskomst

*Sommigen van U kennen dat gevoel
die lege thuiskomst zonder doel.
Na de veilige ontberingen van het gesticht
is men weer geheel op zichzelf aan gericht.*

*Je bent ontslagen, maar zonder fut
en valt in een diepe moedeloze put.
Die grijze wanhoop, die grote onmacht
en je zakt weg in een heug'loze nacht.*

*Een andere isoleercel, maar zonder slot
en je schikt je in een lamlendig lot,
want er bestaat nog steeds geen medicijn
tegen schuld en spijt en zielepijn.*

*Waar zijn je vrienden, je familieleden?
Ze lijken schimmen uit het verleden.
Slechts een enkeling uit die vervlogen tijd
blijkt van meer dan tijdelijke kwaliteit.*

*Toch is er een door al die eeuwen
die je niet ellendig laat ondersneeuwen.
Het is een onderdeel van een geplande beproeving,
een inwijding dwars door die lange loutering.*

*En je staat alsnog op en recht de rug
en keert ook weer op de weg terug.
Je vindt plots ongebaande paden
bij medepatiënten; je echte kamraden!*

Bert Hulsker

Met dank aan Bert Hulsker voor zijn gedicht. Bert Hulsker is een (ex)psychiatrische cliënt. In de nieuwsbrief van Kompasie (april '03) hebben wij het bovenstaande gedicht gelezen. Kompasie is een informatiewinkel voor iedereen die vragen heeft over de GGZ. Kompasie draait op vrijwilligers en ervaringsdeskundigen. Wij hebben toestemming gevraagd om het gedicht van Bert te mogen gebruiken. Bert vond het erg leuk en is benieuwd naar ons product.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
Inleiding.....	4
Probleemstelling.....	4
Huidige deelvragen.....	4
Hoofdstuk 1: De doelgroep.....	6
1.1 Geschiedenis van de psychiatrische cliënt.....	6
1.2 De huidige psychiatrische cliënt en wonen.....	6
1.3 Een psychiatrische stoornis.....	7
1.4 Veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden bij cliënten die gehuisvest zijn binnen de regio Den Haag.....	8
1.5 Beperkingen van de doelgroep.....	10
Hoofdstuk 2: Positie van de doelgroep.....	12
2.1 Morele en sociale uitsluiting.....	12
2.2 Juridische uitsluiting.....	12
2.3 Fysieke uitsluiting.....	13
2.4 Belangenbehartigers.....	13
Hoofdstuk 3: Autonomie versus afhankelijkheid.....	15
3.1 Normalisatie van de psychiatrische cliënt.....	15
3.2 De hulpverlener.....	16
3.3 Rehabilitatie.....	17
3.4 Wanneer is er sprake van zelfbeschikking/autonomie?.....	17
Hoofdstuk 4: Informatieverstrekking.....	20
4.1 De 'WGBO'.....	20
4.2 Richtlijnen voor voorlichting en informatie.....	20
4.3 Hoe verloopt de informatieverstrekking op het gebied van de woonmogelijkheden momenteel?.....	21
4.4 De verschillende belangen met betrekking tot informatieverstrekking.....	22
Hoofdstuk 5: De procedure.....	24
5.1 Het RIO.....	24
5.2 Het verloop van de procedure.....	24
5.3 Het proces van indicatiestelling.....	26
5.4 De aanmelding na de gestelde indicatie.....	27
Hoofdstuk 6: Korte samenvatting en conclusie.....	29
Hoofdstuk 7: Het product.....	31
7.1 De titel.....	31
7.2 Productkeuze.....	31
7.3 Criteria van de catalogus.....	32
7.4 Opzet van de catalogus.....	32
7.5 Implementatie van de catalogus.....	34
Evaluatie van ons proces.....	36
Dankwoord.....	38
Bronvermelding.....	39
Literatuurlijst.....	40
Bijlagen.....	42

Voorwoord

Dichter bij thuis is het verslag dat gaat over het nut en de noodzaak van informatieverstrekking aan de psychiatrische cliënt en de ontwikkeling van het product. Het werd als afstudeerproject uitgevoerd door Sirpa IIsink en Elizet Roel-Witte in opdracht van de Haagse Hogeschool. Dit afstudeerproject vormt de afsluiting van vier jaar samen studeren. Het waren vier leuke, leerzame, intensieve en productieve jaren.

Naast onze studie werken wij als begeleiders binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in de regio Den Haag. IIsink werkt bij de RIBW en Roel-Witte bij Parnassia. De RIBW biedt een beschermende woonomgeving en begeleiding aan (ex) psychiatrische cliënten, die zich in de maatschappij moeilijk zelfstandig staande houden. Parnassia is een psycho-medisch centrum. Het is de grootste organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de regio. Parnassia biedt behandeling, begeleiding en bescherming aan cliënten die lijden aan psychiatrische stoornissen.

De keuze om gezamenlijk af te studeren is voor ons een logisch gevolg van het feit dat wij beiden begeleiding geven aan cliënten met psychiatrische of psychische problematiek die begeleid of beschermd wonen. Onze gezamenlijke interesse voor de doelgroep leverde veel gespreksstof op, wat leidde tot een nauwe samenwerking tijdens de studie. We maken bij het tot stand komen van het verslag gebruik van onze eigen ervaring en deskundigheid. Een kritische benadering van de onderwerpen, uitwisseling van gegevens, brainstormsessies, discussies en feedback liggen ten slotte ten grondslag aan het stroomlijnen en inkaderen van al het kennismateriaal.

Vele zaken verlopen goed in de hulpverlening. De overgrote meerderheid van de hulpverleners doet zijn uiterste best om kwalitatief goede zorg te verlenen. Maar goede zaken leveren geen leerpunten op. De probleemstelling die in het verslag aan de orde komt, nodigt ons en mogelijk ook de lezers uit tot nadenken. Het product is een uitvloeisel van een gezamenlijk gevoeld gemis met betrekking tot huisvesting voor psychiatrische cliënten.

Sirpa IIsink en Elizet Roel-Witte

Inleiding

Binnen ons werk hebben wij te maken met psychiatrische cliënten die komen wonen, al wonen of ergens anders willen gaan wonen met zorg. Met zorg bedoelen wij “het bieden van hulp, begeleiding of bescherming”. Wij willen een beperking aanbrengen door ons te richten op volwassen mensen. Met cliënten bedoelen wij dus volwassen mensen die langdurig lijden aan een psychiatrische stoornis en hierdoor beperkingen ervaren bij het zelfstandig (blijven) wonen. Het overgrote deel van de psychiatrische cliënten kan de zorg in de eigen woning krijgen, daarbij gebruikmakend van transmurale zorg. Ook kan men een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen. Sommige cliënten hebben niet genoeg aan alléén transmurale zorg. Zij hebben behoefte aan een woonvorm met andere faciliteiten en meer begeleiding. Dit houdt in dat deze cliënten verhuizen naar een voor hen meer geschikte woonvorm.

Wij richten ons niet op de verhuizing zelf, maar op het traject dat hieraan vooraf gaat. Het traject van kennis- en informatieverstrekking aan de cliënt en de begeleiding hierbij. Wij richten ons ook op de mate waarin de cliënt de ruimte krijgt, neemt of kan nemen om de benodigde informatie te verkrijgen. Wij stellen ons daarbij de vraag of hij voldoende op de hoogte is om mee te kunnen denken en beslissingen te kunnen nemen over zijn toekomstige woonplek. Wij kijken mee met de woonkeuzemogelijkheid van de cliënt. Het is daarbij belangrijk om rekening te houden met de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Wij vragen ons echter af of de cliënt voldoende op de hoogte is en of er niet sprake is van een tekort of juist een overload aan informatie om een afgewogen keuze te maken en de consequenties van zijn keuze te overzien. Verhuizen is in ieder geval al een stressverhogende factor. Vanaf het moment dat de cliënt weet en zich realiseert dat hij andere zorg nodig heeft, gaat er veel veranderen voor de cliënt. Hij moet onder andere gaan kiezen hoe en waar en met hoeveel zorg hij wil en kan wonen in de nabije toekomst. Hierbij rekening houdend met zijn zorgvraag, wensen en beperkingen.

Onze veronderstelling is dat de cliënt nog te afhankelijk is van het oordeel, de deskundigheid en de individuele inzet van de hulpverlener. Zo kan het dus gebeuren dat een cliënt op een woonplek terechtkomt waar hij uiteindelijk niet tevreden mee is. Nog te vaak is er geen sprake van een objectieve en doordachte keuze van de cliënt.

Probleemstelling

Hoe kunnen we de autonomie van de zorgafhankelijke psychiatrische cliënt vergroten bij het maken van zijn woonkeuze?

Huidige deelvragen

1. a Wat is onze doelgroep?
b Wat zijn de beperkingen van onze doelgroep met betrekking tot het opnemen van informatie?
2. Wat is de positie van onze doelgroep?
3. Hoe kunnen we de zelfstandigheid van de cliënt verbeteren?
4. Hoe verloopt het proces (toegankelijkheid) van de informatieverstrekking momenteel?
5. Welke procedures worden er gevolgd bij het plaatsen van een cliënt?
6. Aan welke eisen moet het product voldoen om op een goede manier informatie te geven?

De volgende deelvragen zijn aangepast ten opzichte van het startdocument:

Deelvraag 1 hebben wij opgesplitst in 1a en 1b. De beste methode voor informatieverstrekking is vervallen. Wij richten ons niet specifiek op een methode, maar op de toegankelijkheid van de informatie. Deelvraag 2 is aan de deelvragen toegevoegd aangezien deze deelvraag inzicht geeft in de afhankelijkheidspositie van onze doelgroep. Hieruit vloeit deelvraag 3, de zelfstandigheid van de cliënt voort. Deelvraag 5 uit ons startdocument: *welke woonmogelijkheden en woonplekken zijn er precies?*, hebben we uit de deelvragen gelaten omdat het antwoord op deze deelvraag een belangrijk onderdeel van het product is.

Dit verslag is opgebouwd uit verzamelde informatie. We hebben gebruik gemaakt van onze eigen kennis en inzichten. Met deze informatie hebben wij verbanden getrokken en zijn tot een conclusie gekomen. Hieruit volgt een product dat bijdraagt aan het verhogen van de autonomie van de zorgafhankelijke psychiatrische cliënt.

Hoofdstuk 1: De doelgroep

Inleiding

Om een duidelijk beeld te geven van onze doelgroep leek het ons goed eerst een stukje geschiedenis van de psychiatrische cliënt te beschrijven. Ten tweede verdiepen we ons in de psychiatrische cliënt met betrekking tot wonen. We houden in dit hoofdstuk rekening met beperkingen die invloed kunnen hebben op het functioneren van onze doelgroep zoals het ziektebeeld en het opnemen van informatie.

1.1 Geschiedenis van de psychiatrische cliënt

Citaat:Er zijn altijd mensen geweest die in de ogen van anderen 'raar' of 'gek' deden. In de middeleeuwen werd opvallende gekte beschouwd als 'straffe Gods' of als teken van duivelse 'bezetenheid'. Zulke mensen moesten boete doen of eindigden in de gevangenis of op de brandstapel. Met de toenemende invloed van de geneeskunde, vooral vanaf de zeventiende eeuw, sprak men van 'krankzinnigheid' en 'geestesziekte'. Voor de storende zieken bestond de behandeling evenwel hoofdzakelijk uit opsluiting in speciale gestichten of asielen, waar ze vaak in menonwaardige omstandigheden leefden. In de negentiende eeuw verwierven de 'zenuwziekten' een aparte plaats in de geneeskunde. Ze werden nu geordend volgens een eigen classificatiesysteem en grotendeels gelijkgesteld met hersenziekten. De asielen werden geleidelijk omgevormd tot ziekenhuizen, waar de verzorging verbeterde maar de behandeling beperkt bleef. [.....] De ontdekking van enkele belangrijke medicijnen tegen depressie, angst en psychose zorgde in de jaren zestig voor een belangrijke omwenteling. Daarop volgde een periode van felle kritiek vanuit de 'anti-psychiatrie', een beweging die zich afzette tegen de medische psychiatrie. Niet de mensen waren ziek maar de samenleving! En psychiatrische stoornissen waren slechts vals etiketten voor mensen die maatschappelijk niet 'in de pas lopen'.....¹

De verschillende ontwikkelingen hebben ervoor gezorgd dat ook de 'zware' psychiatrische cliënten niet meer aangewezen waren op een levenslang verblijf in een kliniek. De psychiatrische cliënt van vandaag zit niet langer per definitie in een instituut opgeborgen. De cliënt van vandaag krijgt zorg-op-maat. Deze zorg wordt geleverd vanuit de psychiatrische instellingen. Dit kan binnen een intramurale, semi-murale of ambulante setting. De cliënt woont in een huis naar zijn keuze, met begeleiding die voldoet aan de zorgvraag. De huidige cliënt heeft de mogelijkheid om zelfstandig, begeleid of beschermd te wonen. Momenteel heeft een minderheid van cliënten te maken met langdurige opnames in een psychiatrische instelling en intramurale zorg.

1.2 De huidige psychiatrische cliënt en wonen

De doelgroep bestaat uit verschillende mensen met verschillende achtergronden, etniciteit, leeftijd en ziektebeelden. Mensen die in aanmerking komen voor wonen met begeleiding zijn in de regel mensen die langdurig contact hebben of gehad hebben met een psychiatrische instelling. Met *gehad hebben* doelen wij op een groep cliënten die bekend is in de maatschappelijke opvang en in de sociale pensions die wel gediagnosticeerd is, maar geen behandeling wil. Wat hier de precieze redenen voor zijn, weten wij niet. Voor ons bekende redenen zijn: dat cliënten meer hinder ondervinden van de behandeling dan van de ziekte zelf en er zijn cliënten die een tekort aan ziekte-inzicht hebben en vinden dat ze geen behandeling nodig hebben ondanks dat de hulpverleners dat wel vinden. Er is volgens ons nog een groep cliënten die zo teleurgesteld is in de psychiatrie, dat ze hier helemaal niets meer mee te maken willen hebben. Deze cliënten worden *zorgwekkende zorgmijders* genoemd; de hulpverlening probeert hen door middel van bemoeizorg toch te bereiken. Door middel van praktische hulp probeert men een vertrouwensband op te bouwen met als doel grip te krijgen

¹Vandereycken, W. en R. van Deth (2002) *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. Eerste druk.

op deze groep. Uiteindelijk, dit kan na jaren zijn, komt een deel van deze cliënten toch in aanmerking voor wonen met zorg of begeleiding.

De afgelopen twintig jaar is de zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek sterk veranderd. Veranderingen in opvattingen zoals vermaatschappelijking van de zorg, revalidatie- methodieken en recht op wonen, hebben de psychiatrische zorg sterk veranderd. In 1988 is de RIBW van Den Haag opgericht. Pas vanaf 1989 is de RIBW gefinancierd door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met de invoering van de substitutieregeling (nieuwe en lichtere vormen van hulpverlening in plaats van oude, zware vormen) is de mogelijkheid ontstaan om aanvullende vormen van zorg te bieden. Begeleid zelfstandig wonen, ambulante woonbegeleiding en case-management zijn hiervan voorbeelden. De asiel-functie van instellingen is afgebouwd en bij verschillende GGZ-instellingen in het land bestaat het helemaal niet meer. De asiel-functie heeft echter twee kanten. Enerzijds is deze bedoeld om kwetsbare mensen te beschermen die zich niet in de maatschappij staande kunnen houden en dreigen te verkommeren en te verloederen. Anderzijds is de asiel-functie bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen gevaarlijk en agressief gedrag van mensen als gevolg van hun psychiatrische aandoening.

1.3 Een psychiatrische stoornis

Citaat:*Om te spreken van een psychiatrische stoornis moet aan drie voorwaarden voldaan zijn:*

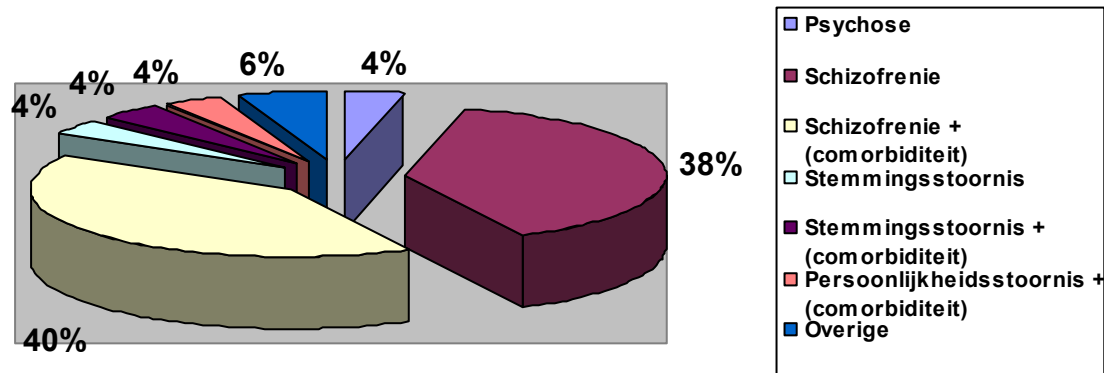
1. *Het betreft een abnormaal verschijnsel of gedrag dat afwijkt van een sociale norm of van wat in de betreffende cultuur als normaal geldt.*
2. *Dit abnormale verschijnsel wordt een teken van een stoornis als het bovendien ongemak of lijden teweegbrengt bij de betrokkene en/of de omgeving.*
3. *Het gaat om een psychiatrische stoornis als het verschijnsel/gedrag ook bij andere personen is vastgesteld en binnen het gangbare begrippenkader van de psychiatrie kan worden beschreven.....*²

Het begrippenkader waar de schrijver naar verwijst, is de DSM-IV. De DSM-IV is binnen de psychiatrie een algemeen aanvaarde indeling en omschrijving van psychiatrische stoornissen. Het vormt de basis van een beschrijvende diagnose. De DSM-IV moet gezien worden als een classificatie of systematische ordening. Het is een hulpmiddel om een diagnose te bereiken. Met omgeving doelt de schrijver op de begrippen abnormaliteit en ziekte, gezien in de dan geldende cultuur. Zo werd ongeveer veertig jaar geleden homofilie officieel bestempeld als psychiatrische ziekte. Tegenwoordig wordt homofilie niet meer als ziekte genoemd en ervaren.

Voorbeelden van stoornissen die voorkomen binnen de doelgroep zijn: klinische stoornissen zoals schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, stemmingsstoornissen, dissociatieve stoornissen, angsten en fobieën etc. Meerdere ziektebeelden kunnen voorkomen bij dezelfde cliënt, dit noemt men comorbiditeit. Men duidt de stoornis aan die in eerste instantie verantwoordelijk was voor het onderzoek of de behandeling. Cliënten met verschillende diagnoses komen in aanmerking voor *Wonen met begeleiding*. Het gaat meer om de mate van beperking dan om de soort stoornis.

² Vandereycken, W. en R. van Deth (2002) *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. Eerste druk.

1.4 Veel voorkomende psychiatrische ziektebeelden bij cliënten die gehuisvest zijn binnen de regio Den Haag



Uit onderzoeksgegevens van de cliënten die zijn gehuisvest binnen de maatschappelijke opvang, uitgevoerd door van der Laan, O. blijkt dat schizofrenie het meest voorkomende ziektebeeld is binnen onze doelgroep.

Er bestaan naast schizofrenie zoveel verschillende ziektebeelden dat het onmogelijk is deze allemaal te beschrijven. Om een beeld te schetsen van ziektebeelden die voorkomen bij onze doelgroep, zullen wij drie ziektebeelden in het kort beschrijven. We werken behalve de ziekte schizofrenie, een stemmingsstoornis en een persoonlijkheidsstoornis uit.

1.4.1 Schizofrenie

Wereldwijd lijden ongeveer vijftig miljoen mensen aan schizofrenie. Schizofrenie is een ernstige psychiatrische aandoening die zich tussen het zestiende en dertigste levensjaar openbaart. In Nederland lijden éénhonderdvijftigduizend mensen aan schizofrenie, van wie er ongeveer vijftienduizend in psychiatrische instellingen verblijven. Medicatie kan de symptomen, zoals wanen en hallucinaties, beperken maar een doeltreffende behandeling van schizofrenie is nog niet mogelijk. De groep mensen die aan schizofrenie lijden, kenmerkt zich door verschijnselen die te maken hebben met stoornissen in het denken en het waarnemen.

Voorbeelden die te maken hebben met het denken zijn:

- Verward denken.
- Het plotseling geen gedachten meer hebben.
- Het hebben van wanen d.w.z. dingen denken die niet kloppen met de realiteit.

Voorbeelden die te maken hebben met het waarnemen zijn hallucinaties zoals:

- Het horen van stemmen.
- Het zien, voelen, proeven of ruiken van dingen die er niet zijn.

Veel voorkomende verschijnselen bij de schizofrene cliënt zijn: moeheid, je leeg voelen, weinig initiatief nemen, minder heftige gevoelens hebben (vervlakking), minder behoefte aan sociale contacten, concentratieproblemen, slechte persoonlijke verzorging.

Het meest opvallend van schizofrenie is de psychose, maar psychoses komen ook voor bij mensen die niet aan schizofrenie lijden. Mensen die psychotisch zijn, hebben voor een groot deel het contact met de alledaagse realiteit verloren. Iemand die psychotisch is, kan bijvoorbeeld:

- Grote moeite hebben zijn gedachten te ordenen.
- Te veel gedachten hebben.
- Het idee hebben dat anderen niet te vertrouwen zijn.
- Denken dat er een complot tegen hem bestaat.

- Stemmen horen, die hem opdrachten geven of die zijn gedrag van commentaar voorzien.
- Allerlei vreemde dingen in of aan zijn lichaam voelen.
- Dingen zien of ruiken die er in werkelijkheid niet zijn.
- Denken dat hij een belangrijke rol heeft te vervullen op deze wereld.
- Denken dat anderen zijn gedachten kunnen lezen.
- Veel moeite hebben om zichzelf te verzorgen en dus zichzelf verwaarlozen.

Enkele voorbeelden van ziektebeelden waarbij de psychose kan voorkomen zijn: een depressie, waanstoornissen, borderline persoonlijkheidsstoornis en angst- en dwangstoornissen.

1.4.2 Depressie

Een depressie is een ziekte waarbij de twee belangrijkste kenmerken zijn:

1. Een sombere, depressieve stemming, leegheid.
2. Het verlies van interesse en plezier, niet meer blij kunnen zijn.

Om van een depressie te kunnen spreken, dienen naast de eerder genoemde kenmerken meerdere van de volgende symptomen aanwezig te zijn. Deze symptomen moeten ook een verstoring van het dagelijks functioneren veroorzaken.

Psychische symptomen:

- Schuldgevoelens, zich minderwaardig en waardeloos voelen.
- Psychose; schuldgedachten kunnen overgaan in schuldwanen.
- Concentratiestoornissen.
- Besluiteloosheid.
- Passiviteit.
- Suïcidaliteit en suïcidegedachten.

Lichamelijke symptomen:

- Klachten over extreme vermoeidheid of verminderde energie.
- Lichamelijke traagheid, gezichtexpressie neemt af.
- Het spreken gaat langzaam en lijkt veel moeite te kosten.
- Verminderde of juist grotere eetlust, gewichtsschommelingen.
- Obstipatieklachten.
- Slaapstoornissen.

1.4.3 Borderline persoonlijkheidsstoornis

De borderline persoonlijkheidsstoornis is geen zeldzame aandoening. Het is niet zeker hoeveel mensen last hebben van borderline, omdat de diagnose niet altijd gesteld wordt. Naar schatting lijden ongeveer éénhonderdvijftigduizend volwassenen in Nederland aan de stoornis. Het is een stoornis in identiteit en gevoelsleven. Eén van de meest opvallende kenmerken van een borderlinestoornis is dat iemands gevoelens, gedachten en gedrag van moment tot moment sterk wisselen. Iemand met borderline weet vaak niet wat hij of zij wil, verandert snel van mening en slaat telkens een andere weg in. Dat is voor anderen moeilijk te begrijpen en kan zelfs beangstigend zijn. Vaak hebben mensen met borderline een onbehaaglijk gevoel over zichzelf en weinig eigenwaarde. Zij zijn bang om in de steek gelaten te worden of voelen zich eenzaam. Ook zijn ze vaak bang dat anderen hen niet accepteren of hen zullen afwijzen. Ze zijn geneigd om in zwart-wit termen te denken. Het ene moment is iemand of iets fantastisch en het volgende moment is dat juist helemaal waardeloos. Hierdoor zijn borderliners sterk geneigd om mensen van zich af te stoten en weer aan te trekken. Terwijl de buitenwereld daar meestal niets van merkt, kunnen zij zich van binnen letterlijk leeg voelen. Borderline is een ingrijpende aandoening. Niet elke borderliner heeft evenveel last van de ziekte. Hoe heftiger de verschijnselen zijn, hoe ingrijpender de gevolgen. Toch ervaren

sommige mensen niet uitsluitend negatieve kanten van borderline. Het leven met borderline is afwisselend en zelden saai.

De verschijnselen en gevolgen van borderline komen op verschillende gebieden tot uiting:

- Impulsiviteit.
- Wisselende relaties en vriendschappen.
- Denken en voelen in uitersten (zwart-wit denken).
- Emotioneel gevoelig zijn.
- Dissociëren.
- Verwardheid, psychotische verschijnselen.
- Zelfbeschadigend gedrag.
- Zelfdoding.

1.5 Beperkingen van de doelgroep

De populatie van onze doelgroep bestaat uit kwetsbare mensen. Zij hebben gemeen dat zij leven met en lijden aan een psychiatrische handicap. Dit is voor velen moeilijk te accepteren en men loopt er niet mee te koop. Het Leren-leven-met gaat niet vanzelf. Wanneer is vastgesteld dat iemand bijvoorbeeld schizofrenie heeft, is het niet reëel te verwachten dat hij na een psychose weer de oude zal worden. Een psychiatrische ziekte zal bijna altijd gepaard gaan met lichte tot ernstige beperkingen in het functioneren. Het leven van de cliënt verandert onverwachts. Het is onzeker of hij nog kan bereiken wat hij wilde bereiken. Vaak zal hij zijn toekomstverwachtingen moeten bijstellen. En leren accepteren dat hij te maken heeft met beperkingen. Deze beperkingen doen zich voor op gebieden als wonen, werken, leren, vrijetijdsbesteding en het onderhouden van sociale contacten. Op al deze gebieden kan de cliënt begeleiding nodig hebben. Ook in het bijstellen van toekomstverwachtingen, acceptatie en weer herindelen van het leven kunnen cliënten begeleiding nodig hebben.

1.5.1 Beperkingen met betrekking tot het opnemen van informatie

Ieder individu heeft te maken met zijn individuele vermogens. Daarbij hebben cliënten te maken met beperkingen vanuit hun ziektebeeld. Dit heeft gevolgen voor het vermogen om informatie op te nemen. Het is bekend dat cliënten ten tijde van een psychose alle prikkels in de omgeving opnemen. Zij kunnen deze niet tot nauwelijks buitensluiten en kanaliseren. Zo hoort een psychotische cliënt bijvoorbeeld in een in onze ogen rustige kamer: het tikken van de klok, het tikken van de verwarmingsbuizen, het zoemen van apparaten, auto's die buiten rijden, ze hebben last van het zonlicht dat als extreem fel gezien wordt etc. Daartussendoor horen cliënten hun eigen gedachten en eventuele stemmen. Het lijkt ons duidelijk dat het voor de cliënt extra moeilijk is en veel energie kost om met al deze prikkels informatie tot zich te nemen. We hebben de verschillende gebieden waarop cliënten beperkingen kunnen ervaren, bij het opnemen van informatie op een rij gezet. De ervaren last van de beperking is per cliënt verschillend. Meerdere beperkingen op verschillende gebieden kunnen tegelijkertijd voorkomen

De gebieden die invloed hebben bij het opnemen en verwerken van informatie.

- Lichamelijke gesteldheid.
- Persoonlijkheid en attributiestijl.
- Stemming, bijvoorbeeld euforische of sombere stemming.
- Verstoring in het gevoelsleven, bijvoorbeeld impulsiviteit of uitgeblust zijn.
- Het verstandelijke vermogen.
- Lange en korte termijn geheugen.
- Concentratievermogen.
- Inprentingvermogen.
- Het leervermogen.
- Vermogen om informatie en gedachten te kanaliseren en te ordenen.

- Gedachten en gevoelens van vertrouwen versus achterdocht.
- Interne en externe prikkels.
- Invloed van medicatiegebruik.
- De wijze waarop en de context waarin de informatie aangeboden wordt.

Wil de informatie goed opgenomen worden dan is het voor de hulpverlener noodzakelijk om van de beperkingen kennis van te nemen. En de informatie op een voor de cliënt aangepaste manier aan te bieden. Het kan nodig zijn om cliënten op een andere manier informatie te geven dan zij voorheen gewend waren. Voor sommige cliënten werkt het bijvoorbeeld goed om groepsgewijs informatie te verstrekken. De groepsleden steunen elkaar en kunnen van elkaar leren. Dit in tegenstelling tot andere cliënten waarbij het juist gewenst is om hen meerdere malen, individueel te informeren aangezien zij anders overprikkeld raken. Bij weer andere cliënten werkt het beter om informatie te visualiseren. Kortom, het is zaak om rekening te houden met de individuele beperkingen van de cliënt en in te spelen op de mogelijkheden van de individuele cliënt.

Hoofdstuk 2: Positie van de doelgroep

Inleiding

We hebben concreet in hoofdstuk 1 de doelgroep: psychiatrische cliënten, de ziektebeelden en de beperkingen behandeld. Om inzicht te krijgen in de zelfstandigheid van de psychiatrische cliënt verdiepen we ons in dit hoofdstuk in de positie van de psychiatrische cliënt in relatie tot de samenleving. We beschrijven morele, sociale, juridische en fysieke aspecten die de positie van psychiatrische cliënten beïnvloeden. Ten slotte geven we onze eigen mening weer.

2.1 Morele en sociale uitsluiting

De waarde van leden van de samenleving die anders zijn, wordt vaak negatief beoordeeld. Dit wordt gedeeltelijk bepaald doordat er in onze samenleving een systeem van maatschappelijke ongelijkheid bestaat. Door de ingewikkelde eisen van de huidige samenleving is de kans dat de cliënten niet aan de eisen van dit systeem kunnen voldoen, steeds groter geworden. De psychiatrische cliënten die niet kunnen voldoen aan deze eisen worden buiten de maatschappij gezet. Men zal het niet gauw toegeven, maar wanneer de psychiatrische cliënt figuurlijk of letterlijk te dichtbij komt, zal hij toch als vreemd en als last beoordeeld worden. Ook lijkt het erop dat de cliënt met psychiatrische stoornissen nog steeds gestigmatiseerd wordt als 'eens gek, altijd gek'. Vooroordelen worden wel minder naarmate men meer bekend wordt met de mens achter de ziekte. Zo zegt bijvoorbeeld iedereen voorstander te zijn van opvangcentra voor dak- en thuislozen. Maar wanneer een dergelijke voorziening in de eigen straat komt, zal naar alle waarschijnlijkheid de hele buurt hiertegen protesteren. Wij vragen ons af of het motief van de voorstanders voor goede opvang uit medeleven met de cliënt is of om elders geen overlast van deze mensen te hebben. Dit 'verborgen' verzet zagen wij bijvoorbeeld ook bij het aanwijzen van plaatsen voor asielzoekerscentra. Achteraf bleek het allemaal meegevallen te zijn. Buurtbewoners komen nu juist op voor het behoud van de centra.

2.2 Juridische uitsluiting

De overheid voert een beleid van vermaatschappelijking. Extramuralisatie past binnen de vermaatschappelijking van de GGZ. Het doel is cliënten te laten reïntegreren in de maatschappij. Op het vlak van vermaatschappelijking is voor mensen met ernstige, langdurige stoornissen het nodige bereikt. Maar er blijft nog veel te wensen over. De Taskforce Vermaatschappelijking bracht in januari 2002 advies uit aan de minister van VWS. De Taskforce stelde dat maatschappelijke integratie kan slagen als er in gemeenten maatschappelijke steunsystemen beschikbaar zijn. Ze bedoelde daarmee: een samenhangend aanbod van zorg en welzijn onder regie van het gemeentebestuur. De GGZ, zorgkantoren van verzekeraars, sociale diensten, woningbouwcorporaties en instellingen voor opvang, zorg en welzijn moeten samen voor dit aanbod gaan zorgen. De Taskforce pleitte verder voor aanscherping van wetgeving ten behoeve van de psychiatrische cliënten en voor verruiming van de mogelijkheden van huisvesting, verzekering, opleiding, beschermde banen en begeleiding door politie en reclassering. De minister van VWS heeft toegezegd dat er voor vermaatschappelijking extra geld uitgetrokken zou worden. Op dit moment zien wij echter dat er juist veel bezuinigingen zijn, waar onze cliënten mee te maken hebben. Er is wel meer aandacht en geld voor de psychiatrische cliënten die overlast bezorgen. Voor de cliënt die niemand ziet en die teruggetrokken in zijn kleinschalige woning verblijft, is niet veel aandacht in de politiek. Dit komt ook tot uiting in de zorgorganisaties, omdat deze subsidies krijgen en afgerekend worden op de maatschappelijke tevredenheid. Zorgorganisaties richten zich dus ook meer op de gevallen die wat opleveren, in dit geval maatschappelijke tevredenheid. Voor de 'langdurige' groep die voorzien is van een woning is minder geld en aandacht. De jaren dat er subsidies en potjes waren voor nieuwe projecten en rehabilitatie zijn voorbij. Cliënten die al niet veel inkomen hebben, worden getroffen door bezuinigingen zoals het regeringsvoorstel: het beta-

len van een eigen bijdrage bij het ontvangen van woonbegeleiding, dagbesteding, huishoudelijke verzorging etc. De financiële afhankelijkheid wordt groter en zij hebben daardoor minder kans van slagen in onze maatschappij. Cliënten hebben juist behoefte aan ondersteuning en begeleiding om zich in onze maatschappij staande te kunnen houden. Zo ondervinden cliënten met een psychiatrische stoornis regelmatig problemen bij het afsluiten van verzekeringen. Een ander voorbeeld zijn de financiële problemen waarmee cliënten te maken krijgen wanneer zij bijvoorbeeld door hun ziekte niet in staat zijn een afspraak bij de sociale dienst na te komen.

2.3 Fysieke uitsluiting

Cliënten wonen dan wel in de stad, maar zij hebben beperkingen en het kost moeite om te worden opgenomen en te voldoen aan de eisen die de maatschappij stelt. Zo is het bijvoorbeeld lastig om aan een betaalde baan te komen. Laat staan een betaalde baan op het niveau waarop men geleerd heeft. Mensen die tot een risicogroep behoren en waarbij kans is op ziekte en uitval zijn niet aantrekkelijk voor de werkgever. Zeker niet in de huidige tijd, waarin men zich richt op terugdringen van het ziekteverzuim. Het zal al helemaal moeilijk zijn om een baan te vinden, waar ook rekening gehouden wordt met de individuele beperkingen. Vanuit financieel oogpunt is dit te begrijpen daar de werkgever financiële verantwoordelijkheid draagt voor het ziek worden van zijn medewerker. Elke werkgever heeft liever 'gezonde' medewerkers in dienst. Er zijn wel sociale werkplaatsen, maar sinds de privatisering worden daar alleen de 'goede' cliënten aangenomen. De productie staat centraal, waardoor er meer van de medewerker wordt verwacht. Men moet produceren en wanneer men niet presteert zal men ook hier ontslagen worden. Veel cliënten hebben dan ook een uitkering, sociale bijstand of een WAO-uitkering. Ze leven onder het minimum en kunnen maar net rondkomen. Vandaag de dag wordt in de regering gesproken over het afschaffen van subsidies aan werkgevers om mensen met een WAO-uitkering in dienst te nemen. Dit zal grote gevolgen hebben voor cliënten die in de toekomst willen gaan werken. Het huidige beleid van de overheid komt niet overeen met het beleid van vermaatschappelijking. Het werkt in een tegengestelde richting.

2.4 Belangenbehartigers

Men heeft in een samenleving een sociaal netwerk nodig om collectief op te komen voor gezamenlijke belangen. Door deze sociale dimensie wordt ook de rest van de samenleving geleid; sociale netwerken, steunverwerving en samenwerking. Tegenwoordig treft sociale uitsluiting vooral de sociaal laag gewaardeerde groepen; met weinig eigen weerbaarheid en weinig economisch nut zoals zwervers, werklozen, verslaafden, ex-gedetineerden, ongeschoolde jongeren, gehandicapten en psychiatrische cliënten. Omdat de psychiatrische cliënten niet georganiseerd voor zichzelf opkomen en zich als individu manifesteert, worden bij hen de bezuinigingen het verst doorgetrokken. Ze bijten immers toch niet van zich af. Dat de psychiatrische cliënt zich niet organiseert, is gebleken uit het verleden. Belangrijke groepen voor psychiatrische cliënten zijn organisaties opgezet door belangenbehartigers/familieleden van psychiatrische cliënten. Langzamerhand beginnen cliënten zich echter steeds meer te organiseren. Stichting Borderline³ en Anoiksis⁴ zijn hier voorbeelden van. Hieraan hebben organisaties als cliënten- en familieraden en landelijke belangenbehartigerverenigingen zoals Ypsilon⁵, en Pandora⁶ voor een belangrijk deel aan bijgedragen.

³ Stichting Borderline is een landelijke patiëntenorganisatie, bedoeld om de belangen te behartigen van mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis.

⁴ Anoiksis is een vereniging van patiënten met een schizofrene of een psychotische stoornis.

⁵ Ypsilon is de landelijke belangenbehartigers vereniging van familieleden voor mensen met schizofrenie of een psychose.

⁶ Stichting Pandora zet zich in voor mensen die psychische of psychiatrische problemen hebben, hebben gehad of kunnen krijgen.

Fysieke, morele, sociale en juridische uitsluiting vallen vaak samen. De cliënt wordt op meso- en macroniveau buitengesloten. Volgens ons staat de Nederlandse bevolking positief tegenover het algemene uitgangspunt dat mensen met een psychiatrische handicap een volwaardige plek in de samenleving verdienen. Maar wanneer het uitgangspunt effect heeft op de directe omgeving, blijken mensen terughoudender zijn. Dan geeft de negatieve beeldvorming over mensen met psychiatrische problemen de doorslag. De vermaatschappelijking brengt met zich mee dat de cliënt zichtbaarder is op straat. Tegelijkertijd wordt door de politiek hard ingezet op het gevoel van veiligheid. Mensen voelen zich onveilig en op dit gevoel wordt ingespeeld door nieuwe wetten en maatregelen gericht op controle. De beeldvorming is onderhevig aan de normen waar men aan zou behoren te voldoen. Hierbij spelen dus de verwachtingen of eisen van de omgeving een doorslaggevende rol. Hoe hoger de eisen, hoe minder aanvaardbaar een bepaalde afwijking wordt.

Onze eigen ervaring met de veranderingen van extramuralisatie en vermaatschappelijking is dat hoewel veel cliënten tegenwoordig tussen 'gezonde' medeburgers in een RIBW of HAT-woning midden in de maatschappij wonen, er in de praktijk nog steeds sprake is van uitsluiting. Als hulpverlener hebben we de taak om de cliënt bekend te maken met en bij de medeburgers. Juist door die kennismaking, ontstaat er begrip voor de cliënt. En is er een kans dat vooroordelen verminderd worden. Ook zal de cliënt zelf gesterkt moeten worden en moeten er kansen gecreëerd worden om zijn zelfvertrouwen en het gevoel van erbij te horen, te vergroten. We zien dat er een grote drempel is, ook vanuit de cliënt. Zo zegt men bijvoorbeeld te willen werken en behoefte te hebben aan dagbesteding, maar wanneer deze mogelijkheid er is, haken cliënten af. Cliënten hebben vaak moeite in het onderhouden van contacten en hebben toch te maken met beperkingen. Een full-time baan is vaak te zwaar en ook de eisen die men in het algemeen aan de cliënt kan stellen, zijn specifiek. Per cliënt zal geïnvesteerd en gezocht moeten worden naar het werk en de werkwijze die het beste bij hem past. Idealiter zal de mate van begeleiding hierop afgestemd moeten worden. Ook zal er door hulpverleners en de werkgever geïnvesteerd moeten worden om bij collega's begrip te kweken. Er mag natuurlijk wel wat verwacht worden van de cliënt, maar sommige cliënten kunnen zelfs die verwachting niet aan en hebben verleerd dat ze ook zelf verandering kunnen bewerkstelligen. Het levert zoveel stress op dat men dreigt te decompenseren en afhaakt. De cliënt heeft hier ook nog een lange weg te gaan.

Hoofdstuk 3: Autonomie versus afhankelijkheid

Inleiding

Nadat we enkele achtergronden van de doelgroep hebben toegelicht, zijn we tot de conclusie gekomen dat onze doelgroep een sterk afhankelijke positie heeft. We zijn van mening dat het belangrijk is de zelfstandigheid van de cliënt zoveel mogelijk te stimuleren. Tijdens onze opleiding hebben we geconstateerd dat de autonomie van de cliënt een belangrijke doelstelling is in de hulpverlening. We vinden dan ook dat we hier in ons verslag veel aandacht aan moeten besteden. Voor de cliënt zelf en voor de hulpverlener is het noodzakelijk om te weten wat voor de cliënt het beste is. Autonomie betekent zelfbeschikking. Daarbij hebben wij als hulpverlener de taak om samen met de cliënt erachter te komen wat zijn wil is. Het opleggen van de norm van de hulpverlener is in dit proces heel gemakkelijk, maar de kunst is: uitgaan van de cliënt zijn eigen norm, binnen zijn mogelijkheden. Aanbodgestuurde zorg is omgezet naar vraaggestuurde zorg. Wij vragen ons echter af of deze vraaggestuurde zorg in zijn geheel is doorgevoerd of zitten cliënten en de hulpverlening nog midden in de veranderingsfase? Het stimuleren van de zelfbeschikking heeft naar onze mening meer tijd nodig. Een veranderingsproces als dit heeft veel tijd nodig voordat het bij de cliënt, de hulpverlener en de instelling is geïnternaliseerd. Het toepassen van vraaggestuurde zorg is niet altijd mogelijk in de hulpverlening omdat je als hulpverlener en cliënt te maken hebt met verschillende factoren. Eerst beschrijven we in dit hoofdstuk de normen die de samenleving oplegt aan onze doelgroep. Ten tweede behandelen we de relatie van de hulpverlener en de cliënt met betrekking tot autonomie. We beschrijven de rehabilitatiemethode die een belangrijk onderdeel is in de begeleiding van het zelf keuzes maken. Als laatste beschrijven we autonomie in het algemeen en verbijzonderen we deze naar onze doelgroep.

Citaat:Als je eenmaal in de war bent en in een psychiatrisch ziekenhuis terecht komt, dan valt er weinig meer te kiezen. Er zijn dan eerst pilletjes, spuitjes en drankjes nodig om weer rustig te worden of om je evenwicht terug te vinden. Maar ook als hij weer aanspreekbaar is, wanneer de therapie begint en daarna, als het gewone leven weer aanbreekt, valt er voor de cliënt weinig te kiezen. Ze willen je leren voor jezelf op te komen, maar er wordt van alles voor je beslist. De vraag bij zelfbeschikking speelt echter niet alleen bij opname, maar is tijdens het verblijf van opname en wonen voortdurend actueel. In de psychiatrie wordt de mogelijkheid om zelf te beslissen belemmerd door de psychiatrische problematiek bijvoorbeeld depressiviteit, hallucinaties, neurotische conflicten etc....⁷

3.1 Normalisatie van de psychiatrische cliënt

In onze maatschappij is de norm dat men zoveel mogelijk zijn eigen leven moet inrichten. De mate van vrijheid is bepalend voor het dragen van eigen verantwoordelijkheid. Hoe minder men de beschikking heeft over zijn eigen leven, hoe meer de cliënt afhankelijk wordt van anderen. Het maken van eigen beslissingen en keuzes is voor ieder individu belangrijk. Het is belangrijk om als hulpverlener het geduld op te brengen om de cliënt zelf tot een besluit te laten komen. Zelfgenomen beslissingen zijn waardevoller, dan beslissingen gemaakt door anderen. Een zelfgenomen beslissing geeft meer voldoening, zelfvertrouwen en persoonlijke motivatie. Zo is de kans op slagen van een beslissing groter wanneer de cliënt er echt achter staat. Er zijn veel voorbeelden te geven van mislukkingen in gevallen waarin de cliënt niet echt gemotiveerd was. En er zijn voorbeelden van situaties waarbij hulpverleners dachten dat de beslissing niet haalbaar was, maar waarvan achteraf bleek dat het toch de juiste keuze was, omdat ze te maken hadden met een zeer gemotiveerde cliënt. Hulpverleners gaan er de laatste twintig jaar vanuit dat cliënten zelf weten wat goed is voor hun welzijn en gezondheid. In de praktijk krijgen hulpverleners echter te maken met mensen die daar soms maar gedeeltelijk toe in staat zijn. Hulpverleners kunnen in dat geval niet altijd toekennen wat

⁷ Ebskamp, J. en H. Kroon (2002) *Beroepsethiek voor sociale en pedagogische hulpverlening SPH*. Baarn: HB uitgevers Derde druk

cliënten zelf willen. Een deel van de cliënten zelf is ook van mening dat in mindere periodes beslissingen vóór hen genomen zouden moeten worden.

Er wordt van de cliënt mondigheid verwacht. Mondigheid heeft twee belangrijke aspecten: informatie en assertiviteit. De patiënt moet voor zichzelf op willen/kunnen komen. Bovendien moet hij kennis hebben over zijn ziekte, behandelingsmogelijkheden en prognoses. Ook moet hij een globaal beeld hebben van het zorgveld en de mogelijkheden daarbinnen. Deze rollen kunnen natuurlijk ook aan iemand anders uitbesteed worden. Zoals de hulpverlener, patiëntenvertrouwenspersoon of wettelijke vertegenwoordiger. Hierbij kan het gevaar optreden, dat cliënten die niet over bovengenoemde eigenschappen beschikken of zich niet door iemand met deze eigenschappen (kunnen) laten vertegenwoordigen, buiten de boot vallen. Wanneer iemand zorg nodig heeft, heeft hij recht op goede en verantwoorde zorg. Tegelijkertijd heeft hij recht zelf te bepalen wat er met hem gebeurt. In een goede hulpverlening streeft men naar een samengaan van deze twee rechten. Om de positie van cliënten te versterken zijn hun rechten vastgelegd in de Wet op de geneeskundige Behandelingsovereenkomst, 1995. De wet regelt de relatie tussen de cliënt en de hulpverlener.

Er wordt van de cliënt mondigheid verwacht, aan de andere kant bevindt hij zich altijd min of meer in de situatie van afhankelijkheid. Hij moet ondanks ziekte of verslaving op tijd op de afspraken bij behandelaar, rechter of sociale dienst verschijnen. Anders zegt men dat de cliënt de afspraak zeker niet belangrijk genoeg vindt. Ondanks uitleg van de cliënt, dat hij echt niet op tijd kon komen, doordat hij nog zoveel last had van zijn dwanghandelingen. In een woonvorm met begeleiding worden bijvoorbeeld regels opgelegd waaraan de cliënt moet voldoen. Vaak zijn er leef- en huisregels zoals het niet mogen blowen, geen logees mogen ontvangen, niet roken in de algemene ruimtes of het zich houden aan groepsnormen. Sommige cliënten zijn gebaat bij regels, bij anderen echter werken deze leefregels stressverhogend. Is er sprake van normalisatie wanneer de cliënt deze regels opvolgt en gebeurt het wel uit vrije wil? Of is het normaler wanneer de cliënt zich afzet tegen deze regels? Zou het niet zo moeten zijn dat de samenleving de cliënt accepteert zoals hij is? Of ondervragen we de cliënt dan en is het 'gewoon normaal' dat mensen te maken hebben met regels? We passen ons allemaal aan, aan situaties en omstandigheden. Hier kunnen wij, geen eenduidig antwoord op geven. Waarschijnlijk is het per cliënt en per situatie verschillend.

3.2 De hulpverlener

De rol van de hulpverlener verandert. In het verleden werd de hulpverlener gedreven door een sterke beroepstrots. De hulpverlener had een vanzelfsprekende autoriteit als onbetwist expert. Een dergelijk expertsysteem leidt al gauw tot geslotenheid, maar daartegenover staat bevlogenheid en een eigen streven naar verbetering. Door veranderingen als massaindividualisering, mondigheid en claimgeneigdheid moet de zorgverlener een nieuwe identiteit en werkwijze vinden in deze nieuwe verhoudingen. Bovendien kan de juiste insteek per cliënt verschillen. De ene cliënt heeft behoefte aan een goede persoonlijke relatie met de hulpverlener waarin beide partijen op eigen verantwoordelijkheid kunnen worden aangesproken, de ander eist zijn recht op zorg, zo nodig met een advocaat. Daarbij stelt de maatschappij ook tegenstrijdige eisen aan de hulpverlening. Enerzijds is er de roep om vermaatschappelijking en zelfstandigheid, anderzijds de roep van de samenleving om meer veiligheid. Burgers ervaren het als vervelend en bedreigend dat er steeds meer mensen met een psychiatrische handicap in hun omgeving wonen. En door cliëntenorganisaties is zwaar gestreden voor het recht op zelfbeschikking. Echter, wanneer de hulpverlening bij overlast niet ingrijpt, omdat de cliënt zich beroept op zelfbeschikkingsrecht en er geen sprake is van het gevaarscriterium, dan is daar in de samenleving weinig begrip voor. Dit is begrijpelijk, maar het weerspiegelt de dilemma's waarmee hulpverleners te maken hebben in de praktijk.

3.3 Rehabilitatie

De huidige tendens in de hulpverlening aan psychiatrische cliënten is rehabilitatie. Rehabilitatie sluit aan bij de roep in de maatschappij naar zelfstandigheid en mondigheid. Het is gericht op aanleren en herwaarderen van de kwaliteit van leven. Rehabilitatie als methodiek is vooral afkomstig uit Engeland (Dennett) en de Verenigde Staten (Fargas). Niet de hulpverlener, maar de cliënt staat centraal en bepaalt wat goed is. Er wordt niet zozeer gekeken naar wat iemand niet (meer) kan, maar juist naar wat iemand wél kan. Grote psychiatrische ziekenhuizen hebben de rehabilitatie als methodiek omarmd. Opvattingen over wonen, werken en leren zijn erdoor veranderd. Er is een proces van deinstitutionalisering en vermaatschappelijking op gang gekomen, met als doel verbetering van de kwaliteit van leven.

Wij denken echter, dat in eerste instantie de belangrijkste reden voor dit beleid; bezuinigingen bij de overheid geweest zijn. Je kunt je afvragen of in dit geval recht wordt gedaan aan de cliënt met betrekking tot zijn zelfbeschikking. Er wordt door de overheid een norm gesteld waaraan de cliënt moet voldoen. We spreken van een verbetering van de kwaliteit en het leven van onze doelgroep. Deze norm wordt echter opgelegd en deze beperkt de keuze van de cliënt. Er wordt door de maatschappij druk gelegd op de cliënt. De gemeenschappelijke norm is dat cliënten zoveel mogelijk de maatschappij in moeten. Veel psychiatrische terreinen zijn in de afgelopen jaren opgeheven. Wat nu, als de cliënt graag op het terrein van het psychiatrische ziekenhuis had willen wonen. Langzamerhand groeit ook het besef dat er een groep chronische psychiatrische cliënten is die het niet redden in de stad en toch aangewezen is op de bescherming van het instellingsterrein.

3.4 Wanneer is er sprake van zelfbeschikking/autonomie?

Beslissingsbekwaamheid is een verstandelijk vermogen dat inhoudt: informatie kunnen opnemen en geven, feiten kunnen begrijpen, weten wat er bedoeld wordt, keuzes kunnen maken en daaraan uitvoering kunnen geven. Het vraagt een zekere mate van intelligentie en concentratie. Het vraagt om afwegingen kunnen maken in de situatie. Het betekent zaken op een zekere afstand in een relevante context kunnen zien en gevolgen op langere termijn erbij betrekken.

Het verstandelijk kunnen hanteren van de informatie en inpassen in het geheel van zaken die met de beslissing te maken hebben, is voor een cliënt niet altijd mogelijk. In dergelijke situaties is het soms nodig dat iemand anders tijdelijk een beslissing neemt.

3.4.1 Goede informatie om de autonomie te verhogen

Cliënten dienen goede informatie over de voorstellen van de hulpverleners en de instelling te hebben. Informatie moet relevant, juist en zo volledig mogelijk zijn. Informatie dient aangepast te zijn aan het vermogen van de cliënt. Dat betekent dat rekening wordt gehouden met de handicaps. Bijvoorbeeld bij iemand, die zich slecht kan concentreren, zal de hulpverlener vaker de tijd moeten nemen korte en concrete informatie te geven dan aan iemand die geen concentratiestoornis heeft.

3.4.2 Communicatie om de autonomie te waarborgen

Citaat:*Eén van de communicatietheorieën gaat uit van het principe dat elke relatie tussen mensen een vorm van communicatie is, waarin machtsverhoudingen een bepalende rol spelen [.....] Elke boodschap bevat niet alleen een bepaalde inhoud maar ook een relatiedefinitie, bijvoorbeeld van "meerdere" tegenover "mindere".....*⁸

Voor zelfbeschikking is noodzakelijk dat de keuze wordt verstaan en begrepen. Communicatie kan verbaal en non-verbaal zijn. Communicatie betekent ook figuurlijk verstaan, begrijpen en aanvoelen. De cliënt heeft recht op communicatie. Er hoort gevraagd te worden naar de

⁸ Vandereycken, W. en R. van Deth (2002) *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum. Eerste druk.

keuze van de cliënt. Deze keuze moet aantoonbaar zijn. Gebrekkige communicatie is iets anders dan gebrekkige beslissingsbekwaamheid. Er is geen haast bij communicatie. Keuzes maken veronderstelt een zekere rust. Het bewustwordingsproces en het verwerken van informatie en communicatie kost tijd. Deze innerlijke rust is soms moeilijk in te schatten, bijvoorbeeld bij verschillende psychiatrische stoornissen. Er hoort geen sprake te zijn van druk van buitenaf of van het achterhouden van informatie. Onder bedreiging van sancties en druk van buitenaf kan niet gesproken worden van zelfbeschikking. Dit gevaar is zeker aanwezig wanneer de mogelijke beslissing van de cliënt ingaat tegen het beleid van de instelling of het voorstel van de hulpverlener. Er zou een aanbod moeten zijn van reële keuzemogelijkheden. Verschillende (handelings)alternatieven en mogelijkheden stimuleren de bewustwording van de cliënt.

Casus ter verduidelijking

Cliënt C woont samen met vier andere cliënten in een begeleide woonvorm. De cliënten zullen dit jaar moeten verhuizen wegens veranderingen in de organisatie. Aan cliënt C en aan de andere bewoners is gevraagd om na te denken over hun toekomstige woonplek. Cliënt C is hier veel mee bezig en kan niet beslissen wat ze wil. Ze vraagt regelmatig advies aan de verschillende begeleiders. Deze verwijzen cliënt C door naar haar persoonlijk begeleider. Op een dag komt begeleider A bij cliënt C en treft haar boos aan. Ze scheldt en tiert en verwijt de begeleider A dat de begeleiding niet naar haar wil luisteren. A vraagt wat er nu precies aan de hand is. Cliënt C zegt dat ze op zichzelf wil gaan wonen, maar dat de begeleiders vinden, dat ze dat niet kan. Niemand gaat op haar vragen in. Ze voelt zich niet serieus genomen. Begeleider A vraagt aan cliënt C wat ze denkt nodig te hebben om zelfstandig te wonen en of dit reëel en haalbaar is. Cliënt C zegt dat ze een huis nodig heeft en dat ze al ingeschreven is via een woonkrant. Ze is hier nooit verder achteraan gegaan, omdat ze door de begeleiding (gevoelsmatig) tegen gehouden werd. Ook kan cliënt C vertellen wat de vaardigheden zijn, die ze aan moet leren of waar ze hulp bij nodig zal hebben. Begeleider A wijst cliënt C op zaken waar ze nog geen rekening mee gehouden heeft en vraagt voornamelijk door. Ze luistert, reflecteert en adviseert cliënt C om goed na te denken en niet in een opwelling besluiten te nemen. Ze wijst cliënt C op de verschillende mogelijkheden en zegt tegen cliënt C dit verder met haar persoonlijk begeleider te bespreken. Cliënt C is opgelucht en blij met dit gesprek. Ze heeft zaken op een rij gezet en weet wat ze nodig heeft om haar doel te bereiken. Twee dagen later komt A weer op haar werk en moet bij het afdelingshoofd komen. Zij krijgt een berisping en haar wordt gevraagd hoe ze het in haar hoofd haalt om cliënt C te adviseren zelfstandig te gaan wonen. Volgens het afdelingshoofd en de persoonlijk begeleider kan cliënt C dit helemaal niet. Cliënt C zou veel beter op haar plek zijn binnen een woonvorm met meerdere bewoners en met meer begeleiding. Begeleider A zegt dat ze cliënt C helemaal niets geadviseerd heeft. Ze heeft geluisterd, informatie verschaft, uitleg gegeven, reflectie toegepast en voor de rest de verantwoordelijkheid bij cliënt C gelaten. Dit in tegenstelling tot haar eigen persoonlijk begeleidster, die wel luisterde naar cliënt C, maar haar niet serieus nam in haar wens zelfstandig te gaan wonen, aangezien ze vond dat cliënt C dit (nog) niet aan kan.

Wanneer we spreken over normalisatie, zelfredzaamheid en autonomie is het in onze ogen normaal dat een volwassen persoon af en toe met tegenslagen te maken krijgt. Door grenzen te verleggen en door mensen een keuze te laten maken waar ze zelf achter staan, kunnen ze juist leren van zaken die goed verlopen. Hiermee bouw je zelfstandigheid en zelfvertrouwen op. Wanneer soms iets toch niet lukt, is dat geen onoverkomelijke ramp. Dat hoort erbij en daar leren cliënten ook weer van. Het is wel belangrijk dat de begeleiding de cliënt hier weer in steunt en helpt om nieuwe keuzes te maken. Volgens ons is dit een leerproces waar de cliënt in zal kunnen groeien. De begeleiding is erop gericht om te zorgen voor de randvoorwaarden, te adviseren en zonnodig in te grijpen wanneer het echt niet meer gaat. In plaats van cliënt C te proberen op andere gedachten te brengen zou de begeleiding haar ook kunnen helpen om te bereiken wat ze graag wil. Het is juist belangrijk om dan een vertrouwensband te hebben zodat ze kan bewijzen dat ze het aan kan om zelfstandig te wonen.

Daarnaast is het een steun in de rug dat cliënt C weet dat ze hulp krijgt en dat ze op de begeleiding terug kan vallen, wanneer het zelfstandig wonen niet zou lukken. Cliënt C heeft het dan in ieder geval geprobeerd. Mocht het niet lukken, dan weet cliënt C zelf dat het te hoog gegrepen was, maar ze heeft dan wel het vertrouwen dat de begeleiding haar helpt om weer verder te gaan.

Hoofdstuk 4: Informatieverstrekking

Inleiding

Hiervoor is de doelgroep en de autonomie van de cliënt aan de orde gesteld. Vervolgens gaan we in op de wijze waarop de professionele hulpverlener informatie behoort te verstrekken. Hierbij zijn vastgestelde wetten uitgangspunt. Het recht van cliënten op goede informatie is wettelijk vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Cliënten goed voorlichten is volgens ons niet het verstrekken van zomaar wat vrijblijvende communicatie. Er staan voor de betrokkene soms grote belangen op het spel en verwaarlozing van de informatieverstrekking kan cliënten schaden, hulpeloos maken en zelfs tot wanhoop brengen. In het eerste deel van dit hoofdstuk komen wetten aan bod die van belang zijn voor informatieverstrekking. Deze formele voorlichting is tevens relevant voor het voorlichten over huisvesting en daarom belangrijk op te nemen in ons verslag. In het tweede deel bekijken wij hoe de informatieverstrekking in de praktijk verloopt.

4.1 De 'WGBO'

Wanneer een cliënt de hulp van een hulpverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst. De hulpverlener moet bij zijn werkzaamheden de zorg van een goede hulpverlener in acht nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, die voortvloeit uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard. De cliënt is opdrachtgever tot zorg, wat gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand.

De WGBO regelt de relatie tussen cliënt en zorgverlener. De WGBO is een dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en cliënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO. In de WGBO is een aantal spelregels vastgelegd, die voorheen in losse wetten en in gerechtelijke uitspraken te vinden waren. Als voorbeeld voegen wij een kopie van de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst toe aan de bijlagen (zie bijlage 1).

4.2 Richtlijnen voor voorlichting en informatie

De brochure 'Richtlijn Voorlichting Patiënten Geestelijke Gezondheidszorg van de Commissie Voorlichting Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie' is afgeleid van de WGBO en is een bruikbare handleiding voor het geven van voorlichting. We hebben er voor gekozen deze brochure nader te beschrijven omdat ze duidelijker is dan de wet WGBO. In de brochure refereert de commissie aan het recht van patiënten op goede informatie die wettelijk is vastgelegd in de WGBO. De commissie vindt echter dat informatie verstrekken en/of voorlichting geven veel méér is dan het voldoen aan een wettelijke eis. Het gaat om een open mentaliteit van gelijkwaardigheid, de kunde om informatie over te brengen en het vormen van gewoonten en routines, waarbij het geven van voorlichting een dagelijkse vanzelfsprekendheid wordt. Elke zorgverlener in de GGZ heeft de individuele verantwoordelijkheid patiëntenvoorlichting op bovenstaande wijze vorm te geven. Het spreekt daarbij voor zich dat de inhoud van de voorlichting zoveel mogelijk wordt afgestemd op de voor de beroepsgroep geldende normen en verantwoorde zorg.

Naast de individuele zorgverlener hebben ook GGZ-instellingen een eigen verantwoordelijkheid. Voorlichting dient in het beleid opgenomen te zijn en de materialen om voorlichting te geven dienen aanwezig te zijn. Verder mag van GGZ-instellingen verwacht worden dat zij in hun regio voorlichtingsactiviteiten opstarten naar andere groepen dan hun directe cliënten. Bijvoorbeeld voorlichting geven aan familieleden, huisartsen, politie etc.

Als voorbeeld voegen wij een kopie van de Richtlijnen Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie toe aan de bijlagen (zie bijlage 2).

4.2.1 Uitwerking voor de praktijk

1. Cliënten hebben recht op adequate voorlichting, die een vast onderdeel hoort te zijn van iedere behandeling.
2. Cliënten hebben recht op voorlichting, maar mogen die informatie ook weigeren.
3. Een behandeling waarbij de cliënt niet op de hoogte is gebracht van de aandoening, de vooruitzichten en de behandelingsmogelijkheden is een onvoldoende behandeling.
4. Voorlichting behoort een vast onderdeel te zijn van het behandelingsplan. Van de gegeven voorlichting wordt aantekening gemaakt in het cliëntendossier.
5. Bij voorlichting is geen sprake van eenrichtingsverkeer maar van een interactief proces tussen hulpverlener, cliënt, familie en andere betrokkenen. Hierbij zal de hulpverlener de voorlichting afstemmen op behoeften, begripsniveau en culturele achtergronden van de voor te lichten personen. Degene die de voorlichting geeft, dient steeds na te gaan of de voorlichting voldoende begrepen is.
6. Wil de voorlichtingsboodschap overkomen, dan moet voorlichting bij herhaling gegeven worden, bij voorkeur op meerdere manieren en door verschillende beroepsgroepen. Als ondersteuning van de mondelinge voorlichting kan schriftelijk en audiovisueel materiaal worden gebruikt. Voorlichting kan zowel individueel als in groepen worden gegeven. Hierbij valt ook te denken aan contacten met zelfhulpgroepen en lotgenoten.
7. Het verwerven van voorlichtingsvaardigheden dient een onderdeel van de opleidingen te zijn. Ook in bij- en nascholingsactiviteiten moet hieraan aandacht worden besteed.
8. GGZ-instellingen behoren een schriftelijk vastgelegd voorlichtingsbeleid te hebben en te beschikken over voor patiënten en familie goed toegankelijk voorlichtingsmateriaal.

4.2.2 Op welke terreinen heeft een (potentiële) cliënt voorlichting nodig?

Een (potentiële) cliënt heeft voorlichting nodig over de volgende terreinen:

- Welbevinden.
- Gezinsleven/relatie.
- Werk/dagbesteding.
- Sociale contacten.
- Zelfzorg.
- Financiën.
- Huisvesting.

4.3 Hoe verloopt de informatieverstrekking op het gebied van de woonmogelijkheden momenteel?

Uit de eigen praktijk blijkt dat we niet altijd kunnen voldoen aan het geven van adequate voorlichting en informatie over de woonmogelijkheden. Dit heeft te maken met een tekort aan benodigde informatie op dit terrein. Door onze probleemstelling zijn wij op zoek gegaan naar de verschillende woonvoorzieningen voor psychiatrische cliënten in Den Haag. Het vinden van de informatie bleek nogal lastig. Er is veel informatie te vinden over de verschillende voorzieningen, maar erg versnipperd. Iedere organisatie met verschillende woonvormen heeft wel informatie, maar deze is niet eenduidig en volledig en geeft al zeker geen informatie over andere woonmogelijkheden buiten de eigen organisatie. De RIBW heeft bijvoorbeeld verschillende flyers per woonvoorziening. Zo beschikt de RIBW ook over een incomplete map die alleen ter inzage is. Cliënten kunnen deze gids niet mee krijgen. Op de site van Parnassia wordt een aantal adressen van woonvoorzieningen van de RIBW gegeven, maar de lijst is zeer onvolledig. Over het wonen bij Parnassia zelf geeft de website minimale informatie. De cliënt kan al helemaal geen duidelijk beeld krijgen over individuele woonmogelijkheden.

We hebben gesprekken gevoerd met sociaal psychiatrische verpleegkundigen (SPV-ers), begeleiders en andere hulpverleners die werkzaam zijn in ons werkveld. Zij zijn de hulpverleners die de wooninformatie aan de cliënt moeten verstrekken. Uit deze gesprekken is gebleken dat zij onvoldoende op de hoogte zijn van de verschillende woonvoorzieningen. Ze

werken vaak vanuit hun eigen referentiekader. Hier bedoelen we mee dat een hulpverlener een cliënt zal voorlichten over de woonvoorzieningen waarmee hij bekend is. De hulpverlener maakt gebruik van zijn eigen netwerk.

Een medewerker van de indicatiecommissie van Den Haag geeft aan dat het regelmatig voorkomt dat cliënten door éénzelfde SPV-er vaak op dezelfde woonvoorziening aangemeld worden. De reden zou kunnen zijn dat de SPV-er niet goed op de hoogte is van de verschillende andere woonvoorzieningen. Hierdoor is hij mogelijk eerder geneigd cliënten over deze woonplekken te informeren en ze dan ook hier aan te melden. Misschien is de cliënt zelfs eerder aan de beurt doordat de SPV-er gebruik maakt van zijn connecties. De cliënt zelf is dan echter overgeleverd aan de individuele kennis en inzet van de hulpverlener. Dit kan ten goede, maar ook ten kwade werken. Als dit op macroniveau kan gebeuren veronderstellen wij dat de cliënt dus ook buiten de boot kan vallen op microniveau.

De cliënt is afhankelijk van zijn hulpverleners. Wanneer hij niet mondig genoeg is, bestaat de kans dat er in de informatieverstrekking het nodige wordt weggelaten. Dit gebeurt vaak onbewust of door eigen onwetendheid van de hulpverlening. Allerlei zaken kunnen een rol spelen zoals werkdruk, persoonlijke belangen, afdelingsbelangen of organisatiebelangen. Wat de reden ook is, het gevolg is dat de cliënt onmondig blijft en tekort gedaan kan worden.

4.4 De verschillende belangen met betrekking tot informatieverstrekking

Door de politiek is marktwerking in de zorg geïntroduceerd. Het uitgangspunt hierbij is dat concurrentie tussen zorgaanbieders leidt tot doelmatiger werken en dus tot kostenbesparingen. Omdat er tegelijkertijd eigen bijdragen worden geïntroduceerd en de verzekeringspakketten uitgedund worden, zal de consument, in dit geval de cliënt, de zorg steeds meer uit eigen portemonnee moeten betalen. De cliënt zal keuzes maken op basis van de beste prijs/kwaliteitsverhouding. Volgens ons zal dit leiden tot kritische zorgverzekeraars die hoge eisen stellen aan de geleverde zorg en afwegen of de kwaliteit van de geleverde zorg in verhouding staat tot de kosten. Van de zorgaanbieders wordt verlangd dat zij duidelijk maken welke prestaties zij leveren en met welk resultaat. De organisaties moeten zich meer verantwoorden en zich van elkaar onderscheiden om aantrekkelijk te blijven in de zorgmarkt. Hierdoor bewijzen de organisaties hun bestaansrecht.

Tijdens besprekingen van ons plan bemerkten wij, dat er weinig cohesie is te bespeuren in de samenwerking tussen de verschillende instellingen. De organisaties waarbij wij werkzaam zijn, bleken enthousiast te zijn over ons plan. Toen zij er echter achterkwamen dat ons plan het complete zorgaanbod van de verschillende organisaties betrof, werden ze minder enthousiast. De gedachte komt op dat het te maken heeft met onderliggende concurrentie gevoelens en verschillende belangen. De organisaties dingen allemaal om de gunsten van de cliënt met als belang daarachter, diens geldverstrekkende zorgverzekeraar. Het uitgangspunt dat de bewoner centraal staat, komt volgens ons hierbij in het geding.

Wij constateren dat voorlichting en informatie voor cliënten op alle gebieden te wensen overlaat. Door de ongelijke relatie tussen cliënt en hulpverlener is de laatste geneigd een passende oplossing voor de cliënt te zoeken, in plaats van samen met de cliënt alle mogelijkheden te onderzoeken. Wij signaleren verandering op dit punt, maar het loopt nog achter bij de realiteit. Er is een grote inhaalslag te maken. De hulpverlener zal zich hiervan bewuster moeten worden en mogelijk worden bijgeschoold. Voorlichting en informatie verstrekken is een onderdeel van het dagelijkse werk, maar het gebeurt niet voldoende en zeker nog niet altijd bewust. Het voorlichtingsbeleid dat wij bestudeerd hebben, heeft ook betrekking op de huisvesting. We hebben tijdens onze samenwerking en het voeren van gesprekken met vertegenwoordigers van verschillende disciplines ontdekt dat niet alleen het belang van de cliënt meespeelt bij het geven van informatie. Er spelen veel meer belangen mee, zoals: persoonlijke- afdeling- organisatie- maatschappelijke-, financiële en politieke belangen.

Zelfs in onze samenwerking bespeurden wij het effect van onderlinge concurrentie tussen de verschillende organisaties. IIsink vertegenwoordigt de RIBW en Roel-Witte Parnassia. De

verschillende belangen tussen beide organisaties kwamen tijdens onze besprekingen aan de orde. Omdat ons doel 'het bevorderen van de autonomie van de cliënt' was, hebben we besloten de zorgafhankelijke psychiatrische cliënt in het algemeen te ondersteunen en niet alleen de cliënt van onze eigen organisatie. Wij identificeren ons met de eigen organisatie, wat niet negatief is. Maar om objectief te blijven, hebben wij bewust gekozen voor de psychiatrische cliënt in het algemeen. Dit heeft ons doen besluiten dat wij onafhankelijk een overzicht aan de cliënt willen bieden met de verschillende woonvoorzieningen. Een goede informatieverstrekking over en ondersteuning bij het zoeken naar wonen met begeleiding is medebepalend voor de kwaliteit van de geboden zorg. Cliënten willen zelf beslissingen nemen over hun eigen toekomst. Daarom is betrouwbare, actuele en overzichtelijke informatie noodzakelijk om een keuze te kunnen maken uit het groeiende aanbod van woonvoorzieningen. Wij richten ons op verbetering in informatieverstrekking op de woonvoorzieningen, omdat we van mening zijn dat een veilig dak boven je hoofd voorwaarde is voor het werken aan de verdere ontwikkeling van de cliënt. Met veilige woonomgeving bedoelen we een omgeving waarin de cliënt zich thuis voelt. Sociale factoren zoals de omgeving en de omstandigheden waarin iemand leeft, zijn mede bepalend voor de mate van stress. ~~Stressgevoelenspsychologie~~ ⁹ schenkt aandacht aan ruimtelijk gedrag van mensen zoals territoriumgebruik. Volgens deze theorie is een persoon onlosmakelijk verbonden met zijn sociale en fysiek ruimtelijke omgeving. Persoon en omgeving worden als één geheel gezien. Binnen dit geheel is er een permanente interactie van de persoon en zijn omgeving. Het gedrag en de beleving van de persoon worden bekeken in relatie tot het gedrag van andere personen of tot zijn materiële omgeving.⁹

Een thuis is dus meer dan een huis met een bewoner, een bed, een nachtkastje en een bankstel. Dat maakt een thuis tot een plek waarin de bewoner zich goed voelt, zodat hij er wel bij vaart.

⁹ Rigter J. (1996) *Het Palet van de psychologie*. Bussum: uitgeverij Coutinho. Derde druk.

Hoofdstuk 5: De procedure

Inleiding

Hiervoor hebben we de doelgroep, de autonomie en de informatieverstrekking in ruim verband beschreven. Deze beschrijving is belangrijk voor het antwoord op onze probleemstelling. We richten ons in dit hoofdstuk op de procedures bij het vinden van een passende woonplek. Allereerst beschrijven wij de officiële instantie waarbij de cliënt een indicatie kan aanvragen. Hierop volgend beschrijven wij de officiële procedures voor de indicatiestelling en de procedure na de gestelde indicatie.

5.1 Het RIO

Iedereen die aanspraak wil maken op zorg, die door de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) wordt betaald, kan met zijn zorgvraag bij een regionaal indicatieorgaan (RIO) terecht. Er zijn 74 RIO's in Nederland. Een RIO is een onafhankelijk orgaan dat de behoeften van cliënten aan zorg en voorzieningen objectief en integraal beoordeelt. Voor een cliënt is het RIO de toegang tot de zorg. Om er daadwerkelijk voor te zorgen dat een cliënt de zorg toegewezen krijgt, die hij nodig heeft, is een zogenaamde indicatie nodig. Het RIO indiceert de cliënt en maakt daarmee duidelijk op welke gebieden de cliënt een zorgvraag heeft. Met deze indicatie kan de cliënt gericht gaan zoeken en weet hij voor welke woonvoorziening hij in aanmerking kan komen. De cliënt kan zich nu gericht gaan oriënteren en een keuze maken voor de gewenste woonvoorziening.

5.1.1 Het SIO

In de regio Den Haag wordt geïndiceerd door het SIO. De S staat voor Stichting aangezien het hier om een stichting gaat. Het RIO heeft de afdeling *Woonzorg* van de RIBW gemandateerd om onafhankelijke indicaties af te geven voor de geestelijke gezondheidszorg. Deze medewerkers zijn in dienst van de RIBW, maar hebben een extra taak. Ze houden intakegesprekken met cliënten die willen wonen met zorg. Wanneer de indicatie is vastgesteld, gaat dit advies naar een indicatiecommissie, het MDT. Het MDT is een multidisciplinair team die eens per twee weken samen komt om definitieve indicatiebesluiten af te geven. Het MDT bestaat uit een psychiater van het SIO, een SPV-er van Parnassia, een indicatiesteller van de RIBW, de manager afdeling Woonzorg van de RIBW en een notulist. Deze leden van het team beschikken allen over kennis van de GGZ-problematiek.

Vanaf 1 januari 2003 is het functiegericht indiceren van kracht. De indicatie komt tot stand nadat er onderzoek is gedaan naar de redenen waarom een indicatie wordt aangevraagd. De cliënt wordt geïndiceerd op een zevental functies. Dit zijn: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf.

5.2 Het verloop van de procedure

Het SIO heeft voor de indicatiestelling informatie nodig over de situatie van de cliënt. Na aanmelding, door het invullen van een aanmeldingsformulier, wordt de cliënt door het SIO uitgenodigd voor een intakegesprek. Bij de indicatiestelling wordt uitgegaan van de informatie van de cliënt en de al aanwezige informatie. Daarnaast kan het SIO advies inwinnen bij andere instanties. Ook kan het SIO met toestemming van de cliënt informatie vragen aan de behandelende arts. Aan de hand van de gegevens stelt het SIO een zogenaamd indicatiebesluit vast. Dit is een beschikking die de cliënt binnen zes weken behoort te ontvangen. Als voorbeeld voegen wij een kopie van een aanmeldingsformulier toe aan de bijlagen (zie bijlage 3).

5.2.1 De zeven functies waarop geïndiceerd kan worden

1. Huishoudelijke verzorging

- Ondersteunen bij of overnemen van activiteiten op huishoudelijk gebied in relatie tot de aandoening en de functiebeperkingen. Huishoudelijke verzorging kan gelden voor het huishouden van het individu, maar kan ook gericht zijn op de leefeenheid waartoe het individu hoort.
- Ook advies en begeleiding bij de organisatie van het huishouden is een onderdeel van de functie.
- Het stimuleren van zelfactiviteiten gericht op huishoudelijke zelfredzaamheid van de vrager of de leefeenheid van de vrager.

2. Persoonlijke verzorging

- Ondersteunen bij of overnemen van lichaamsgebonden zorg in relatie tot gezondheidsproblemen en beperkingen. Zoals: hulp bij wassen, aankleden, toiletgang, eten, drinken, sieraden omdoen, supervisie of toezicht bij zelfzorgactiviteiten.
- Hulp bij niet complex medicijngebruik valt hier ook onder.
- Advies en voorlichting geven ter verbetering rond de lichaamsgebonden zorg.

3. Verpleging

- Gericht op het uitvoeren van verpleegkundige handelingen, die zijn gericht op herstel van de gezondheid of die verergering van ziekte of aandoening voorkomen. Ook verlichten van het lijden zoals observeren, herkennen, analyseren en controleren van gezondheidsproblemen.
- Gericht op bevordering van gezondheid, genezing en herstel; gericht op verlichting van lijden en ongemak.
- Ook advies, instructie en voorlichting over omgaan met de ziekte, behandeling, therapie behoort tot de functie verpleging.

4. Ondersteunende begeleiding

- Gericht op handhaven van de zelfredzaamheid en integratie in de samenleving. Ondersteuning om beter de regie te kunnen voeren over het eigen leven, zoals het vergroten van de sociale redzaamheid bij deelname in de samenleving waar onder wonen, leren, werken, dagbesteding. Meestal in verband met een beperkt regelvermogen of andere beperkingen die kunnen leiden tot een sociaal isolement.
- Ondersteunende begeleiding kan zich ook richten op degenen die langdurig en intensief voor anderen zorgen. Bijvoorbeeld via praktische thuishulp of opvang buitenshuis.

5. Activerende begeleiding

- Heeft als doel het functioneren in gedrag en vaardigheden te verbeteren of verergering te voorkomen. Zoals: gesprekken om gedrag te veranderen of gedrag te leren hanteren. Het herkennen en analyseren van langdurige psychische problemen of gedragsproblemen en uitvoeren van interventies gericht op versterking van de zelfredzaamheid. Ook advies en voorlichting geven over hanteren van psychische problematiek.
- Herkennen en analyseren van langdurige handicaps en uitvoeren van interventies gericht op versterking van de zelfredzaamheid (doelgericht en begrensd in tijd).
- Concreet verbeterdoel met door de beroepsgroep als effectief beoordeelde methodieken.
- Zowel individuele begeleiding als begeleiding in groepsverband is mogelijk.
- Psychiatrische zorg is altijd AWBZ-zorg.

6. Behandeling

- Behandeling is van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijk of specialistische-paramedische aard en is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een soma-

tische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening; te verlenen door een instelling of door een psychiater.

- Psychiatrische behandeling is altijd AWBZ-zorg.
- Behandeling binnen de AWBZ is specifiek, complex van aard en in de regel met een multidisciplinaire aanpak; veelal gepaard gaande met chroniciteit, met uitzondering van de kortdurende psychiatrische behandeling.

7. Verblijf

- Omvat het verblijven in een instelling indien de zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht.
- Verblijf is meer dan een specifieke wooncontext, het wonen staat niet centraal maar de woon-leefomgeving. Zo maken bijvoorbeeld voeding, schoonmaak, geestelijke verzorging, recreatieve, en sociaal-culturele voorzieningen deel uit van de functie.
- Afhankelijk van de toestand kan er sprake zijn van kortdurend of permanent verblijf.
- Verblijf is altijd gecombineerd met een andere functie aan de orde. Het kan zijn dat verblijf in een instelling nodig is omdat dit thuis niet meer allemaal te regelen is.
- Verblijf valt onder de AWBZ.

5.2.2 In het indicatiebesluit staat altijd vermeld:

- Voor welke functies de cliënt geïndiceerd is.
- De hoeveelheid zorg die toegekend is (bijvoorbeeld 3-4 uur per week).
- Hoelang de cliënt recht heeft op de zorg (bijvoorbeeld 1 jaar).

Wanneer blijkt dat een cliënt voor één of meerder functies is geïndiceerd, krijgt hij een gelimiteerde machtiging. Dit betekent dat er na een bepaalde periode weer bepaald moet worden of hij nog steeds in aanmerking komt voor de gestelde indicatie. Met de indicatie kan de cliënt in heel Nederland zorg krijgen. De indicatie is dus niet aan de regio Den Haag gebonden. De cliënt kan aanspraak doen op verschillende zorgaanbieders. Met het indicatiebesluit kan de cliënt zich aanmelden voor de geïndiceerde zorg. Wanneer men besluit in Den Haag te willen wonen, kan de cliënt het zorgkantoor om advies vragen over de zorgaanbieders in de regio. Wanneer hij gaat wonen met behulp van welke vorm van begeleiding dan ook zal de gestelde indicatie een leidraad zijn voor de te leveren begeleiding van de zorginstelling. Daarnaast kan een cliënt, wanneer hij steun wil, van een onafhankelijke bemiddelaar advies vragen bij een zorgconsulent. Een zorgconsulent richt zich op de begeleiding, ondersteuning en advisering van mensen die zorgbehoefte zijn.

Als voorbeeld voegen wij een kopie toe van een indicatiebesluit aan de bijlagen (zie bijlage 4).

5.3 Het proces van indicatiestelling

Het SIO stelt dus 'onafhankelijk' een indicatie vast. Wij hebben hier onze vraagtekens bij. Ten eerste komt de cliënt regelmatig bij het SIO met een verwijzing van een behandelaar van een eerder traject. Daarbij komt nog dat het intakeformulier van de SIO een negenenzestig pagina's tellend boekwerk is. Het is onmogelijk om dit tijdens een intakegesprek met de cliënt door te nemen. Een vaak gehoorde opmerking is dan ook dat de indicatiestelling meer een hamerstuk is met daartussendoor een officieel noodzakelijk gesprek. Daarom is het belangrijk dat cliënten -voordat ze naar het SIO gaan- op de hoogte zijn van de eigen mogelijkheden en behoeften met financiën, huisvesting en zorgvraag en deze overdacht hebben. Zo voorkomen ze dat ze ad-hoc beslissingen nemen, waar ze achteraf spijt van krijgen. Of juist zaken die voor hen belangrijk zijn, vergeten te vertellen. We gaan er natuurlijk vanuit dat er een deskundige tegenover de cliënt zit en dat die door onduidelijkheden heen prikt, maar het is toch belangrijk dat een cliënt voorbereid is en meedenkt en niet achteraf zegt: had ik dat maar geweten.

Ten tweede komt de cliënt op het kantoor van de RIBW om zijn intakegesprek bij het SIO te krijgen. De cliënt en verwijzer zijn vaak in de veronderstelling dat zij zich gelijktijdig aanmelden bij de RIBW. Dit is niet de bedoeling. Van leden van de indicatiecommissie vernamen wij dat dit regelmatig voor verwarring zorgt. De gemandateerde medewerkers van de RIBW doen extra werk voor het SIO en zijn in dienst bij de RIBW. In de toekomst is het de bedoeling dat deze medewerkers in dienst komen van het SIO. Maar het is de vraag of het aanbod genoeg is om voldoende banen te creëren. De medewerkers zijn zowel indicatoren als aanbieders, en hebben vanwege die twee petten verstrengelde belangen. Enerzijds moeten de medewerkers die indiceren onafhankelijk zijn, anderzijds zijn dit dezelfde mensen op dezelfde werkplek die een intakegesprek houden met cliënten die bij de RIBW willen wonen. Zwart-wit gesteld ontvangen deze mensen de ene dag een cliënt om een indicatie af te geven, de volgende dag ontvangen zij dezelfde cliënt op dezelfde plek voor een intakegesprek voor de RIBW. Dit is volgens ons in strijd met het uitgangspunt van het SIO, dat zegt dat de cliënt objectief en onafhankelijk geïndiceerd moet worden. De huidige opzet maakt het onbetrouwbaar. Om dit te ondervangen is er sinds 1 april 2004 een toelatingscommissie voor de aanmeldingen bij de RIBW opgezet. Van deze commissie maakt een aantal medewerkers van de RIBW deel uit. In wezen zit de RIBW in een voorrangspositie ten opzichte van de andere zorgaanbieders, omdat zij nog tijdens de indicatiestelling hun eigen organisatie naar voren kunnen schuiven.

5.4 De aanmelding na de gestelde indicatie

Wanneer een cliënt een indicatie heeft gekregen, kan hij zich aanmelden bij een van de zorgaanbieders. Bij iedere zorgaanbieder gaat de aanmelding via zelfopgestelde regels. Daarom kunnen we niet spreken van één procedure. Wel verloopt het aanmelden bij de instellingen min of meer op dezelfde manier. We geven dan ook een overzicht hoe een eventuele aanmelding tot stand komt. Bedenk hierbij dat een gesprek binnen een grote zorgaanbieder formeler zal zijn dan bij bijvoorbeeld een klein sociaal pension.

De cliënt krijgt een aanmeldingsformulier dat hij moet invullen. Dit aanmeldingsformulier wordt besproken door personeelsleden van de organisatie, waarbij de cliënt zich aanmeldt of wordt aangemeld. Daarnaast krijgt de cliënt een intakegesprek. Dit gebeurt met de betreffende medewerkers die hiervoor zijn aangewezen en eventueel de verwijzer. Deze drie partijen bekijken voor welke woonvoorziening de cliënt in aanmerking komt. Hierbij wordt rekening gehouden met de wens van de cliënt, de zorgbehoefte en de beschikbare plaatsen. Ook wordt er op sommige woonvoorzieningen gekeken naar de samenstelling van de groep en de beheersbaarheid hiervan. Wanneer een cliënt op een plek wil wonen waar een lange wachtlijst voor is, worden er ook andere mogelijkheden aangeboden. De cliënt maakt tijdens het intakegesprek en na een eventuele bezichtiging van de woonvoorziening een keuze. Daarna wordt de cliënt op de wachtlijst gezet. Wanneer er plek is, krijgt de betreffende woonvoorziening verschillende aanmeldingsformulieren en nodigen zij de cliënten uit voor een kennismaking en eventuele rondleiding. Dit is de eerste keer dat de cliënt de woonvoorziening daadwerkelijk bezoekt. Nadat de cliënt bij een woonvoorziening voor een kennismakingsgesprek is geweest, moet hij vaak snel beslissen of hij de woonplek accepteert. Het is noodzakelijk voor de zorgaanbieder dat de kamer zo snel mogelijk wordt opgevuld. Iedere 'onbezette' dag kost geld.

Hulpverleners ervaren dat door de snelle plaatsing ook druk op hen wordt gelegd. Zo heeft IIsink bijvoorbeeld ervaren, dat er een man geplaatst werd in een huis waar al jaren alleen vrouwen woonden. De vrouwen waren gewend om met andere vrouwen te wonen. Daarnaast is cliënt D in het verleden misbruikt, waardoor zij niet wil samenwonen met een man. IIsink heeft geen invloed uit kunnen oefenen met betrekking tot de plaatsing. Protesten en brieven die direct door cliënt D aan de leidinggevende werden geschreven, werden gebagatelliseerd en de man werd geplaatst.

Zo zijn er genoeg praktijkvoorbeelden van cliënten die op een woonvoorziening worden geplaatst waar ze niet helemaal op hun plaats zijn. Doordat cliënten snel moeten beslissen en

weinig keuze hebben zullen zij eerder, bij gebrek aan ander aanbod, de woning accepteren. Veel cliënten kunnen geen afgewogen beslissing nemen. Iets wat juist belangrijk is bij het maken van een keuze met betrekking tot huisvesting.

Bij Roel-Witte komt een vrouw, cliënt E, op groepswonen wonen die zich aangemeld had om individueel te gaan wonen. Cliënt E is redelijk zelfstandig en wilde graag een eigen keukentje. Nadat cliënt E twee jaar op de wachtlijst had gestaan, kreeg ze een uitnodiging voor groepswonen. Cliënt E is komen kijken en heeft de groepsplek geaccepteerd. Ze was er tevreden en blij mee, omdat ze eindelijk na twee jaar weg kon van de opnameafdeling. Roel-Witte wist tegelijkertijd dat er dezelfde week een plek vrij zou komen op een HAT-woning, waar cliënt E zich in eerste instantie voor aangemeld had. Dit is niet tegen cliënt E verteld. Na de aanmeldingformulieren te hebben gelezen, heeft Roel-Witte nagevraagd of cliënt E de keuze heeft gehad tussen deze twee woonvoorzieningen. Dit bleek niet het geval te zijn geweest. Cliënt E was wel toegezegd dat ze op de wachtlijst bleef staan voor een HAT-woning. En dat ze deze plek kon beschouwen als opstap. De HAT-woning is inmiddels al bezet door een andere cliënt. Dit betekent voorlopig weer wachten voor cliënt E en daarna weer een verhuizing.

De bewoner staat centraal, zeggen we, maar hierbij spelen er wederom onderliggende belangen. De plek moet zo snel mogelijk bezet worden om mislopen van inkomsten te voorkomen. De voorgaande afdeling heeft een open plaats nodig om andere cliënten aan te nemen. Er wordt door de verwijzende en ontvangende begeleiders druk uitgeoefend om de cliënt de aangewezen woonplek te laten accepteren. Sommige cliënten hebben te maken met familieleden in zijn of haar sociale omgeving die ook invloed en druk uitoefenen. Ook hulpverleners hebben een mening en een idee wat een bewoner wel of niet aan zal kunnen. Dit is aan de ene kant goed, want dan kan je stimuleren, adviseren en mensen voor mislopen van zaken behoeden. Er is sprake van een vertrouwensband. Aan de andere kant willen hulpverleners cliënten behoeden voor mislukkingen. Ze proberen cliënten te overtuigen dat ze op de voor hen gepaste woonvoorziening wonen en dat verandering niet gewenst is. Dit kan de cliënt beperken in zijn vrijheid en remt hem om veranderingen aan te gaan en te experimenteren .

Hoofdstuk 6: Korte samenvatting en conclusie

Onze doelgroep heeft een sterk afhankelijke positie in onze maatschappij. De opvattingen over hulpverlening aan de psychiatrische cliënt is de laatste twintig jaar sterk veranderd. Het is niet meer gewoon dat de cliënt buiten de samenleving in een instelling verblijft. Het beleid is erop gericht cliënten te integreren in de samenleving. Desnoods wordt de samenleving binnen de instelling gehaald. Het gevolg is dat de cliënt steeds meer wordt blootgesteld aan de maatschappij. Hij moet zich in de maatschappij staande zien te houden. Een groot deel van de cliënten is blij met deze tendens en wil in de stad wonen. De cliënten hebben hierbij wel ondersteuning nodig. Zij hebben immers te maken met de beperkingen als gevolg van hun ziektebeeld. De cliëntengroep kenmerkt zich door multi-problematiek.

We hebben te maken met cliënten die door hun verschillende psychiatrische beperkingen vaak moeite hebben informatie op te nemen en te begrijpen. Dit heeft te maken met het lichamelijk of geestelijke welzijn, de persoonlijkheid, stemming, gevoelsleven en attributiestijl. Veel cliënten hebben last van stoornissen in het leer-, inprenting en concentratievermogen. Het vermogen om informatie en gedachten te kanaliseren en te ordenen is vaak verstoord. Daarnaast kunnen cliënten extreme last hebben van interne en externe prikkels. Het effect van medicatie kan ook een rol spelen bij het goed kunnen opnemen van informatie. Kortom, de cliëntengroep kenmerkt zich door multi-problematiek.

Hulpverleners kunnen cliënten stimuleren. Het is de opdracht van de hulpverlener daarbij de wensen van de cliënt centraal te blijven stellen. Het maken van eigen beslissingen en keuzes is namelijk voor ieder individu belangrijk; beperkingen daarin kunnen een kettingreactie veroorzaken. Hoe minder de cliënt beschikking heeft over zijn eigen leven, hoe meer hij afhankelijk wordt van anderen. Het is een uitdaging om als hulpverlener het geduld op te brengen de cliënt zelf tot een besluit te laten komen. De cliënt heeft recht op communicatie voorafgaande aan zijn of haar keuze. Deze keuze moet aantoonbaar zijn. Keuzes maken veronderstelt een zekere rust. Het bewustwordingsproces en het verwerken van informatie en communicatie kost tijd. Deze innerlijke rust is soms moeilijk te bereiken en door de hulpverlener in te schatten, bijvoorbeeld bij verschillende psychiatrische stoornissen. Druk van buitenaf moet tot een minimum worden beperkt.

Uit onze studie blijkt dat, hoewel de wil er is men niet altijd kan voldoen aan het geven van adequate voorlichting en informatie. Dit geldt niet alleen voor woonmogelijkheden, maar gaat ook op voor informatie verstrekken in het algemeen. Dit heeft te maken niet paraat en actueel voor handen zijn van de benodigde informatie. Bovendien is er veel versnipperde informatie over de verschillende woonmogelijkheden.

Na indicatie van de cliënt kan hij zich aanmelden bij één van de zorgaanbieders. In de praktijk blijkt dat de cliënt te maken krijgt met bureaucratie en meespelende belangen waar de cliënt zelf niet van op de hoogte is of die hij kan doorzien. Bij de aanmelding wordt rekening gehouden met de wens van de cliënt, de individuele zorgbehoefte en de beschikbare plaatsen. De cliënt heeft hierdoor weinig inspraak in de keuze. Er wordt wel rekening gehouden met de wensen van de cliënt, maar de prioriteit ligt toch vaak bij financiële belangen. Het is logisch dat er andere belangen spelen binnen organisaties. Geld is bijvoorbeeld één van de belangrijkste bestaansvoorwaarden van een organisatie.

De cliënt is in zijn positie afhankelijk van zijn hulpverleners. De hulpverlener is naar onze mening verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Zo is het begeleiden van de cliënt in het maken van zijn woonkeuze een onderdeel dat met veel zorg moet gebeuren. Hierbij heeft de hulpverlener rekening te houden met het ziektebeeld van de cliënt, de individuele beperkingen en de mogelijkheden van de cliënt, de mate van informatieopname en zijn individuele wens. Daarnaast moet de hulpverlener rekening houden met de verschillende belangen die meespelen op micro-, macro- en mesoniveau. De hulpverlener behoort te antici-

peren en rekening te houden met de huidige veranderingen in de politiek en maatschappij. De hulpverlener is bewust van deze factoren daarom zou van zijn deskundigheid meer gebruik moeten worden gemaakt bij het doorvoeren van politieke en maatschappelijke verandingsprocessen.

Onze probleemstelling is: hoe kunnen we de autonomie van de zorgafhankelijke psychiatrische cliënt vergroten, bij het maken van zijn woonkeuze?

Verbetering is gezocht in paraat krijgen van actuele informatie over de bestaande woonvoorzieningen voor de cliënt. Het is de keuze van de cliënt om op basis van die informatie desnoods lang op een wachtlijst te staan of eerst iets anders te accepteren. Hij neemt dan zelf de beslissing. Hierdoor neemt zijn afhankelijkheid af en wordt de gelijkwaardige relatie van de cliënt versus de hulpverlener verhoogd. Door de vertrouwensrelatie die de hulpverlener opbouwt met de cliënt, kan deze zo goed mogelijk begeleid worden naar zijn volgende woonplek. Met 'begeleiden' wordt bedoeld: het ondersteunen bij het maken van een goed afgewogen beslissing. De cliënt moet zich bewust worden van en gesterkt worden in zijn besluit. In de begeleiding moet de hulpverlener regelmatig nagaan of de cliënt nog naar tevredenheid woont en of de cliënt nog gepaste zorg krijgt binnen het geldende zorgaanbod.

Tijdens het verloop van onze studie komen wij steeds meer tot de conclusie dat adequate informatie als hier omschreven, ontbreekt. We hebben te maken met versnipperde informatie over wonen en met verschillende belangen van zowel cliënt als van de zorginstellingen. Als hulpverlener ben je op gekleurde en beperkte informatie aangewezen. Om de kwaliteit van de informatie te verbeteren, is het nodig dat de cliënt voorafgaande aan zijn definitieve keuze ruimschoots de tijd krijgt om zich op de hoogte te stellen van de verschillende woonmogelijkheden. Naar ons idee is het goed om een product te hebben dat objectieve informatie geeft, die bereikbaar en te hanteren is en die het keuzetraject vergemakkelijkt. Dit product moet versnipperde informatie samenvoegen en het woonaanbod overzichtelijker maken voor de cliënt.

Hoofdstuk 7: Het product

Inleiding

In dit hoofdstuk verantwoorden we ons allereerst over onze productkeuze. Die keuze kwam tot stand op basis van de verzamelde informatie en de conclusie die we daaruit trokken. Vervolgens geven wij aan wat we met het product willen bereiken en wat de voordelen hiervan zijn. Daarna beargumenteren we de opzet van het product. Als laatste beschrijven we hoe het product volgens ons geïntroduceerd en beheerd moet worden.

7.1 De titel

Dit afstudeerverslag en het product heten: *Dichter bij thuis*. Wij richten ons op huisvesting, als klein onderdeel van het grote geheel waarin de communicatie- en informatielijnen verbeterd kunnen worden. Wij willen niet de huisvesting verbeteren, maar het welzijn van de cliënt. We kiezen daarom bewust voor het woord thuis in plaats van huis. Thuis betekent: een plek waarin iemand woont en zich op zijn gemak voelt. Ons product, dat bestaat uit gebundelde informatie helpt de cliënt bij het maken van een goede woonkeuze. Hiermee hebben we de informatiestroom over huisvesting verbeterd. Daarnaast kan de hulpverlener de catalogus *Dichter bij thuis* raadplegen om zijn of haar tekort aan kennis te verminderen. Hierdoor zal de hulpverlener de cliënt beter voor kunnen lichten over de verschillende woonmogelijkheden. De cliënt komt door de verbetering in de voorlichting en informatie dichterbij zijn thuis en is minder afhankelijk van zijn hulpverlener.

7.2 Productkeuze

In ons startdocument gingen we uit van een website als product met verschillende woonmogelijkheden. Hier zijn we op terug gekomen omdat veel cliënten niet beschikken over een computer. Financieel is dit voor velen niet haalbaar. Daarbij heeft een groot deel van onze doelgroep nog onvoldoende kennis en is niet bekend met het bedienen van een computer. Dit, terwijl uit onderzoek van het ministerie van VWS blijkt dat de elektronische snelwegen voortdurend aan belang winnen, de maatschappij wordt steeds meer een informatiemaatschappij. Het gevolg is dat groepen die toch al moeite hebben om de aansluiting aan de maatschappij te houden, door de snelle ontwikkelingen in de informatietechnologie verder achterop dreigen te raken. Terwijl voortschrijdende technologie juist kan helpen om de maatschappelijke positie van de doelgroep te versterken en de toegankelijkheid van informatie- en communicatienetwerken te vergroten. We constateren dat onze doelgroep niet de middelen en de vaardigheden bezit om op een adequate manier gebruik te maken van digitale informatievoorziening. Daarom besluiten we het tot onze prioriteit te maken om de informatie als boekwerk te vervaardigen in de vorm van een catalogus. We constateren namelijk dat er geen goede catalogus is met alle woonmogelijkheden speciaal gericht op onze doelgroep. Een website kan een vervolg op onze catalogus zijn. Dit zou een vervolgoopdracht kunnen zijn voor andere afstuderende SPH-ers. Daarnaast willen we ons inspannen om de ICT vaardigheden van de doelgroep te verbeteren. De hulpverlener dient als hulpmiddel om de cliënt te begeleiden bij het gebruik van de catalogus. De hulpverlener kan de catalogus aan de cliënt uitreiken en er zelf gebruik van maken om goede informatie te geven. De catalogus heeft de functie van naslagwerk. Onderwerpen kunnen er diepgaander in worden behandeld dan in folders. Lezers kunnen er later op teruggrijpen en nog eens herlezen. Een catalogus wordt dan ook vaak langere tijd bewaard. De cliënten hebben de mogelijkheid om voor langer tijd de catalogus in hun bezit te hebben en kunnen deze inkijken en wegleggen wanneer ze daar behoefte aan hebben. Zo kunnen ze zonder druk zelf beslissen wanneer ze de catalogus willen doornemen. Ze zijn hierdoor minder afhankelijk van de hulpverleners.

7.2.1 De doelstellingen van de catalogus zijn:

- Het geven van objectieve, hanteerbare en volledige informatie.
- Minder tijdsdruk door het gebruik van een catalogus.
- Ondersteuning bieden bij het maken van een afgewogen woonkeuze.
- De afhankelijkheid verkleinen van de cliënt ten opzichte van zijn hulpverlener.

7.2.2 Voordelen van een catalogus:

- Een catalogus kan structuur geven.
- Beknopte, eenduidige informatie helpt een cliënt de informatie af te bakenen.
- De hulpverlener en cliënt hebben een totaal overzicht van de zorg- en woonmogelijkheden.
- Informatie kan herlezen worden als daar behoefte aan is.
- Doordat de informatie op schrift staat, kan het gesprek op gang worden gebracht. eventuele foute denkbeelden kunnen worden recht gezet.
- Door informatie opschrift kan de mondelinge informatie van de hulpverlener worden aangevuld als deze iets vergeet te melden.
- Door het visualiseren van bepaalde informatie (foto's en pictogrammen) kunnen onderdelen van de informatie eenvoudiger en duidelijker worden weergegeven.

7.2.3 Nadelen van de catalogus:

- De inhoud is aan veranderingen onderhevig en moet daarom actueel gehouden worden.
- De cliënt kan bij ongepaste begeleiding door een tekort aan inzicht te hoog inzetten wat leidt tot teleurstellingen.
- Het uitbrengen en actueel houden van de catalogus brengt kosten met zich mee.

7.3 Criteria van de catalogus

Het samenstellen van de boodschap vereist inhoudelijke deskundigheid en creatieve vaardigheid. Deze twee competenties moeten leiden tot het product dat begrijpelijk, leesbaar, eenvoudig, gestructureerd en duidelijk geordend is. De catalogus moet uitnodigend zijn om er kennis van te nemen. Het product maken we met hulp van een deskundige vormgever om de kennis te bundelen en een goed product af te leveren gericht aan onze doelgroep. Bij de productie proberen we rekening te houden met factoren die de leesbaarheid van de catalogus beïnvloeden. Hierbij zijn onder meer van invloed: de hoeveelheid informatie, de moeilijkheidsgraad, het lettertype, woordgebruik, en type van illustratie.

Criteria:

- Het is duidelijk voor wie de catalogus bedoeld is.
- De catalogus is te gebruiken in het werkveld.
- De vorm is afgestemd op de doelgroep.
- De catalogus spreekt de lezer aan.
- De catalogus heeft een pakkende titel.
- De catalogus heeft natuurlijk taalgebruik.
- De catalogus is full colour.
- De catalogus heeft kleurthema's.
- De tekst is inhoudelijk juist en afgestemd op de vraag van de cliënt.
- Iedere pagina heeft een logische opmaak.

7.4 Opzet van de catalogus

In onze catalogus hebben we de keuze gemaakt om alleen woonvormen voor de regio Den Haag uit te werken voor volwassen psychiatrische cliënten. Het zijn woonvoorzieningen waar

men langdurig, minimaal één jaar kan wonen. Dit was nodig om ons te beperken. We hebben getracht de catalogus in begrijpbare taal te schrijven. Dit houdt in dat we geen lange zinnen maken en moeilijke en overbodige woorden hebben vermeden. We maken gebruik van kleurthema's om de zorgaanbieders gemakkelijk te onderscheiden. Als een cliënt geïnteresseerd is, naar bijvoorbeeld pensions, kan hij naar een kleur zoeken die hiervoor is aangeduid in de inhoudsopgave. We houden rekening met de doelgroep die prikkelgevoelig is. Dit doen we onder andere door één kleur te hanteren per thema. Daarnaast komt er één adres per pagina om niet een overload aan informatie per pagina te geven. Dit houdt de informatie overzichtelijk en hanteerbaar. In eerste instantie wilden wij het voorblad met foto's en pictogrammen produceren, maar wij hebben gekozen voor een sobere uitvoering met een uitdagende titel. Wij voorkomen hiermee een 'schreeuwerige' uitstraling van de catalogus.

1. Omslag met titel
2. Voorwoord
3. Inleiding
4. Inhoudsopgave

5. Aan de cliënt!

De catalogus is speciaal geschreven voor de cliënt. De hulpverlener is voor een aantal cliënten een middel om de informatie tot zich te nemen. Daardoor zullen de hulpverlener en de cliënt gebruik maken van de catalogus. Schriftelijke informatie die van belang is voor de cliënt om te weten geven we extra aan met het kopje: *aan de cliënt*. Door met dit kopje te beginnen, bekrachtigen we de noodzaak van deze informatie voor de cliënt. We beschrijven in ons verslag dat we de cliënt onafhankelijker willen maken. Dus moeten deze goed op de hoogte worden gesteld van de algemene procedures.

- **Wie kunnen u helpen bij het maken van een goede woonkeuze?**

Omdat onze catalogus voor de doelgroep: psychiatrische cliënten die gaan wonen met zorg is bedoeld, zullen ook psychiatrische cliënten die niet in staat zijn "zelfstandig" gebruik te maken van de catalogus deze gaan gebruiken. We raden de cliënt daarom aan om ondersteuning van een hulpverlener te vragen bij het doornemen van de catalogus.

- **Hoe verloopt de procedure?**

Om zo volledig mogelijk informatie te geven, stellen we de cliënt op de hoogte van de algemene procedures die nodig zijn om te gaan wonen met zorg.

- **Zijn er ook alternatieven?**

Omdat wij een grote doelgroep aanspreken, zijn er ook cliënten die geen gebruik kunnen of willen maken van de reguliere woon- en zorgvoorzieningen binnen de GGZ Den Haag. Wij geven daarom ook het alternatief dat men kan wonen met, maar ook zonder een indicatie.

- **Handig om te weten!**

In dit onderdeel hebben we belangrijke informatie gegeven die van invloed zijn bij een woonkeuze. Zoals zaken die met financiën te maken hebben.

6. Pictogrammenuitleg

We hebben een aantal door de zorgaanbieders aangeboden faciliteiten opgesomd. We geven in het kort aan waar de pictogrammen voor staan. De pictogrammen leggen we in het kort uit. Pictogrammen zijn bedoeld om veel tekst te vermijden. Dit is voor de cliënt overzichtelijker. De inhoud ziet er door het gebruik van pictogrammen aantrekkelijker uit. In een oogopslag kan de lezer zien of de aangeboden faciliteiten voldoen aan de wens. Om de catalogus hanteerbaar te maken worden de pictogrammen nog eens in een uitvalblad achterin opgenomen.

7. Plattegrond van Den Haag met de woonvoorzieningen

Als extra service bieden wij een plattegrond aan met de woonvoorzieningen.

8. Woon- en zorgvoorzieningen

We hebben de zorgaanbieders waar men kan wonen samen gevoegd. In dit hoofdstuk wordt er algemene en specifieke informatie gegeven per instelling met de adressen. Hierna volgen de huisadressen, foto's van de woonvoorzieningen en de aangeboden faciliteiten door middel van pictogrammen. Op iedere pagina zal één adres met een foto van de woonvoorziening te vinden zijn. Belangrijke bijzonderheden die afwijken van de pictogrammen zijn opgenomen als korte tekst. Zodat het niet te druk wordt voor de cliënt. Wij proberen hiermee de concentratie vast te houden en een overload aan informatie op één pagina te voorkomen.

- Parnassia wonen
- De RIBW
- Kessler Stichting
- Leger des Heils, Stichting
- Huize Tichelaar
- De Wissel (Stichting LIMOR)
- Sociaal pensions: Huize Cornax, Pension Schalke, Pension Gina, Pension Benjamins-Oey

In de catalogus hebben wij een schifting gemaakt door alleen gecertificeerde pensions op te nemen. Deze certificering biedt de cliënt extra zekerheid, denk hierbij aan de brandveiligheid van het pand, gebruik van een standaard huurcontract en goede hygiënische omstandigheden.

8. Extra belangrijke informatie

Onder dit hoofdstuk nemen we adressen op van verblijf korter dan één jaar. Daarnaast geven we informatie van woningbouwcorporaties en andere belangrijke informatie en adressen die van invloed zijn bij huisvesting. Zo hebben we bijvoorbeeld crisisopvang, passantenverblijven en specifieke vrouwenopvang niet uitgewerkt. Omdat dit weer gericht is op een specifiek andere zorgvraag. Om toch volledig te blijven, hebben we de adressen van deze voorzieningen achter in de catalogus opgenomen. Anders zou de catalogus naar onze mening niet compleet zijn.

10. Uitvouwblad met een plattegrond en pictogrammen.

Om de catalogus hanteerbaar te maken worden de pictogrammen en een plattegrond van Den Haag met de woonvoorzieningen nog eens in een uitvouwblad opgenomen. De cliënt kan het uitvouwblad naast de woonvoorziening houden en kan zien waar de woonvoorziening zich in Den Haag bevindt en welke faciliteiten er aangeboden worden.

7.5 Implementatie van de catalogus

Bij het maken van dit verslag hebben wij veel met andere vertegenwoordigers in de hulpverlening gesproken. Ze waren eerst sceptisch over ons product. Wij spraken hierover al eerder in ons verslag. Door er veel met anderen over te blijven praten, is de interesse bij de verschillende vertegenwoordigers vergroot. Nu wij verder gevorderd zijn in het proces merken we dat het bij anderen ook gaat leven. We hebben duidelijk de interesse gewekt. De collega's zijn enthousiast geraakt en willen onze catalogus in de praktijk gaan gebruiken. Voor ons is dit een belangrijke ontwikkeling om de catalogus in de toekomst goed te kunnen introduceren.

Wanneer wij zijn afgestudeerd, bestaat de mogelijkheid dat wij opgaan in de organisatie of ergens anders gaan werken. Het zou jammer zijn als door deze omstandigheden de catalogus niet bijgehouden wordt. Het is goed om de productie van ons product in een onafhankelijke positie te houden. Zo kan men belangenverstrengelingen tussen verschillende zorgverleners voorkomen en is de objectiviteit en volledigheid gewaarborgd. Wij willen de cliëntenraden van iedere zorgaanbieder bij de implementatie betrekken en vervolgens het beheren van de catalogus aan hen overdragen. In overleg met de Haagse Hogeschool en in samen-

werking met de cliëntenraden willen wij de catalogus aan de verschillende directies van zorginstellingen aanbieden. Dat kan tijdens het gezamenlijke overleg van de verschillende directieleden.

Implementatie van goede en volledige voorlichting kan als een vernieuwing in de organisatie worden gezien. Bij het introduceren en toepassen van vernieuwing, zoals het werken met nieuw informatiemateriaal, is de betrokkenheid van diverse niveaus in de verschillende organisaties van belang. Alle afdelingen, die te maken hebben met psychiatrische cliënten die wonen of gaan wonen, zouden op de hoogte moeten zijn van alle woonmogelijkheden. Je zou van te voren afspraken kunnen maken over het gebruik en beheer van de catalogus.

Vragen hierbij zijn:

- Wie beheert de catalogus en zorgt voor actueel houden van de informatie?
- Aan wie geef je een catalogus?
- Waar komen de catalogussen te liggen?

De effectiviteit van ons hulpmiddel is in hoge mate afhankelijk van de doelstelling, waarmee het wordt gebruikt, de wijze waarop het wordt ingezet en de mogelijkheden en motivatie van degene aan wie de informatie wordt gegeven. Dit zijn belangrijke onderwerpen, die wij met de cliëntenraden en de directie moeten bespreken, zodat we op één lijn zitten over het gebruik van de catalogus. Wanneer we de directies overtuigd hebben van het nut van de catalogus, kan de catalogus aangeboden worden aan de lagere niveaus. De catalogus kan dan gepresenteerd worden aan de hulpverleners op de werkvloer. Wij denken hierbij aan behandelaren, maatschappelijk werkers, SPV-ers, begeleiders en bijvoorbeeld specifieke teams, zoals het dak- en thuislozenteam. Er zijn veel bijeenkomsten van hulpverleners zoals: een sectormiddag van Parnassia, een themamiddag van de RIBW en congressen waar hulpverleners samenkomen. Tijdens zulke bijeenkomsten kan de catalogus worden gepresenteerd. Naar onze mening moet er een aantal catalogussen op ieder kantoor aanwezig zijn. Zodat de cliënt ieder gewenst moment de catalogus kan gebruiken en zo nodig kan meenemen. Belangrijk is dat de catalogus goed onder de aandacht van de cliënten wordt gebracht. Dit zien wij als taak van hulpverleners, cliëntenraden en door publicatie in bewonerskranten.

Evaluatie van ons proces

- **Wat hebben wij gedaan?**

Wij hebben allereerst veel gesproken en gebrainstormd over de lijn die we zouden volgen. Het onderwerp, informatie en huisvesting, was duidelijk. Maar hoe we hieraan vorm wilden geven, was nog onduidelijk. Om materiaal te verzamelen, hebben wij veel gebruik gemaakt van Internet waar we proefschriften, onderzoeken en nota's en ervaringsverhalen van cliënten en hulpverleners tegenkwamen. We hebben gesprekken gevoerd met functionarissen die te maken hadden met cliënten uit onze doelgroep. Dit alles verschaftte ons veel materiaal en inzicht in de problematiek. Hierdoor hadden wij op een gegeven moment teveel informatie. Het was noodzakelijk de informatie op noodzakelijkheid te ordenen om het verslag overzichtelijk te houden en onze probleemstelling niet uit het oog te verliezen. Daarna hebben wij het verslag steeds verbeterd en aangescherpt. De tekst is door drie mensen gelezen. Een groot deel van de suggesties hebben we verwerkt. Hierna was het een constant proces van schaven en verbeteren.

Bij het maken van het product hebben wij eerst de benodigde informatie verzameld van de door ons gebruikte zorg- en woonvoorzieningen. Wij hebben door oefening geleerd hoe we pictogrammen konden maken. Individueel of gezamenlijk zijn we op pad gegaan om foto's te maken. Bij het maken van foto's hebben wij toestemming gevraagd en bij de woonvoorzieningen nagevraagd of de informatie die wij hadden klopte. Het was erg leerzaam om de verschillende woonvoorzieningen te bezoeken. Wij zijn hartelijk ontvangen en menig pensionhouder en bewoner voorzag ons ongevraagd van extra ervaringsverhalen voor het verslag. Het maken van een concept product kostte enorm veel tijd aangezien we iedere pictogram en foto moesten verwerken. Drie weken voor de deadline zou ons concept naar de vormgever gaan. Maar deze was twee dagen onvindbaar. Hij bleek in een dip te zitten. Dit was vervelend, maar niet vreselijk aangezien we al een alternatief hadden bedacht. Indien nodig zouden we ons concept gewoon laten drukken. Het was dan niet zo professioneel geworden maar wel goed bruikbaar. De planning van de vormgever was te krap. Hij zei zich vergist te hebben in de hoeveelheid werk. Aangezien de vormgever de catalogus kosteloos voor ons vervaardigd hadden we het gevoel niet teveel druk op te kunnen voeren. Ook vernamen wij dat de catalogus één keer verkeerd gesneden is bij de drukker, waardoor deze opnieuw gedrukt moest worden. Het is inmiddels de dag van de deadline en als het goed is krijgen we vanmorgen, vijf dagen later dan gepland de catalogus. Dit heeft de vormgever ons verzekert. Het allermoeilijkste vinden wij dat we ons product uit handen hebben moeten geven. Wij hebben er wel alle vertrouwen in dat de catalogus vanmorgen in ons bezit is.

- **Het verloop!**

De onderlinge communicatie en samenwerking tussen ons verliep prima. Tijdens het afstuderen heeft veel contact over het verslag en product plaatsgevonden. Het was bij iedere samenwerking duidelijk wat wij van elkaar verwachtten en naar onze mening kwamen wij die verwachtingen ook na. We zaten soms in een kleine impasse en konden tijdelijk dan niet meer verder. De energie die we de afgelopen vier jaar in elkaar hebben gestoken heeft veel onderling vertrouwen met zich mee gebracht. We losten samen de problemen op die wij tijdens dit project tegenkwamen. We luisterden kritisch naar elkaar en spraken verwachtingen naar elkaar uit.

Bij het ontwikkelen van het verslag en het product moesten wij iedere keer weer tot overeenstemming komen. Vooral bij het product hadden wij een bepaald beeld hoe het product er uit moest komen te zien. Dit bleek soms irritaties op te roepen. Gelukkig konden wij deze uitspreken. Dit nam wat tijd in beslag aangezien wij allebei de eigenschap hebben overtuigd te zijn van ons eigen gelijk. Allebei moesten we soms iets inleveren, maar wij waren ons ervan bewust dat deze kleine irritaties uiteindelijk veel opleverden. Gelukkig waren we in staat hierover te praten en lukte het ons telkens weer met volle moed ertegen aan te gaan.

Op een gegeven moment vormt een dergelijk afstudeerproject een groot deel van je leven. Je brengt veel tijd met elkaar door. We hielden rekening met elkaar, door telkens bij de ander thuis te werken. We werkten het best samen door samen de tekst na te lopen en te corrigeren. Dit kwam mede omdat wij allebei zeer perfectionistisch zijn en graag de controle houden. Het was soms moeilijk om de ander soms ruimte te geven. Om het afwisselend te houden wisselden wij van taken. Het is prettig terug te kijken op een goede samenwerking. Het resultaat is ernaar. Een leerpunt is dat we in het vervolg van te voren een fonds aanschrijven om in onze kosten te voorzien. We hebben dit keer alle kosten uit eigen zak betaald. We zullen proberen de gemaakte studiekosten te declareren bij onze werkgevers.

Dankwoord

We willen iedereen bedanken die ons heeft gesteund bij ons afstuderen. Allereerst bedankt Sirpa haar partner Kees en Elizet bedankt Stef, Mike en Melissa voor hun enorme begrip, steun en medewerking. In beide huizen kaaptten wij de computer weg terwijl onze partners er ook mee wilden werken. Urenlang waren zij in ons gezelschap en hielden zij zich in om ons niet te storen. We werden voorzien van eten en drinken en over achterstallig onderhoud in het huishouden en gebrek aan aandacht werd niet geklaagd. Zonder onze achterban en hun steun was dit afstuderen niet gelukt. Wij bedanken ook Jan IIsink, de vader van Sirpa, die het verslag helemaal heeft doorgelezen en kritisch en opbouwend heeft meegedacht. En Ingrid Blans, de tante van Sirpa die veel energie gestopt heeft in het eind redigeren van alle tekst en daarbij de losse eindjes aan elkaar knoopten. Sanne Schutz willen wij in het bijzonder bedanken omdat hij kosteloos ons product heeft afgerond en vorm gegeven. Loes Witte, de moeder van Elizet bedanken wij omdat zij steeds weer bereid was om op de kinderen van Elizet te passen, zodat we rustig konden werken. Onze begeleidster en beoordelaar Ellen de Jong willen we bedanken, omdat zij ons geholpen heeft dit verslag en het product af te ronden. We hebben een aantal consulten gehad om het proces te evalueren. Ze heeft ons verslag meerdere malen nagekeken en ons advies gegeven. Hetty van Eijk bedanken we, omdat zij naast Ellen de Jong onze medebeoordelaar is. Collega's die naar ons bleven luisteren en kritisch meedachten: dank! Jullie hebben ons van de benodigde informatie voorzien, gaven ons de ruimte om ons op andere zaken te concentreren dan het werk en waren steeds geïnteresseerd. Dit stimuleerde ons om met enthousiasme verder te gaan.

Onze familie en vrienden hebben de afgelopen jaren niet de aandacht gekregen die hen toekomt, dat weten wij. Wij gunnen ons niet de tijd en de rust; zelfs in hun gezelschap waren onze gedachten bij het afstuderen en belden wij elkaar over een nieuw, in onze ogen goed, idee. Onze wens is dat ons product *Dichter bij thuis* bijdraagt aan de totstandkoming van een goede woonkeuze en aan een meer efficiënte manier van werken voor eenieder die cliënten met psychiatrische problemen begeleidt.

Den Haag, 27 april 2004

Bronvermelding

De RIBW:

- Jeanette Kruize is verantwoordelijk bij de afdeling *Woonzorg*. Ze is op de hoogte van allerlei zaken van de RIBW met betrekking tot wonen. *Woonzorg* is de afdeling die de zorg rondom de plaatsing van een cliënt coördineert. Cliënten melden zich aan bij de afdeling *Woonzorg* om zich bij de RIBW aan te melden. Kruize is lid van de toelatingscommissie van de RIBW en het multidisciplinaire team die de indicatie vaststelt. We hebben in totaal drie gesprekken met Kruize gehad. De inhoud van de gesprekken waren gebaseerd op het brainstormen over *Dichter bij thuis* en over de samenwerking.
- Guus van Bommel is medewerker van het hoofdkantoor. De gesprekken met hem gingen over eventuele samenwerking aan een product. De RIBW bleek met een woongids bezig te zijn. De gids van de RIBW bleek niet dezelfde doelstelling te hebben als onze catalogus en we konden elkaar niet aanvullen. Niet tegenstaande hebben we van van Bommel veel medewerking gekregen.
- Jaap Kerkhoven is medewerker van de afdeling *Woonzorg*. Daarnaast is hij gedeeltelijk in dienst van de SIO. We hebben regelmatig contact gehad over de procedures van de indicatiecommissie en over andere onderwerpen.
- Nico Houtzamer is ook werkzaam bij de afdeling *Woonzorg*. Met hem hebben we de pictogrammen en andere belangrijke informatie van de RIBW doorgenomen.

Parnassia:

- Onno van de Laan werkt o.a. als projectleider openbare geestelijke gezondheidszorg *Wonen* (OGGZ Wonen). Hij zet zich in voor huisvesting voor psychiatrische cliënten. Van de Laan is bekend met de woonvoorzieningen en heeft een uitgebreid netwerk binnen de huisvestingswereld en de maatschappelijke opvang. We hebben een gesprek met hem gehad waarin wij merkten hoe enthousiast hij zich inzet voor deze specifieke doelgroep.
- Anneke van den Broek stond altijd klaar om vragen te beantwoorden. Zij dacht kritisch mee en was erg geïnteresseerd in het onderwerp. Van den Broek is lid van de indicatiecommissie van *Wonen*.
- Ingrid Vluggen is directeur zorg- en behandelzaken van *Wonen*. Vluggen was bereid mee te denken en actuele informatie te verstrekken.

Overige:

- Sissy Dijkhuizen is een medestudente die ons veel kon vertellen over de Kessler Stichting. Door Dijkhuizen kregen we een rondleiding binnen Kessler Stichting.
- Alle pensionhouders en bewoners die bereid waren ons te woord te staan, deden ons veel nuttig praktijkvoorbeelden aan de hand. Hierdoor werd onze informatie vollediger.
- Alle collega's van onze en andere instellingen die wij hebben ondervraagd over hun ervaring met informatieverstrekking en huisvesting.

Literatuurlijst

Boeken

Bestuur Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1999)
Richtlijn Voorlichting Patiënten Geestelijke Gezondheidszorg
Amsterdam: Boom

Damoiseaux V. en A.Ph. Visser (1988)
Patiëntenvoorlichting
Assen/Maastricht: Van Gorcum

Ebskamp J. en H. Kroon (2002)
Beroepsethiek voor sociale en pedagogische hulpverlening SPH
Baarn: HB uitgevers (derde druk)

Galama N. (1993)
Voorlichting aan psychotische patiënten
Utrecht: Landelijk Centrum GVO

Gualthérie van Weezel L. en K. Waalwijk (1999)
Doelgroepen in de (semi-)residentiële sociaal-pedagogische hulpverlening
Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum (herziene druk)

Laan, drs. van der O. (2002)
Onderzoek naar woonwensen, dagbesteding, zorgbehoefte en psychopathologie in de maatschappelijke opvang en twee particuliere pensions in Den Haag
Den Haag: Parnassia Psycho Medisch Centrum

Rigter J. (1996)
Het Palet van de psychologie
Bussum: uitgeverij Coutinho (derde druk)
Schuyt, prof. dr. mr. C.J.M. en Lt. –kolonel mevr. drs. C.A. Voorham (2000)
Sociale uitsluiting
Amsterdam: uitgeverij SWP

Vandereycken W. en R. van Deth (1997)
Psychiatrie van diagnose tot behandeling
Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum

Internetbronnen

Anoniem, *vermaatschappelijking*. URL: <http://www.trimbos.nl>. Beschikbaar: 27-02-04.

Anoniem, *depressie*. URL: <http://www.depressiestichting.nl>. Beschikbaar: 07-01-04.

Anoniem, *WGBO*. URL: <http://hulpguids.nl/wetten/wgbo.html>. Beschikbaar: 12-12-03.

Anoniem, *Parnassia*. URL: <http://www.parnassia.nl>. Beschikbaar: 12-02-04.

Hulsker, Bert URL: <http://www.kompassie.nl>. Beschikbaar: 13-01-04.

Bijlagen

Dichter bij thuis

Sirpa IJsink
Elizet Roel-Witte

Sociaal Pedagogische Hulpverlening
Sector Gedrag en Maatschappij
Haagse Hogeschool

Dichter bij thuis

De informatie in deze catalogus is aan veranderingen onderhevig. Aan de inhoud kunt u geen rechten ontleen. Voor uitgebreide informatie kunt u contact opnemen met de betreffende instelling. Niets uit deze uitgave mag worden gepubliceerd zonder de nadrukkelijke toestemming van de auteurs.

Voorwoord

De catalogus *Dichter bij thuis* geeft een overzicht van reguliere woon- en zorginstellingen en voorzieningen die vallen onder de maatschappelijke opvang en sociale pensions. De gemeenschappelijke deler van de woonvoorzieningen in deze catalogus is dat ze huisvesting bieden aan mensen met een psychiatrische achtergrond in de Haagse regio. Deze catalogus wil cliënten van psychiatrische zorg en hun hulpverleners hulp bieden bij het maken van een goede woonkeuze. Aanleiding om deze catalogus te maken, is het afstudeerproject van de opleiding SPH aan de Haagse Hogeschool.

Volledige en geactualiseerde informatie over huisvesting voor cliënten die op zoek zijn naar een woonvoorziening met begeleiding en zorg was tot nu toe niet te vinden. De zorg- en wooninstellingen zijn gewend uitsluitend informatie over de eigen voorziening te geven. Bovendien moet de hulpverlener eerst zelf alle informatie bij elkaar verzamelen als de cliënt om advies vraagt. Dat kost tijd en houdt onnodig het héélwordingsproces van de cliënt op. Zo iets werkt demotiverend en wekt geen vertrouwen in het hulpverleningscircuit. De samenstellers van de catalogus hebben aan deze situatie een eind willen maken. Deze catalogus geeft zo volledig mogelijk systematische informatie van de verschillende woonmogelijkheden. Hiermee willen wij de informatieverstrekking over de huisvesting aan cliënten en hulpverleners verbeteren.

Dichter bij thuis biedt een ruim aanbod van zorg- en woonmogelijkheden. De catalogus is in de eerste plaats bedoeld voor cliënten om zich goed te oriënteren. Maar ook hulpverleners kunnen de catalogus raadplegen.

Dat is de wens van de samenstellers.

Den Haag, april 2004

Inleiding

Het hulpverleningscircuit volgt de richtlijn dat ieder mens recht heeft zijn eigen leven te bepalen. Mensen kunnen voor zichzelf het best bepalen wat goed en niet goed is. Maar deze vrijheid in keuzes gaat ervan uit dat mensen verantwoordelijkheid durven en kunnen dragen. De mate van vrijheid is bepalend voor het dragen van eigen verantwoordelijkheid. Dit geldt voor alle mensen, ook voor mensen met een psychiatrische problematiek. Het is belangrijk bij de keuze die men maakt, realistisch te zijn en haalbare doelen te stellen. Hiervoor hebben mensen kennis, informatie en eventueel advies van anderen nodig. De tijd dat mensen met een psychiatrische zorgbehoefte vooral in zorginstellingen werden opgevangen, ligt achter ons. Dit zorgaanbod is mogelijk, maar de instellingen begeleiden mensen ook in de richting van zelfstandig (blijven) wonen. Zo zelfstandig en zelfredzaam als mogelijk, in een gepaste woonomgeving. Wat 'gepast' dan precies inhoudt, is voor iedereen individueel bepaald.

Voor wie is deze catalogus bedoeld?

Dichter bij thuis is bedoeld voor mensen die op zoek zijn naar een woonvoorziening met begeleiding en/of zorg. Dit kunnen mensen zijn die zelfstandig willen wonen, maar ook mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen en meer begeleiding en/of bescherming nodig hebben. Ook zijn er mensen die al begeleid wonen, maar toch willen verhuizen naar een andere woonvorm. In die gevallen biedt de catalogus uitkomst bij het maken van een nieuwe, goede woonkeuze. De cliënt heeft - voordat hij gaat kijken op zijn eventuele woonplek - meer informatie om zich goed te kunnen oriënteren op het zorgaanbod en bewust te kunnen kiezen. Het is – eventueel - zijn eigen wens om desnoods lang op de wachtlijst te staan of eerst iets anders te accepteren. Hij of zij neemt dan zelf de beslissing en is minder afhankelijk van druk van buitenaf die op hem of haar gelegd kan worden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	3	De RIBW	40
Inleiding	4	Beschermd Wonen	42
Aan de cliënt!	8	Begeleid Zelfstandig Wonen	61
Wie kunnen u helpen bij het maken van een goede woonkeuze?	8	Individueel Wonen (BZW)	81
Hoe verloopt de procedure?	8	Maatschappelijk Opvang	88
Zijn er ook alternatieven?	9	Kessler Stichting	88
Handig om te weten!	10	Leger des Heils	92
Persoons gebonden budget	10	Sociaal pension De Wissel (Stichting LIMOR)	94
Zak- en kleedgeld	10	Stichting Huize Tichelaar	96
Huursubsidie	11	Sociaal Pensions	98
Overzicht van de gebruikte pictogrammen	12	Huize Cornax	99
Zorg- en woonvoorzieningen	13	Pension Schalke	100
Overzicht spreiding woonvoorzieningen	14	Pension Gina	101
Parnassia, GGZ Wonen	16	Pension Benjamins-Oey	102
Zeer intensieve psychiatrische zorg met zeer intensieve psychiatrische woonbegeleiding binnen een gesloten setting	18	Extra Informatie en adressen	104
Zeer intensieve psychiatrische zorg met zeer intensieve psychiatrische woonbegeleiding binnen een open setting	20		
Groepswonen met intensieve psychiatrische zorg en intensieve psychiatrische woonbegeleiding	23		
Individueel wonen met intensieve psychiatrische zorg en intensieve psychiatrische woonbegeleiding	29		
Individueel wonen met psychiatrische zorg en psychiatrische woonbegeleiding	35		

Aan de cliënt!

Wie kunnen u helpen bij het maken van een goede woonkeuze?

Deze catalogus kunt u gebruiken om volledige informatie over het begeleid wonen in Den Haag te krijgen. Wanneer u ondersteuning, begeleiding of advies nodig heeft voor het beoordelen van deze informatie, adviseren wij u gebruik te maken van de maatschappelijk werkers of hulpverleners in uw omgeving. Zij kunnen u adviseren, begeleiden of ondersteunen bij het maken van een goede woonkeuze.

Hoe verloopt de procedure?

Iedereen die aanspraak wil maken op zorg, die door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt betaald, kan met zijn zorgvraag bij een Regionaal IndicatieOrgaan (RIO) terecht. Het regionaal indicatieorgaan in Den Haag is het SIO. Het SIO beoordeelt de behoeften van cliënten op functies en zet deze beoordeling om in een indicatiestelling. Deze indicatie komt tot stand nadat onderzoek is gedaan naar de redenen waarom een indicatie wordt aangevraagd. U kunt op zeven¹ functies geïndiceerd worden, al naar gelang uw zorgvraag. Dit zijn:
huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. De functie verblijf is altijd gecombineerd met een andere functie.

Het SIO heeft voor de indicatiestelling informatie nodig over uw situatie. Na aanmelding wordt u door het SIO uitgenodigd voor een intakegesprek. Bij de indicatiestelling wordt uitgegaan van door u verstrekte informatie. Daarnaast kan het SIO advies inwinnen bij andere instanties. Ook kan het SIO met uw toestemming extra informatie vragen aan uw behandelend arts. Aan de hand

¹ Op het moment dat deze catalogus wordt samengesteld is er discussie gaande rond verstrekkingen die onder de AWBZ blijven vallen. De AWBZ is bedoeld voor onverzekerbare zorg. Momenteel vindt het kabinet dat de verstrekkingen die door de AWBZ worden gedekt te kostbaar zijn geworden. Zorg die nu nog vergoed wordt uit de AWBZ, zal in de toekomst op een andere manier bekostigd gaan worden. De functie huishoudelijke verzorging zal waarschijnlijk niet meer als AWBZ-zorg geïndiceerd worden. Het is mogelijk dat op het moment dat u deze catalogus in handen krijgt er al geen mogelijkheid meer is op vergoeding van huishoudelijke hulp, betaald door de AWBZ.

van de gegevens stelt het SIO een indicatiebesluit vast. Dit is een beschikking die u binnen zes weken behoort te ontvangen.

In het indicatiebesluit staat altijd vermeld:

- 1 voor welke functies u geïndiceerd bent
- 2 de hoeveelheid zorg die toegekend is (bijvoorbeeld 3-4 uur per week)
- 3 hoelang u recht heeft op de zorg (bijvoorbeeld 1 jaar)

Met de indicatie *verblijf* kunt u huisvesting met zorg krijgen bij verschillende woon- en zorg voorzieningen binnen Nederland. In Den Haag zijn de reguliere woon- en zorgvoorzieningen de RIBW Den Haag en GGZ Wonen van Parnassia

Zijn er ook alternatieven?

Wanneer u geen gebruik kunt of wilt maken van de reguliere woon- en zorgvoorzieningen, dan kunt u mét - maar ook zonder - indicatie huisvesting krijgen bij andere instellingen. In Den Haag zijn dit voorzieningen die vallen onder de maatschappelijke opvang en particuliere sociale pensions. Tot de maatschappelijke opvang behoren de *Kessler Stichting*, *het Leger des Heils*, *sociaal pension De Wissel (LIMOR)*, *Huize Tichelaar* en *Stichting Pepita van Rijn*.

Handig om te weten!

Persoons gebonden budget

Een persoonsgebonden budget (PGB) is een bedrag waarmee u zelf zorg, hulp en begeleiding kunt “inkopen”. De hoogte ervan wordt aan de hand van de indicatie vastgesteld. De indicatie voor een PGB wordt gedaan door het SIO . U kiest zelf uit wie u de zorg laat verlenen. U kunt bijvoorbeeld de persoon betalen die u mantelzorg verleent. Maar u kunt ook een professionele organisatie inhuren, die in uw opdracht gaat werken. Met hen maakt u afspraken over wat er gedaan moet worden, de dagen en uren waarop de hulp geleverd wordt en de vergoeding die u uit uw eigen PGB betaalt. Op deze manier houdt u zelf de regie over de geboden hulp. Voor de functies behandeling en langdurig verblijf kunt u geen PGB krijgen.

Mensen die in de regio Den Haag wonen, kunnen voor aanmelding of vragen terecht bij:

*RIO (SIO)
Spinozalaan 34
2273 XC Voorburg
070 3004700*

Zak- en kleedgeld

Zak- en kleedgeld is een regeling voor voorzieningen die door de gemeente worden geboden. In dat geval gaat uw volledige inkomen naar de gemeente. Daarmee wordt het onderdak betaald. Maandelijks ontvangt u zak- en kleedgeld. De regeling houdt rekening met mensen die werk hebben. Om dit te stimuleren mogen werkenden tien procent van wat zij verdiend hebben behouden, boven het zak- en kleedgeld bedrag.

Huursubsidie

Wanneer u zelfstandig of bij een zorgaanbieder een woonruimte huurt, kunt u recht hebben op huursubsidie. Het is afhankelijk van uw inkomen of u voor huursubsidie in aanmerking komt. Het aanvragen van huursubsidie kan in Den Haag op twee manieren:

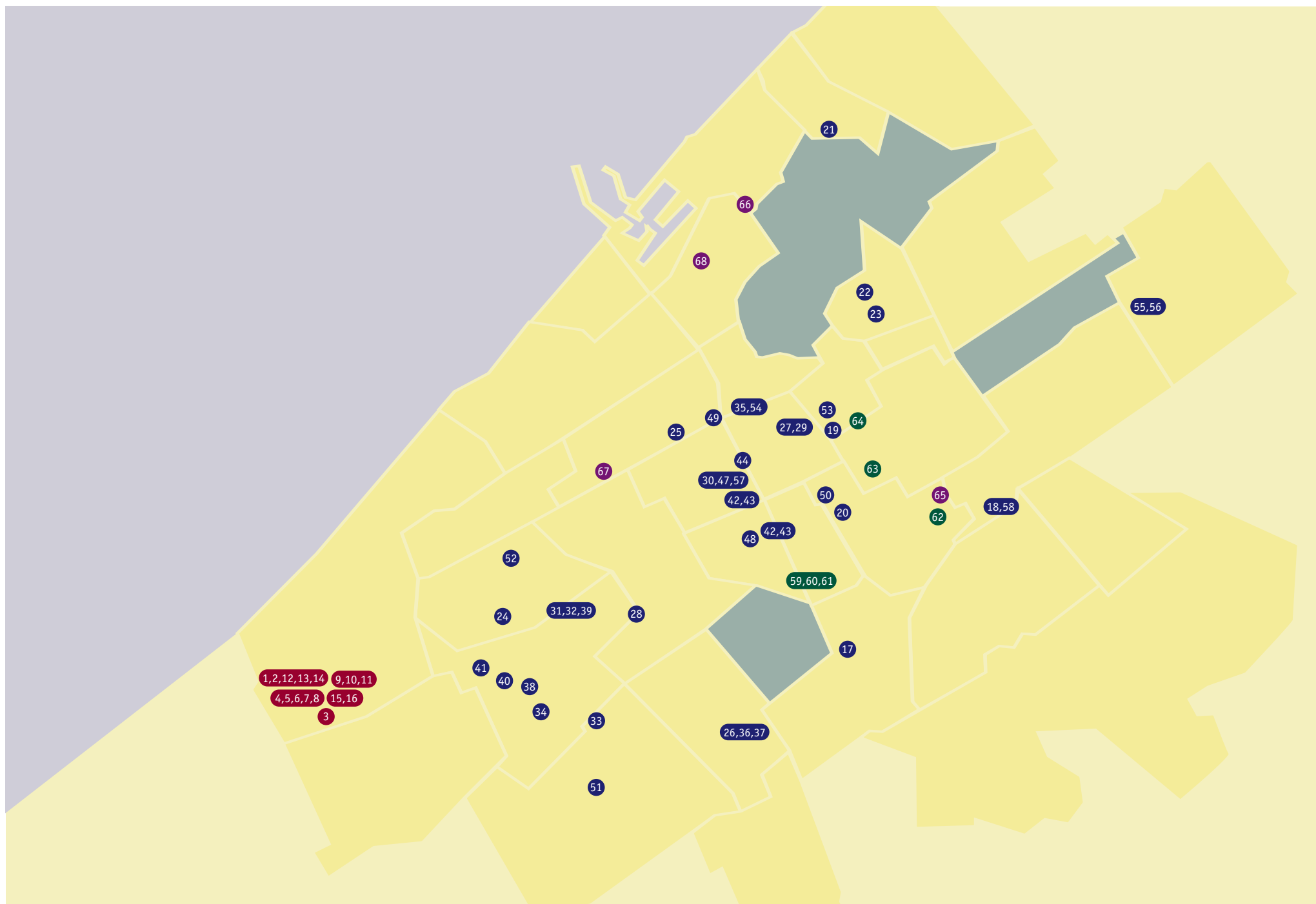
- 1 Als u al huursubsidie ontvangt, dan krijgt u in de regel een aanvraagformulier toegestuurd van de dienst Sociale Zaken en Werkgelegenheidsprojecten in Den Haag. Het kan ook zo zijn dat u het aanvraagformulier van uw verhuurder ontvangt.
- 2 Als u nog geen huursubsidie hebt of per 1 juli van het jaar nog geen aanvraagformulier hebt ontvangen, dan moet u zelf een formulier opvragen. U kunt de formulieren zelf ophalen bij de stadsdeelkantoren of telefonisch aanvragen bij de afdeling Huursubsidie 070 3105700 (*werkdagen 9.00-11.00 uur*).

Overzicht van de gebruikte pictogrammen

Onderstaande pictogrammen geven slechts een globaal overzicht van de faciliteiten per woonvoorziening. Het kan zijn dat een woonvoorziening meer faciliteiten biedt dan is opgenomen in de catalogus. Op de laatste pagina is voor uw gemak een extra uitklapvel met pictogrammen opgenomen.

	Individueel wonen		Gebruik van wasmachine
	Groepswonen		Lift
	Eigen voordeur		Telefoon of munttelefoon
	Eénpersoonskamer		Tuin of terras
	Tweepersoonskamer		Huishoudelijke dienst van de algemene ruimtes
	Wastafel op kamer		Corveetaken
	Eigen toilet		Wasverzorging
	Eigen douche		Maaltijdverzorging
	Gezamenlijk gebruik van sanitair		Huisdieren mogelijk in overleg
	Gezamenlijk maaltijdgebruik		Winkels op loopafstand
	Gezamenlijke woon-en recreatiekamer		Centrum
	Gebruik van keuken		Bos of park op loopafstand

Zorg- en woonvoorzieningen



Parnassia, GGZ Wonen

Parnassia - psychomedisch centrum, is de organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in de regio Den Haag.

De verschillende afdelingen binnen Wonen bieden duurzame vraaggestuurde zorg voor psychiatrische cliënten op basis van zorgbehoefte en psychiatrische handicaps. De zorgbehoefte is sturend, niet de diagnose. De zorg en begeleiding variëren van zeer intensieve psychiatrische zorg en psychiatrische woonbegeleiding in een gesloten woonafdeling tot en met het bieden van psychiatrische zorg in een meer zelfstandige woning nabij de locatie Monsterseweg. Het accent ligt op het in evenwicht houden van zowel het psychiatrische toestandsbeeld als het dagelijks functioneren. Het aanbod is vraag- en behoeftegestuurd en vindt plaats volgens individuele afspraken, beschreven in het persoonlijk begeleidingsplan.

Wonen biedt huisvesting aan psychiatrische cliënten die in aanmerking komen voor langdurig verblijf. De functie *verblijf* is gekoppeld aan de functie *behandeling*. De behandeling is gericht op het terugdringen, verminderen of onder controle brengen van de ziekte en de daarmee verband houdende symptomen. Het behandelaanbod kan bestaan uit: crisisinterventie, medicamenteuze behandeling, Liberman-modules en psycho-educatie tot cognitieve gedragstherapie. De begeleiding is gericht op het stabiliseren, optimaliseren en vergroten van het dagelijks functioneren. Centraal staat de rehabilitatievisie in de vorm van de Integrale Rehabilitatie Benadering.

Wonen biedt veel faciliteiten waarvan de cliënt gebruik kan maken. Centraal op het terrein ligt het activiteitencentrum *De Brink*. In *De Brink* is een recreatie- en ontmoetingsruimte, een eetcafé, een kleding- en cadeauwinkel, een kleine supermarkt, een kapper en een kassier. Wie behoefte heeft aan arbeidsmatige dagbesteding kan in het groencentrum en in de productiewerkplaats terecht. In deze laatste kan de cliënt werken in de fietsenwerkplaats, de houtwerkplaats of de kaarsenmakerij. Verder biedt de locatie faciliteiten zoals een kerk, een gebedsruimte, een restaurant, documentair centrum en medische voorzieningen (laboratorium, apotheek, fysiotherapie etc.). Ook zijn er meerdere openbare telefoon-

cellen en een geldautomaat. In de woonvoorzieningen zijn interne telefoons waarmee alleen binnen Parnassia gebeld kan worden. Op de kamers is kabelaan-sluiting (CAI).

Indicatiecriteria

- Langdurige zorgafhankelijkheid met psychiatrische problematiek.
- De psychiatrische en psychische symptomen verstoren het dagelijks functioneren zo ernstig waardoor men niet in staat is om met transmurale zorg en woonbegeleiding in de samenleving te functioneren.
- Psychiatrische zorg en psychiatrische woonbegeleiding zijn noodzakelijk en onlosmakelijk met elkaar verbonden.

Contra-indicaties

- Actuele en/of specifieke medische psychiatrische behandeling is nog noodzakelijk/mogelijk, met als resultaatsverwachting: verbetering van de psychiatrische problematiek.
- Wonen met transmurale zorg en woonbegeleiding is nog mogelijk en/of haalbaar.
- Psycho-organische stoornissen
- Primaire en actuele verslavingsproblematiek.
- Primaire ouderen problematiek.
- Primaire verstandelijk-gehandicaptenproblematiek.

Momenteel wordt aan circa 250 cliënten door circa 140 medewerkers zorg geboden. Om in aanmerking te komen voor Wonen heeft u een indicatiestelling nodig van de indicatiecommissie van het SIO.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met het secretariaat.

Locatie Wonen
Monsterseweg 93
2553 RJ Den Haag
070 3916512

**Zeer intensieve psychiatrische zorg
met zeer intensieve psychiatrische woonbegeleiding
binnen een gesloten setting**



Monsterseweg 89
2553 RJ Den Haag

1



Wijk	Madestein
Openbaar vervoer	123
Type	woonafdeling
Capaciteit	48 personen
Groepsgrootte	Linkervleugel: 1 unit met 13 kamers, 1 unit met 12 kamers
	Rechternvleugel: 1 unit met 13 kamers, 1 unit met 10 kamers
	4 groepen op de begane grond
	AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- De begeleiding is gericht op stabiliseren, stimuleren en op het bieden van structuur, toezicht en bescherming.
- De units bieden tevens tijdelijke crisisopvang, bij een psychiatrische terugval aan cliënten uit het circuit Wonen.
- In de centrale hal op de begane grond is de activiteiten ruimte, deze is tevens te gebruiken als ontmoeting- en recreatieruimte.
- Twee geschakelde woonkamers per unit.

**Zeer intensieve psychiatrische zorg
met zeer intensieve psychiatrische woonbegeleiding
binnen een open setting**



Monsterseweg 89
2553 RJ Den Haag

2



<i>Wijk</i>	Madestein
<i>Openbaar vervoer</i>	123
<i>Type</i>	woonafdeling
<i>Capaciteit</i>	54 personen
	Linkervleugel:1 unit met 14 kamers, 1 unit met 11 kamers
	Rechternvleugel: 1 unit met 11 kamers, 1 unit met 16 kamers
<i>Groepsgrootte</i>	4 groepen op de eerste etage
	AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- De begeleiding is gericht op stabiliseren, stimuleren en op het bieden van structuur en toezicht.
- In de centrale hal op de begane grond is de activiteiten ruimte, deze is tevens te gebruiken als ontmoeting- en recreatieruimte. Op de eerste etage is een recreatieruimte met PC. Er is ook een fitnessruimte aanwezig.
- Twee geschakelde woonkamers per unit.

3



<i>Wijk</i>	Madestein
<i>Openbaar vervoer</i>	123
<i>Capaciteit</i>	24 personen
<i>Groepsgrootte</i>	5 tot 7 personen
	AWBZ voorziening

- De begeleiding is gericht op stabilisatie, stimuleren en op het bieden van structuur.
- Achter het pand is een groot sport en recreatieveld.
- Alleen kleine (kooi) dieren zijn toegestaan in overleg.

**Groepswonen met intensieve psychiatrische zorg
en intensieve psychiatrische woonbegeleiding**

Piet Toepoelweg 1 - 3
Postcode 2553 PZ Den Haag

4



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Capaciteit 13 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Twee gemeenschappelijke huiskamers met een open keuken op de begane grond.
- Keuze uit levering of budget verstrekking voor de broodmaaltijden.

Piet Toepoelweg 17 - 19
2553 PZ Den Haag

5



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Capaciteit 12 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Twee gemeenschappelijke huiskamers met een open keuken op de begane grond.
- Bovenliggende etages hebben een huiskamer met een klein keukenblok.
- Budgetverstrekking voor de broodmaaltijden.
- Op het wijk- en dienstencentrum aan de Piet Toepoelweg 15a, is een koffie- en recreatieruimte.

Piet Toepoelweg 21 - 23
2553 PZ Den Haag

6



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Capaciteit 16 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Twee gemeenschappelijke huiskamers met een open keuken op de begane grond.
- Keuze uit levering of budget verstrekking voor de broodmaaltijden.

Piet Toepoelweg 25 - 27
2553 PZ Den Haag

7



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Capaciteit 16 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Twee gemeenschappelijke huiskamers met een open keuken op de begane grond.
- Keuze uit levering of budget verstrekking voor de broodmaaltijden.

Piet Toepoelweg 29 - 31
2553 PZ Den Haag

8



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Capaciteit 16 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Twee gemeenschappelijke huiskamers met een open keuken op de begane grond.
- Keuze uit levering of budget verstrekking voor de broodmaaltijden.

Individueel wonen met intensieve psychiatrische zorg en intensieve psychiatrische woonbegeleiding

Abe Lenstraweg 30 - 52
2553 RN Den Haag

9



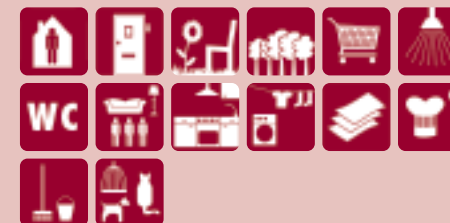
Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 11 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- De begane grond appartementen hebben een eigen keuken. De overige etages hebben een keuken voor gezamenlijk gebruik.
- Op het wijk- en dienstencentrum aan de Piet Toepoelweg 15a, is een koffie- en recreatieruimte en een wasmachine aanwezig voor gezamenlijk gebruik.

Abe Lenstraweg 56 - 78
2553 RN Den Haag

10



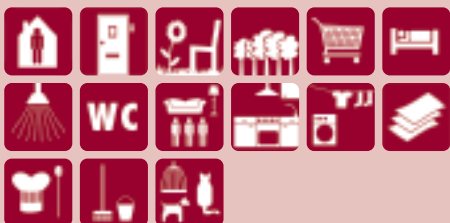
Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 11 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Iedere etage heeft een keuken voor gezamenlijk gebruik.
- Op het wijk- en dienstencentrum aan de Piet Toepoelweg 15a, is een koffie- en recreatieruimte en een wasmachine aanwezig voor gezamenlijk gebruik.

Abe Lenstraweg 82 - 104
2553 RN Den Haag

11



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 11 personen
AWBZ voorziening

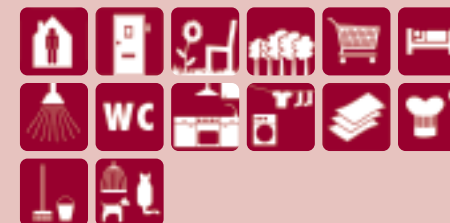
Bijzonderheden

- De begane grond appartementen hebben een eigen keuken. De overige etages hebben een keuken voor gezamenlijk gebruik.
- Op het wijk- en dienstencentrum aan de Piet Toepoelweg 15a, is een koffie- en recreatieruimte en een wasmachine aanwezig voor gezamenlijk gebruik.



Monsterseweg 79a - 79q
2553 RH Den Haag

12



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 9 personen
AWBZ voorziening, of huur op basis van deeltijd behandeling of poliklinische contacten
Huur € 388,- per maand

Bijzonderheden

- Wasmachine aansluiting is in meerdere appartementen aanwezig. Op het wijk- en dienstencentrum aan de Piet Toepoelweg 15a, is een koffie- en recreatieruimte en een wasmachine aanwezig voor overig gebruik.
- Budgetverstrekking voor de broodmaaltijden.

Monsterseweg 79 - 81
2553 RH Den Haag

13



<i>Wijk</i>	Madestein
<i>Openbaar vervoer</i>	123
<i>Type</i>	HAT éénheid
<i>Capaciteit</i>	19 personen
	AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Gezamenlijke eetruimte voor bewoners die hier behoefte aan hebben.
- Keuze uit levering of budget verstrekking voor de broodmaaltijden.

Individueel wonen met psychiatrische zorg en psychiatrische woonbegeleiding

Monsterseweg 73 - 73^W
2553 RJ Den Haag

14



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 20 personen
Huur € 388,- per maand

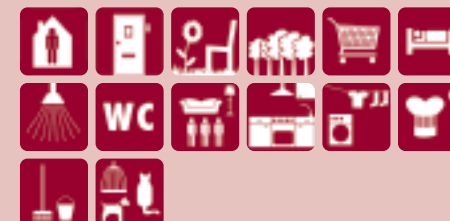
Bijzonderheden

- Begeleiding is op basis van deeltijd behandeling of poliklinische contacten. Zorg op afspraak, de psychiatrische woonbegeleiding wordt overdag van maandag tot en met vrijdag aangeboden. Buiten deze tijden is het team van de Piet Toepoelweg bereikbaar voor niet uit te stellen zorgvragen.
- Wasmachine aansluiting is in meerdere appartementen aanwezig. Wasmachine voor overig gebruik is op het wijkcentrum aan de Monsterseweg 73^X.



Pim Mulierstraat 18 - 40
2553 RS Den Haag

15



Wijk Madestein
Openbaar vervoer 123
Type HAT éénheid
Capaciteit 11 personen
Huur € 309,- per maand

Bijzonderheden

- Gelegen in de woonwijk naast het terrein.
- De begane grond appartementen hebben een eigen keuken. De overige etages hebben een keuken voor gezamenlijk gebruik.
- Wasmachine aansluiting is in meerdere appartementen aanwezig. Wasmachine voor overig gebruik is op het wijkcentrum aan de Monsterseweg 73^X.
- Begeleiding is op basis van deeltijd behandeling of poliklinische contacten. Zorg op afspraak, de psychiatrische woonbegeleiding wordt overdag van maandag tot en met vrijdag aangeboden. Buiten deze tijden is het team van de Piet Toepoelweg bereikbaar voor niet uit te stellen zorgvragen.

Pim Mulierstraat 44 - 66
2553 RS Den Haag

16



<i>Wijk</i>	Madestein
<i>Openbaar vervoer</i>	123
<i>Type</i>	HAT eenheid
<i>Capaciteit</i>	11 personen
<i>Huur</i>	€ 309,- per maand

Bijzonderheden

- Gelegen in de woonwijk naast het terrein.
- De begane grond appartementen hebben een eigen keuken. De overige etages hebben een keuken voor gezamenlijk gebruik.
- Wasmachine aansluiting is in meerdere appartementen aanwezig. Wasmachine voor overig gebruik is op het wijkcentrum aan de Monsterseweg 73^X.
- Begeleiding is op basis van deeltijd behandeling of poliklinische contacten. Zorg op afspraak, de psychiatrische woonbegeleiding wordt overdag van maandag tot en met vrijdag aangeboden. Buiten deze tijden is het team van de Piet Toepoelweg bereikbaar voor niet uit te stellen zorgvragen.

De RIBW

De Regionale Instelling voor Beschermd Wonen (RIBW) biedt een beschermende woonomgeving en/of begeleiding aan mensen met een psychische handicap die zich in de maatschappij moeilijk zelfstandig staande kunnen houden. Totaal heeft de RIBW-Den Haag bijna 500 cliënten in zorg, verdeeld over *beschermd wonen*, *begeleid zelfstandig wonen*, *ambulant wonen* en *kleinschalige pensionvoorzieningen*. De woonbegeleiding staat bij de RIBW centraal. Woonbegeleiding is op basis van een individueel begeleidingsplan opgesteld door de individuele begeleider, in samenspraak met de cliënt. Voor specialistische zorg werkt de RIBW-Den Haag samen met *Parnassia* en *de Thuiszorg*.

Woonbegeleiding kan gaan over:

- Gesprekken over hoe het gaat, uw wensen, behoeften, (on)tevredenheid.
- Contacten onderling/sfeer in huis.
- Praktische zaken bijvoorbeeld bij problemen met uw uitkering, werk of dagbesteding, sociale contacten en praktische hulp bij huishoudelijke taken.
- Onderwerpen/zaken die u zelf ter sprake brengt.

Bij *beschermd wonen*, levert de RIBW een bed en een kledingkast op de kamer. Er wordt door de begeleiding activiteiten georganiseerd en eenmaal per jaar is er een bewonersvakantie.

Bij *begeleid wonen* moet u deze voorzieningen zelf organiseren, meenemen of aanschaffen. De bereikbaarheid van begeleiding varieert per woonvoorziening en naar zorgvraag. Bij calamiteiten is er tijdens de afwezige uren van de begeleiding een achterwacht telefonisch bereikbaar.

Beschermd wonen

Wanneer de cliënt in een beschermende woonvorm wil wonen, wordt wonen én begeleiding betaald uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Er moeten aanwijzingen zijn dat u inderdaad bescherming nodig heeft. Langdurig contact met een psychiatrische voorziening is in de regel voldoende om hiervoor in aanmerking te komen. Om zich aan te melden moet er eerst een indicatie gesteld worden.

Begeleid zelfstandig wonen

Bij de begeleide woonvormen betaalt de cliënt huur aan de RIBW. Je zou kunnen zeggen dat de cliënt een kamer huurt van de RIBW. De cliënt woont in een huis samen met andere bewoners of individueel, die allen vanuit dezelfde instelling woonbegeleiding krijgen. Mensen die in aanmerking komen voor begeleid wonen zijn in de regel mensen die langdurig contact hebben met een psychiatrische voorziening. Omdat wonen en begeleiding is gekoppeld, moet een indicatiestelling uitwijzen of de cliënt inderdaad begeleiding nodig heeft.

Het verschil tussen beschermd en begeleid wonen zit in:

- Wensen en behoeften van de bewoners.
- Hoeveelheid uren de begeleiders in huis zijn.
- De mate van bereikbaarheid van de begeleiders.
- Betalen van zelfstandige huur.
- Betalen van een eigen bijdrage AWBZ bij beschermd wonen.

Ambulante woonbegeleiding

Wanneer u een zelfstandige woning heeft, is het mogelijk, ambulante woonbegeleiding te krijgen van de RIBW. Hiervoor hebt u een indicatie nodig.

Contra-indicaties

Een verstandelijke handicap.

Drugs- en/of alcohol misbruik.

Regelmatig agressief gedrag.

Noodzakelijke intensieve verpleegkundige zorg.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de afdeling woonzorg.

RIBW Den Haag

De Werf 15

2544 EH Den Haag

070 3082090

Beschermd Wonen



BW Toba

Lau Mazirellaan 99
2552 ZL Den Haag

17



<i>Wijk</i>	Transvaalkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	130, 26
<i>Capaciteit</i>	16 personen
<i>Groepsgrootte</i>	4 personen
	AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 07.30 uur tot 22.00 uur.

BW Scheepmakerstraat

Scheepmakerstraat 20
2515 VC Den Haag

18



<i>Wijk</i>	Stationsbuurt
<i>Openbaar vervoer</i>	1, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 22
<i>Capaciteit</i>	12 personen
<i>Groepsgrootte</i>	4 personen AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 09.00 uur tot 21.00 uur.



BW Abel

Tasmanstraat 94
2518 VF Den Haag

19



<i>Wijk</i>	Zeeheldenkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	3, 10, 13
<i>Capaciteit</i>	20 personen
<i>Groepsgrootte</i>	3 personen per woonunit AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 07.30 uur tot 22.30 uur.
- Per woonunit wordt er gekookt en gegeten.

Ter Heijdestraat 34
2512 SG Den Haag

20



Wijk Transvaalkwartier
Openbaar vervoer 6, 11,12
Groepsgrootte 5 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 4 uur per dag.



BW Fenix

Luiksestraat 17
2587 AL Den Haag

21



Wijk Belgisch Park
Openbaar vervoer 14
Groepsgrootte 14 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding is gericht op het bieden van intensieve structuur.
- Begeleiding van 08.00 uur tot 20.00 uur.
- 3 plaatsen voor bewoners met een tbs-maatregel.
- Op loopafstand van de zee.

BW Walden

Celebesstraat 121
2585 TH Den Haag

22



Wijk Archipelbuurt
Openbaar vervoer 22
Capaciteit 25 personen
Groepsgrootte 25 personen verdeeld
over vier woonlagen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Een aantal slaapkamers heeft een eigen wastafel.
- Begeleiding is aanwezig van 07.30 uur tot 22.30 uur.



Burgemeester Patijnlaan 63
2585 BJ Den Haag

23



Wijk Archipelbuurt
Openbaar vervoer 5, 13, 22
Capaciteit 8 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding is aanwezig van 07.30 uur tot 22.30 uur.

Louis Armstrongkade 216
2551 WX Den Haag

24



Wijk Loosduinen
Openbaar vervoer 26, 123
Groepsgrootte 3 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 2 uur per dag.



Wijk Bomen- en bloemenbuurt
Openbaar vervoer 3, 12, 13, 14
Groepsgrootte 11 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 08.00 uur tot 20.00 uur.

BW Reseda

Laan van Meerdervoort 399
2563 AR Den Haag

25



BW Bruggenhof

Carry van Bruggenhof 143
2548 MT Den Haag

26



Wijk Erasmusveld
Openbaar vervoer 28, 134, 13
Capaciteit 32 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 07.30 uur tot 22.30 uur.
- Slaapwacht aanwezig.
- Lichte somatische ondersteuning.



BW Kokarde

Koningsplein 32-33
2518 JG Den Haag

27



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 3, 10, 11, 13
Capaciteit 18 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding van 08.00 uur tot 20.00 uur.
- Veel trappen aanwezig in het pand.
- Heeft een groot dakterras.

Architect Berlagelaan 10
2552 ZD Den Haag

28



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 2, 14, 26, 123
Groepsgrootte 4 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 2 uur per dag.



Koningsplein 48
2518 JH Den Haag

29



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 3, 10, 11, 13
Groepsgrootte 5 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding twee uur per dag.
- Werken naar meer zelfstandigheid.

Newtonstraat 275
2562 KJ Den Haag

30



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 11, 12
Groepsgrootte 4 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding twee uur per dag.



BW Remarque

Gerrit van der Veenlaan 251-253
2552 WK Den Haag

31



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 2, 14, 26, 123
Capaciteit 8 personen
Groepsgrootte 4 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Veel trappen aanwezig.
- Begeleiding van 08.30 uur tot 18.00 uur.

Gerrit van der Veenlaan 255
2552 WK Den Haag

32



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 2, 14, 26, 123
Groepsgrootte 2 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 1 uur per dag.



33

Meppelrade 154
2544 XZ Den Haag



Wijk Kerketuinen
Openbaar vervoer 6, 14
Groepsgrootte 4 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 3 uur per dag.

Dr. J. Presserstraat 49
2552 LR Den Haag

34



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 126, 129, 135, 136
Groepsgrootte 4 personen
AWBZ voorziening

Bijzonderheden

- Begeleiding 3 uur per dag.
- Winkels op 15 minuten loopafstand.

Begeleid Zelfstandig Wonen

Obrechtstraat 325 - 327
2517 TZ Den Haag

35



Wijk Duinoord
Openbaar vervoer 3, 10, 11, 13, 14, 17
Groepsgrootte 6 personen
Huur € 337,78

Bijzonderheden

- Een gezamenlijke keuken, douche en toilet voor twee bewoners per etage.



Carry van Bruggenhof 27 – 36
2548 MR Den Haag

36



Wijk Erasmusveld
Openbaar vervoer 28, 134, 13
Groepsgrootte 10 personen
Huur € 373,75 tot € 532,81

Bijzonderheden

- Winkels op 15 minuten loopafstand.
- Sommige kamers hebben een balkon.

Carry van Bruggenhof 50 - 59
2548 MR Den Haag

37



Wijk Erasmusveld
Openbaar vervoer 28, 134, 13
Groepsgrootte 10 personen
Huur € 373,75 tot € 532,81

Bijzonderheden

- Winkels op 15 minuten loopafstand.
- Sommige kamers hebben een balkon.



Dr. L. J. Rogierstraat 39
2552 LC Den Haag

38



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 126, 129, 135, 136
Groepsgrootte 3 personen
Huur € 305,44 tot € 336,54

Bijzonderheden

- Op 2 kamers is een wastafel aanwezig.

Gerrit van der Veenlaan 313
2552 UK Den Haag

39



Wijk Houtwijk
Openbaar vervoer 2, 14, 26, 123
Groepsgrootte 3 personen
Huur € 266,88 tot € 380,64

Bijzonderheden

- Gezamenlijke ruimte is alleen een eethoek.



A. Kortekaasplantsoen 25
2552 JC Den Haag

40



Wijk Loosduinen
Openbaar vervoer 2, 129
Groepsgrootte 4 personen
Huur € 256,74 tot € 306,25

A. Petersweg 19
2552 JZ Den Haag

41



Wijk Loosduinen
Openbaar vervoer 2, 129
Groepsgrootte 4 personen
Huur € 257,95 tot € 275,39



De Gheijnstraat 122 - 126
2562 NT Den Haag

42



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 2, 12, 123, 126, 135, 136
Groepsgrootte 8 personen
Huur € 254,35 tot € 366,86

Bijzonderheden

- Gezamenlijke woonkeuken.

De Gheijnstraat 128 - 132
2562 NT Den Haag

43



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 2, 12, 123, 126, 135, 136
Groepsgrootte 8 personen
Huur € 248,12 tot € 347,35

Bijzonderheden

- Gezamenlijke woonkeuken.



Kepplerstraat 124
2562 BH Den Haag

44



Wijk Valkenboskwartier
Openbaar vervoer 12
Groepsgrootte 7 personen
Huur € 187,59 tot € 333,10

Bijzonderheden

- Gezamenlijke woonkeuken.

Loosduinsekade 10
2571 BM Den Haag

45



Wijk Transvaalkwartier
Openbaar vervoer 2, 123, 126, 135, 136
Groepsgrootte 5 personen
Huur € 255,03 tot € 385,40



Wijk Transvaalkwartier
Openbaar vervoer 2, 123, 126, 135, 136
Groepsgrootte 8 personen
Huur € 314,53 tot € 446,70

Loosduinsekade 81-82
2571 BR Den Haag

46



Newtonstraat 275 - 281
2562 KJ Den Haag

47



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 11, 12
Groepsgrootte 4 personen
Huur € 219,85 tot € 265,76

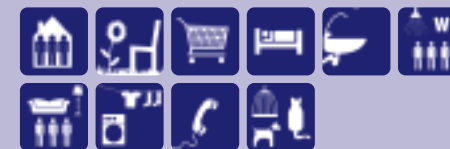
Bijzonderheden

- Logeerkamer.



Paul Krugerlaan 41 - 43
2571 HB Den Haag

48



Wijk Schilderswijk
Openbaar vervoer 6, 12
Groepsgrootte 8 personen
Huur € 176,24 tot € 332,23

Voltastraat 12
2517 RM Den Haag

49



<i>Wijk</i>	Duinoord
<i>Openbaar vervoer</i>	3, 11, 13, 14
<i>Groepsgrootte</i>	4 personen
<i>Huur</i>	€ 327,26 tot € 369,73



's Gravenzandelaan 148
2515 JP Den Haag

50



<i>Wijk</i>	Transvaalkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	11, 25, 130
<i>Groepsgrootte</i>	4 personen
<i>Huur</i>	€ 335,02

Drapeniersgaarde 52
2542 VR Den Haag

51



Wijk Vrederust
Openbaar vervoer 8, 9, 28, 129
Groepsgrootte 3 personen
Huur € 315,20 tot € 325,52



Palestrinaplantsoen 370
2555 SZ Den Haag

52



Wijk Componistenbuurt
Openbaar vervoer 3
Groepsgrootte 3 personen
Huur € 264,99 tot € 319,06

Bijzonderheden

- Wastafel op 1 slaapkamer aanwezig.

Van Speijkstraat 61
2518 EW Den Haag

53



<i>Wijk</i>	Zeeheldenkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	3, 10, 13
<i>Groepsgrootte</i>	6 personen
<i>Huur</i>	€ 367,17 tot € 467,11

Bijzonderheden

- Alle kamers hebben een keukenblok en er is een keuken voor gezamenlijk gebruik.

Individueel Wonen (BZW)

Obrechtstraat 327^a
2517 TZ Den Haag

54



Wijk Duinoord
Openbaar vervoer 3, 11, 17
Type Parterrewoning
Huur € 355,90



Wijk Mariahoeve
Openbaar vervoer 4, 6
Type Tweekamer woning
Huur € 384,66

Haverkamp 105
2592 AZ Den Haag

55



Haverkamp 157
2592 BA Den Haag

56



Wijk Mariahoeve
Openbaar vervoer 4, 6
Type Tweekamer woning
Huur € 352,25



Newtonstraat 511
2562 KN Den Haag

57



Wijk Regentessekwartier
Openbaar vervoer 11, 12
Type HAT eenheid - 5 éénpersoonswoningen
Huur € 296,96 tot € 348,83

Bijzonderheden

- Gezamenlijk gebruik van dakterras.

Scheepmakersstraat 20 - 28
2515 VC Den Haag

58



<i>Wijk</i>	Stationsbuurt
<i>Openbaar vervoer</i>	1, 8, 9, 10, 12, 15, 17, 22
<i>Type</i>	18 appartementen
<i>Huur</i>	éénpersoonskamer € 301,09 tot € 391,97 tweepersoonskamer € 685,01

Bijzonderheden

- 1 balkon per 2 woningen.
- Beneden is een gezamenlijke ruimte die bewoners kunnen reserveren.

Maatschappelijk Opvang

De maatschappelijke opvang in Den Haag wordt gevormd door de *Kessler Stichting*, het *Nederlands Leger de Heils*, *Stichting Huize Tichelaar*, *Stichting Pepita van Rijn* (vrouwenopvang) en *Stichting pension De Wissel* van *Stichting LIMOR*. De maatschappelijke opvang wordt gesubsidieerd door de gemeente Den Haag. Het is bedoeld als een maatschappelijk vangnet voor de meest kwetsbare mensen die te maken hebben met een combinatie van problemen. Deze mensen dreigen de thuissituatie te verlaten of hebben deze al verlaten. Ze zijn (tijdelijk) niet in staat zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving. Maatschappelijke opvang werkt samen met andere zorgvoorzieningen zoals verslavingszorg en geestelijke gezondheidszorg.

Kessler Stichting

De *Kessler Stichting* wil onderdak verschaffen aan dak- en thuisloze mannen en vrouwen, ongeacht afkomst, nationaliteit of religie. De totale opvangcapaciteit is 300 personen. De opvang is verdeeld over meerdere locaties.² Het aanbod verschilt per voorziening en is voor korte of voor langere tijd. De gehele opvang omvat naast onderdak, huiselijke en/of verpleegkundige zorg, ook begeleiding die erop gericht is mensen tot noodzakelijke weerbaarheid en zelfstandigheid te brengen.

Het Moederhuis biedt langdurige opvang en een gedeeltelijk beschermde woonfunctie. Doorstroming vindt plaats vanuit het moederhuis. Voor specifieke zorgvragen en problematiek wordt gebruik gemaakt van derden, zoals medewerkers van Parnassia. De indicatie verloopt via het SIO.

Voor meer informatie over langdurige opvang kunt u contact opnemen met

Het Moederhuis
De La Reyweg 522
2571 GN Den Haag
070 3889504

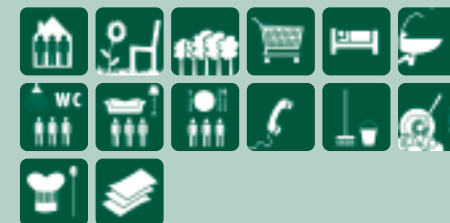
² In deze catalogus zijn alleen de voorzieningen voor langdurige opvang uitgewerkt. Informatie over kortdurende en specifieke opvang van de Kessler Stichting kunt u vinden bij extra informatie en adressen op bladzijde 104.



Het Moederhuis

De La Reyweg 522
2571 GN Den Haag
070 3889504

59



Wijk	Transvaalkwartier
Openbaar vervoer	26
Capaciteit	56 personen
Kostprijs	Zak- en kleedgeldregeling

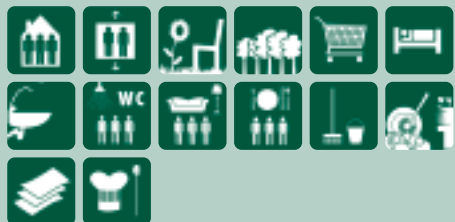
Bijzonderheden

- Begeleiding bij financiën, medicatie, algemeen dagelijkse problematiek en psycho-sociaal functioneren.
- Er is een grote kantine- en recreatieruimte met o.a. een biljarttafel.
- Alleen kleine (kooi)dieren zijn toegestaan.

Uitleunwoningen

De La Reyweg 522
2571 GN Den Haag

60



Wijk Transvaalkwartier
Openbaar vervoer 26
Capaciteit 20 personen
Huur Zak- en kleedgeldregeling

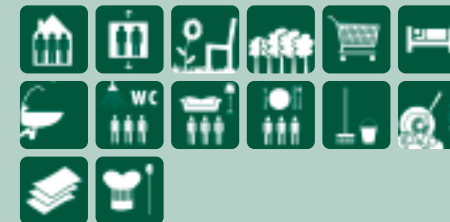
Bijzonderheden

- Aparte vleugel aan het moederhuis met individuele appartementen.
- Vervolg traject op het moederhuis, centraal staat het leren wonen.

Zorg en Wonen

De La Reyweg 522
2571 GN Den Haag

61



Wijk Transvaalkwartier
Openbaar vervoer 26
Capaciteit 28 personen
Huur Zak- en kleedgeldregeling

Bijzonderheden

- Aparte vleugel aan het moederhuis.
- Zorgafdeling, gericht op ouderen die naast geestelijke aandacht ook meer lichamelijke verzorging nodig hebben.

Leger des Heils

Het *Leger des Heils* is een christelijke organisatie die werkzaam is in meer dan 100 landen. In Nederland houdt het *Leger des Heils* zich onder andere bezig met dak- en thuislozenopvang, zorg voor ouderen, jeugdhulpverlening, verpleging van zieken, buurt- en clubhuiswerk, reclassering en evangelisatie. Het professionele maatschappelijk werk van het *Leger des Heils* behoort tot de *Stichting Leger des Heils Welzijns- en Gezondheidszorg* en heeft in Nederland ruim 145 vestigingen. De opvang in Den Haag is verdeeld over meerdere locaties.³

Het sociaal pension biedt een gedeeltelijk beschermde woonfunctie voor dak- en thuisloze mannen en vrouwen met psychiatrische problematiek. Voor specifieke zorgvragen wordt gebruik gemaakt van derden, zoals medewerkers van *Parnassia* en het *Algemeen Maatschappelijk Werk*. De indicatie voor het sociaal pension op psychiatrische en verzorgende problematiek verloopt via het *SIO*.



Leger des Heils
Oranjeplein 39
2515 LJ Den Haag
070 3890191

62



Wijk	Stationsbuurt
Openbaar vervoer	1, 7, 8, 9, 10
Type	sociaal pension
Capaciteit	54 personen
Huur	€ 15,- per dag of Zak- en kleedgeldregeling

Bijzonderheden

- Begeleiding op het gebied van medicatie, financiën, verzorging en psycho-sociaal functioneren.
- Een aantal kamers hebben een eigen douche.
- Mogelijkheid tot het doen van uitvoerende taken tegen een kleine vergoeding.
- Alleen kleine (kooi)dieren zijn toegestaan.

³ In deze catalogus zijn alleen de voorzieningen voor langdurige opvang uitgewerkt. Informatie over kortdurende en specifieke opvang van het Leger des Heils kunt u vinden bij extra informatie en adressen op bladzijde 104.

Sociaal pension De Wissel (Stichting LIMOR)

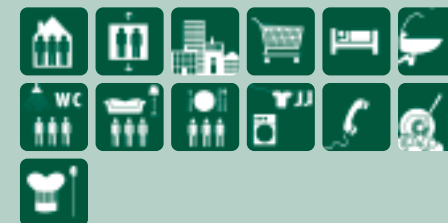
LIMOR staat voor *Landelijke Instelling voor Maatschappelijke Opvang en Resocialisatie*. Het doel van de stichting is hulp verlenen aan mensen met psychosociale problematiek. Met opvang en begeleiding wil de stichting cliënten perspectief bieden op een menswaardig en zo zelfstandig mogelijk bestaan. Op meerdere plaatsen in het land zijn centra voor maatschappelijke opvang. Hier wordt door middel van ondersteunende en ambulante begeleiding, praktische hulp geboden. Het gaat altijd om een op de cliënt toegesneden begeleidingsaanbod. Het aanbod is gericht op vergroting van de vaardigheden die nodig zijn om in de maatschappij te functioneren. Er wordt professionele zorg geleverd. Dit gebeurt in samenwerking met andere organisaties.



De Wissel (Stichting LIMOR)

Westeinde 31
2512 GS Den Haag
070 3606307

63



<i>Wijk</i>	Centrum
<i>Openbaar vervoer</i>	2, 3, 10, 25, 123, 126, 130, 135, 136
<i>Capaciteit</i>	28 personen
<i>Huur</i>	Zak- en kleedgeldregeling

Bijzonderheden

- Ondersteuning wordt geboden bij het verkrijgen en vasthouden van dagstructuur.
- Er is ondersteuning bij het vinden van werk of dagbesteding.
- Veel bewoners maken gebruik van activiteiten, die worden aangeboden door het wijk- en dienstencentrum.
- Er is geen limiet gesteld aan de verblijfsduur, maar men richt zich wel op doorstroom.

Stichting Huize Tichelaar

Stichting Huize Tichelaar biedt langdurig of permanent een thuis en begeleiding op maat in een drugsvrije beschermde woonvorm. *Stichting Huize Tichelaar* is de overkoepelende stichting van *Huize Tichelaar* en de begeleid wonen projecten, de Toekomst en Zorg op maat. De doelgroep bestaat uit mensen met complexe problematiek, veelal in combinatie met een psychiatrisch ziektebeeld. De basis is het bieden van Bed, Bad & Brood. De begeleiding wordt volgens het principe "zorg op maat" geleverd. Voor een specifieke hulpvraag wordt er gebruik gemaakt van derden. Hiervoor is een indicatie afgegeven door het SIO noodzakelijk. De intake gebeurt door *Huize Tichelaar* zelf. Er zijn twee trainingswoningen voor bewoners die zich willen voorbereiden op zelfstandig wonen. Er is een mogelijkheid tot doorstroming naar zelfstandig wonen met begeleiding van *Huize Tichelaar*. Voor gespecialiseerde zorg werkt *Huize Tichelaar* samen van medewerkers van *Parnassia* en de *Thuiszorg*.

Contra-indicaties

- Actieve verslaving (alcohol, drugs of gokken).
- Intensieve lichamelijke verzorging.
- Te zware psychiatrische problematiek.



Huize Tichelaar

Toussaintkade 43
2513 CL Den Haag
070 3461928

64



<i>Wijk</i>	Zeeheldenkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	3
<i>Type</i>	sociaal pension
<i>Groepsgrootte</i>	64 bewoners + 12 plaatsen begeleid wonen
<i>Huur</i>	Zak- en kleedgeldregeling

Bijzonderheden

- Begeleiding bij financiën, medicatie en bij algemene en huishoudelijke dagelijkse levensbehoeften.
- Maandelijkse was- en recreatiekosten.
- Activiteiten bestaan uit recreatie, educatieve en sociale activiteiten zoals spel- en thema middagen, zangkoor, computerles, houtbewerking en knutselen etc.

Sociaal pensions



Huize Cornax

Groenewegje 136
2515 LR Den Haag

65



<i>Wijk</i>	Stationsbuurt
<i>Openbaar vervoer</i>	1, 8, 9, 10, 15, 16, 17, 18
<i>Capaciteit</i>	35 personen
<i>Huur</i>	€ 367,14 per maand
<i>Contactpersoon</i>	Mw M. Cornax, 070 3890572

Bijzonderheden

- Alleen mannen toegestaan.
- Er is een toeslag op de kostprijs bij wasverzorging.
- De aankleding van het pand is sober gehouden.
- Begeleiding mogelijk bij financiën, medicatie, psychosociale problematiek.

Pension Schalke

Kanaalweg 28
2584 CK Den Haag

66



Wijk Scheveningen
Openbaar vervoer 8, 14
Groepsgrootte 7 personen
Huur € 476,- tot
€ 567,- per maand
Contactpersoon De heer A. Beuger,
070 3550333

Bijzonderheden

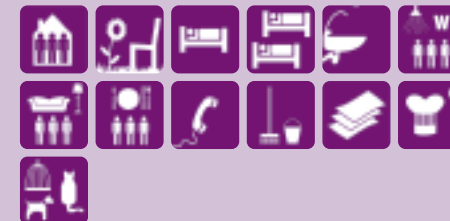
- Begeleiding mogelijk bij medicatie en bij ADL.



Pension Gina

Laan van Eik en Duinen 217
2564 GS Den Haag

67



Wijk Vruchtenbuurt
Openbaar vervoer 3, 12
Groepsgrootte 8 personen, alleen mannen
Huur € 567,- per maand
Contactpersoon Mw M. van der Ploeg,
070 3630535

Bijzonderheden

- Begeleiding mogelijk bij Financiën en medicatie.
- Huiselijke sfeer.
- Er zijn 2 tweepersoonskamer.
- Activiteitenaanbod: kaarten.

Pension Benjamins-Oey

Frankenslag 402
2582 JC Den Haag

68



<i>Wijk</i>	Statenkwartier
<i>Openbaar vervoer</i>	11, 14, 8
<i>Groepsgrootte</i>	4 personen
<i>Huur</i>	€ 726,- per maand
<i>Contactpersoon</i>	Mw J.C.N. Benjamins-Oey, 070 3559425

Bijzonderheden

- Leeftijdsindicatie is gemiddeld 60 jaar.
- Begeleiding bij medicatie en bij ADL/HDL.
- Er is 24 uur per dag begeleiding aanwezig.
- De kostprijs is afhankelijk van de zorgbehoefte en inkomsten.

Extra informatie en adressen

Kessler Stichting

Noodcentrum

Zamenhofstraat 6
2518 PB Den Haag
070 3110120

20 noodopvangplaatsen voor eerste opvang van thuisloze mannen en vrouwen. De kosten zijn € 5,- per nacht.

DoorZ

Van Swindenstraat 14
2562 RL Den Haag
070 3110120

Deze voorziening is bedoeld voor jongvolwassenen met problemen op sociaal-maatschappelijk gebied. De leeftijdsindicatie is 18 tot en met 27 jaar. Het leren wonen en leren werken staat centraal. De begeleiding bestaat uit individuele gesprekken en trajectbegeleiding.

Overbruggingsbedden

Zamenhofstraat 6
2518 PB Den Haag
070 3110120

Deze voorziening biedt opvang aan 35 personen. Dit kunnen mensen zijn die uit het crisis- interventiecentrum komen en nog een steuntje in de rug nodig hebben. Of voor mensen die wachten op een vervolgvoorziening. Tevens is er opvang mogelijk voor mensen die geen specifieke begeleidingsvraag hebben en die kortdurend verblijf nodig hebben. Een voorwaarde voor verblijf op de overbruggingsbedden is dat cliënten een inkomen hebben en een duidelijk toekomsttraject voor hen bekend is.

Leger des Heils

Maatschappelijke opvang

Nieboerweg 125
2583 JV Den Haag
070 3501300

Deze voorziening biedt laagdrempelige tijdelijke opvang aan dak- en thuisloze mensen, die in geestelijke, maatschappelijke of sociale nood verkeren. Naast de lichamelijke en geestelijke verzorging wordt getracht hulp te verlenen tot aanpassing aan het normale leef- en werkmilieu. Interne indicering wordt gedaan via een indicatiecommissie waarin de instelling zelf en het dak- en thuislozen-team van Parnassia zijn vertegenwoordigd. Er is geen limiet gesteld aan de verblijfsduur, maar het is wel gericht op doorstroom. Van mensen met psychiatrische problematiek wordt verwacht dat men adequate behandeling en/of psychiatrische nazorg accepteert.

Goodwillcentrum

Wagenstraat 102
2512 AZ Den Haag.
070 3639470

Deze voorziening richt zich op vrouwen en kinderen. Hulp is mogelijk bij financiën en psycho-sociale problematiek. Er is een mogelijkheid tot crisis-opvang en reguliere opvang tot maximaal 6 maanden. Plaatsingen zijn alleen mogelijk via het meldpunt Rashida.

Rashida

Lange Houtstraat 13
2511 CV Den Haag
070 3925774

Stichting Haags Wegloophuis De Vluchthaven

*Joris van der Haagenstraat 35-43
2525 TP Den Haag
070 3808069*

De capaciteit van de stichting is 5 personen. Contra-indicaties zijn alcohol- en drugsgebruik. De stichting beheert een wegloophuis voor (ex)psychiatrische patiënten. Tijdens het verblijf in het wegloophuis wordt met de (ex)patiënt gezocht naar een plaats in de maatschappij. De verblijfsduur is voor maximaal drie maanden.

Woningbouwcoöperaties

Vestia Infocentrum

*Prins Hendrikplein 2
2518 JA Den Haag
070 3654762*

Staedion hoofdkantoor

*Guntersteinweg 377
2531 KA Den Haag
070 3082800*

Bij alle Vestia en Staedion-vestigingen lopen projecten die wonen combineren met zorg. Zonodig maakt Vestia rechtstreeks met zorginstellingen afspraken over de huisvesting van hun cliënten. Het doel hiervan is mensen met een zorgbehoefte de gelegenheid te geven zelfstandig te wonen in een zo normaal mogelijke woonomgeving. De zorginstelling zorgt voor de gewenste woonbegeleiding. Vestia en Steadion werken samen met Parnassia en de RIBW.

