



**'...Wou dat ik buiten was...'**



**'...Wou dat ik buiten was...'**



december 1997

De laatste publicatie van de NVBW '...Wou dat ik buiten was...' kwam tot stand ter gelegenheid van het afscheid van de NVBW als vereniging. De NVBW maakt sinds 1 juli 1997 deel uit van GGZ Nederland, de vereniging van 300 lidinstellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Idee en redactie: Bureau NVBW

Eindredactie: Martin van 't Klooster/Annemarie Kooistra

Interviews: Taco van der Mark, Marike Vroom, Marjon van Weersch

Artikelen: Lourens Henkelman, Jean Pierre Wilken

Illustraties: Inez Odijk

Vormgeving: WRIK, Utrecht (BNO)

Drukwerk: Veenman Drukkers Ede

Coördinatie: Martin van 't Klooster/Communicatie Support

Deze publicatie kwam tot stand met subsidie van de Stichting Backservice Residu te Utrecht, en tevens door giften van de stichting Hillevliet, de RIBW Oost-Veluwe, de RIBW Noord- en West-Veluwe en de RIBW Heuvelland en Maasvallei.

ISBN 90-72513-05-3

Prijs: f 25,- te bestellen bij GGZ Nederland.

GGZ Nederland

Postbus 8400

3503 RK Utrecht

Tel 030 - 287 33 33

Fax 030 - 289 48 70

Email ggzned@pi.net

fotografie: Christien Boeles, Amsterdam; Franco Gori, Roermond; Joost Grol, Utrecht; Henriette Guest, Den Haag; Blauw & Paterik, Breda; Mieke Schlaman, Den Haag; Studiostad, Rotterdam; Harrie Timmermans, Nijmegen



'toen ik sliep

toen ik at

toen ik las

wou dat ik buiten was'

inez odijk

De laatste publicatie van de NVBW over de geschiedenis, het heden en  
de toekomst van het beschermd wonen.

Deze publicatie verschijnt ter gelegenheid van het afscheid van de  
NVBW op 18 december 1997 in de Reehorst te Ede.



# voorwoord

Vanzelfsprekend is het een eer om deze uitgave over de historie, de huidige stand van zaken en de toekomst van het beschermd wonen te mogen inleiden. Immers terugkijkend op de afgelopen jaren is er buitengewoon veel tot ontwikkeling gebracht in deze sector. Binnen de geestelijke gezondheidszorg valt het begrip beschermd wonen niet meer weg te denken.

In deze bundel is getracht een evenwicht te vinden tussen aan de ene kant de meer feitelijke kant van een terugblik, de situatie van nu en de visie op straks en aan de andere kant de persoonlijke ervaringen en visie van cliënten en beleidsmakers.

Een boek als dit wordt meestal uitgebracht bij het behalen van een mijlpaal. Het had dan ook voor de hand gelegen het bij voorbeeld uit te brengen bij het tien-jarig bestaan van de verstrekking RIBW op 1 januari 1999. In dat jaar zou de NVBW ook haar vierde lustrum vieren. Op 1 juli 1997 is de NVBW echter gefuseerd met de andere koepels in de geestelijke gezondheidszorg. En die gelegenheid is aangegrepen om het gedachtengoed van de sector beschermd wonen in al zijn facetten in boekvorm mee te geven aan de vereniging GGZ Nederland.

Maar in deze "mijlpaal" schuilt ook het enigszins gemengde gevoel bij die vanzelfsprekendheid, waarmee ik begon. Die mijlpaal betekent ook een periode afsluiten. Ondanks dat deze bundel niet gaat over de NVBW noch over haar einde, wil ik heel even bij haar stilstaan.



De voorloper van de NVBW, de Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen (NVPT), is ontstaan op initiatief van de heren G.T.L. de Boer en R. van Beers. De directe aanleiding om een vereniging van tussenvoorzieningen of beschermende woonvormen in het leven te roepen was de penibele financiële situatie van de mensen die in de woonvormen woonden.

Het was een club van bevlogen vechters voor een betere bestemming voor die vele mensen binnen de psychiatrie, die met wat meer, speciale aandacht een menswaardiger bestaan kunnen leiden dicht tegen of in de samenleving. Men besefte terdege, dat men door bundeling van belangen de gestelde doelen sneller zou bereiken. De NVBW was een vereniging van en door de leden. De betrokkenheid was groot. Dat maakte het soms vooral voor het bureau niet eenvoudig om een beleidslijn voor te bereiden en daarna eenmaal vastgesteld, consequent te volgen.

Vanaf 1 oktober 1985 heeft de vereniging bureaumedewerkers in dienst gehad. Klein begonnen groeide het bureau uit tot 15 medewerkers. Ook bij hen was de betrokkenheid bij het veld groot, alleen al gelet op het zeer geringe verloop. Zonder twijfel hebben zij ook - zij het op grotere afstand - bijgedragen aan de ontwikkeling van het beschermd wonen. En daarmee ben ik terug bij het eigenlijke onderwerp.

Ik wens u veel leesplezier.

*Bob Gerzon, voormalig directeur van de NVBW.*



# Inhoud

## 1 Het verleden

<b>De geschiedenis van beschermd wonen tot 1989</b>	9
'Tussen inrichting en samenleving'	
door Jean-Pierre Wilken	
Beschermd wonen in persoonlijk perspectief	25
door Jean-Pierre Wilken	
Europa's grootste woonvorm bouwt af	31
door Taco van der Mark	
Tineke woont zelfstandig en toch beschermd	38
'Begeleiding geeft richting aan mijn leven'	
door Taco van der Mark	

## 2 Het heden

<b>De ontwikkeling van beschermd wonen van 1989 tot heden</b>	50
'Van impasse tot voltooiing'	
door Jan Willem van Zuthem	
Van bevelshuishouding naar cliëntenparticipatie	68
door Marike Vroom	

Leven uit een dag van een moderne cliënt	77
door Marjon van Weersch	

## 3 De toekomst

<b>De toekomst van beschermd wonen</b>	84
door Hein Hoekstra en Sonja van Rooijen	
De RIBW's en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg	101
door Martin van 't Klooster en Lourens Henkelman	
Cliënten over de toekomst	113
'Het blijft mensenwerk'	
door Annemarie Kooistra	
<b>Literatuur</b>	123

Persoonlijke bijdragen over de sector beschermd wonen van beleidsmakers, werkers en andere prominente figuren zijn in deze publicatie opgenomen.

# Hoofdstuk I



ER WASTEENS  
EEN PRINS DIE  
SICH SOMS  
ERST KWAA  
KON  
MAKE

DAAR JA  
HELI NO

OP  
ALL  
EN OP  
IEDERE  
WANNER  
HY DOOR HET  
RAAM KEEK  
ET GNDEN  
DAAR





door Jean-Pierre Wilken

# Half weg: tussen inrichting en samenleving

*de geschiedenis van het beschermd wonen tot 1989*

Het moderne beschermd wonen kent verschillende wortels.

**De geschiedenis van het beschermd wonen reikt tot  
in de vorige eeuw en heeft een dynamische geschiedenis;  
van alternatief tot regulier, van particulier tot instituut  
en van maatschappelijke dienstverlening tot geestelijke  
gezondheidszorg. In dit hoofdstuk allereerst een schets  
van de landelijke ontwikkelingen.**

In de geschiedenis van het beschermd wonen tot 1989 kunnen we drie periodes onderscheiden:

1. De periode 1879-1949: in Engeland ontstaan in deze periode 'half-way houses', in Nederland de wooncomplexen voor 'ontoelaatbare gezinnen'. Het is begeleid wonen à la Querido, ook wel gemeentelijke voorzieningen voor 'kwetsbare personen'.
2. De periode 1949-1979: in deze periode ontwikkelt zich een grote diversiteit aan beschermende woonvormen vanuit het particuliere initiatief, gemeentelijke (gezondheids) diensten en een aantal psychiatrische ziekenhuizen.
3. De periode 1979-1989: in deze periode reguleert de overheid de diverse woonvoorzieningen en start de vorming van de RIBW's.

## De periode tot 1949

De historische wortels van het moderne beschermd wonen liggen in Engeland aan het eind van de vorige eeuw. Daar werden in 1879 de eerste 'half-way houses' opgericht door de Mental After Care Association. Deze voorzieningen waren bedoeld om mensen die langdurig opgenomen waren geweest te helpen bij het doen welslagen van hun terugkeer naar de samenleving.

Natuurlijk hebben er sinds de middeleeuwen wel allerlei vormen van 'beschermd wonen' bestaan. Kloosters, ziekenkolonies, dolhuizen en dorps- of gezinsverbanden boden bescherming aan mensen die vanwege omstandigheden of gebrek opvang nodig hadden. In de vorige eeuw begon het opnemen van mensen met geestelijke afwijkingen in massale psychiatrische inrichtingen. Voor veel kwetsbare mensen werd het hun asiel, hun wereld buiten de wereld. Behandeling leidde zelden tot genezing, maar het als therapie bedoelde dagprogramma gaf wel het nodige houvast en een beschutte werkplek.

In Nederland verschijnen de eerste "beschutte" voorzieningen buiten de grote instellingen aan het eind van de vorige eeuw. Vanuit het maatschappelijk werk werden toen in een aantal steden, onder meer in Amsterdam, Den Haag, Utrecht en Arnhem, speciale woningcomplexen opgezet. Hier konden met name gezinnen terecht die niet in staat bleken tot zelfstandig wonen. Ze werden 'a-sociaal' of 'ontoelaatbaar' genoemd. De laatste term sloeg niet zozeer op hun gedrag als wel op het feit dat ze niet toegelaten konden worden tot een volkswoning. Er werd

hier woonrevalidatie bedreven: het vergroten van praktische en sociale vaardigheden. Een voorbeeld van een dergelijk begeleid wonen complex is het Zeeburgerdorp in het Amsterdam van de jaren dertig. De bekende Amsterdamse psychiater dr. A. Querido ontleende aan dit project een aantal van zijn sociaal-psychiatrische inzichten. Rond de tweede wereldoorlog waren al deze vormen weer verdwenen.

### Initiatieven voor kwetsbare personen

Wat wel bleef was het gedachtengoed van Querido en zijn baanbrekend werk voor de sociaal-psychiatrische hulpverlening. Querido was in vele opzichten een voorloper op het gebied van rehabilitatiegerichte sociale psychiatrie. Zijn ideeën over praktische hulpverlening in de eigen thuissituatie worden feitelijk pas in de jaren negentig gemeengoed. Thans gegoten in termen als case management, psychiatrische thuiszorg en ambulante woonbegeleiding.

Daar waar Querido in Amsterdam vooral zijn betekenis had, waren het andere vooruitstrevende artsen (van gemeentelijke gezondheidsdiensten) die elders al voor de Tweede Wereldoorlog voorzieningen voor 'kwetsbare personen' oprichtten. In Den Haag was dat dr. J.L. Schroeder van der Kolk en in Rotterdam dr. J.H. Pameijer. In alle drie de steden leven hun namen nog voort in de naar hun genoemde instellingen die, onder andere, een groot aantal beschermende woonvormen exploiteren of exploiteerden.

Naast de bovenstaande officiële voorzieningen ontstonden er in



De heer Marlissa (1915-1996) kwam in 1962 in de Randstede te Scheemda wonen, een voormalig internaat voor 74 mannen. Op de achtergrond de Randstede.



de twintiger jaren in de grotere steden velerlei soorten particuliere logementen en pensions. Deze boden (en bieden, want nog steeds zijn er enkele honderden van deze gelegenheden) onderdak aan vele – meest alleenstaande – mensen. Het ging niet om hulpverlening, want het logement was bedoeld om tegen betaling onderdak en maaltijden te verschaffen. Toch boden ze wel degelijk een structuur waarbinnen het mogelijk was voor kwetsbare mensen redelijk te functioneren. Er waren simpele, maar duidelijke regels; er was een pensionbaas die de veiligheid en de continuïteit garandeerde. Deze pensions boden onderdak aan individuen die juist goed konden gedijen doordat er weinig stress aanwezig was. Er was veel vrijheid. Niemand bemoeide zich met daginvulling of met de psychische of sociale problemen. De keerzijde van de medaille was dat sociale contacten tussen de bewoners en gemeenschappelijke activiteiten niet aangemoedigd werden, waardoor het toch een eenzaam bestaan bleef.

### De periode 1949-1979

De aandacht voor sociale activiteiten was juist wel het kenmerk van veel ‘pensiontehuizen’ die vanaf de vijftiger jaren ontstonden. De particuliere initiatiefnemers van deze voorzieningen richtten deze huizen niet zozeer op uit commerciële overwegingen. Veelal stonden ideële motieven voorop. Soms waren ze onte-

vreden over de traditionele psychiatrische zorg, soms trok hen vooral het vrije ondernemersbestaan buiten de regelgeving van instituties. Een aantal tehuizen ontstond uit religieuze overtuiging. Een

minderheid van de naar schatting 150 voorzieningen die in deze periode ontstonden werd gesticht door psychiatrische ziekenhuizen of door gemeentelijke gezondheidsdiensten.

Voorbeelden zijn een aantal beschermende woonvormen in Oost-Brabant die vanuit de ziekenhuizen Huize Padua in Boekel en Coudewater in Rosmalen opgericht werden. In Friesland en Groningen werden er door een aantal gemeentes voorzieningen opgericht, zoals de Grenshof in Bellingwolde en de Randstede in Scheemda.

Het particuliere initiatief nam met name na 1965 een grote vlucht. In dat jaar werd de Algemene Bijstandswet van kracht. Deze wet bood de mogelijkheid aanvullend op het inkomen van de bewoner verzorgingskosten in instellingen te vergoeden.

#### Een gevarieerd zorgaanbod

Beschermende woonvormen behoorden in de periode 1965-1979 tot een bonte groep van particuliere instellingen die eigenlijk allen gemeen hadden dat het verblijf van de bewoners gefinancierd werd via de Algemene Bijstandswet. De woonvormen kregen tal van namen: pensiontehuis, gezinsvervangend tehuis, verzorgingshuis, psychiatrisch verpleeghuis, tussenvoorziening, woonvoorziening. Soms werden huizen vernoemd naar de



door Mark Euwema

## Uit de prehistorie

Op het toenmalige ministerie van volksgezondheid en milieuhygiëne maakte ik in 1979 het begin mee van de herstructurering van de geestelijke gezondheidszorg. Toen ontstond de belangstelling van de kant van de overheid voor een aantal initiatieven op het gebied van beschermd wonen, toen nog bekend onder andere namen als hostel, pensiontehuis en psychiatrische tussenvoorziening. Men zag hierin mogelijkheden voor verandering van bedden van algemeen psychiatrische ziekenhuizen door kleinschalige voorzieningen in de samenleving. Deze koerswijziging bleek duidelijk uit een notitie uit januari 1980 van de toenmalige staatssecretaris Veder-Smit aan de Tweede Kamer. In de eerste uitgave van de Richtlijnen Wet Ziekenhuisvoorzieningen van 25 mei 1981 werd dit beleid verder uitgewerkt. In de jaren daarna heeft Volksgezondheid zich steeds duidelijker uitgesproken voor realisering van een aantal voorzieningen voor langdurende zorg naast de bedden in het APZ.

Het toenmalig Ministerie van CRM (Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk -inclusief welzijn-) ging aanvankelijk uit van de gedachte dat deze voorzieningen onder haar beleidsverantwoordelijkheid zouden vallen, namelijk Welzijn. Dit zou gepaard gaan met een grote stem voor de gemeenten en handhaving van veel voorzieningen in de private sfeer.

Begin 1986 heeft Welzijn deze verantwoordelijkheid echter overgedragen aan Volksgezondheid. Per dezelfde datum werden de RIBW's onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) gebracht. De structurele financiering van de RIBW's via de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) kwam daarna in gang vanaf 1 januari 1989. Helaas bood de AWBZ slechts structurele financiering voor de beschermende woonvormen en niet voor bijvoorbeeld dagacti-

teitencentra en begeleid wonenprojecten.

Daarnaast speelden een aantal andere factoren een rol bij de vertraging:

- Veel GGZ-professionals hadden destijds weinig of geen belangstelling voor de realisering van een circuit voor langdurende zorg met een zwaartepunt in de samenleving zelf.
- Deze voorzieningen voor langdurende zorg zouden vooral bedoeld zijn voor cliënten met een lichte psychische problematiek. De realisering hiervan zou leiden tot ongewenste stijging van de kosten van de GGZ-zorg
- Het financieringssysteem was een stimulans om de klinische APZ-capaciteit voor cliënten met langdurende psychiatrische problemen te handhaven.

In de tachtiger jaren was het draagvlak voor de realisering van een circuit voor langdurende zorg dus nog gering. De Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid heeft echter belangrijk bijgedragen aan verbreding van dit draagvlak.

Al met al is er in de jaren vóór 1989 veel gebeurd. Maar de ontwikkeling en uitbouw van deze vormen van zorg, kon pas daarna echt van start gaan.



Mark Euwema was ambtenaar op het ministerie van WVC (later VWS)



oprichter, zoals het Puykhuis in Den Dolder en pension Van Luyn in Utrecht. De Projectgroep Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Utrecht onderzocht in 1982 de kenmerken van de beschermende woonvormen. Als gemeenschappelijke karakteristieken noemen de onderzoekers:

- een grote verscheidenheid
- kleinschaligheid (althans voor in die jaren): gemiddelde capaciteit van 23 bij elkaar wonende personen
- gelegen in stad of dorp
- gericht op het bieden van een plezierig woonklimaat
- het zorgaanbod kan gekarakteriseerd worden als een combinatie van verzorging en het stimuleren van zelfstandigheid
- geringe mate van professionalisering

Een bepaalde categorie beschermende woonvormen (deels ontstaan uit particulier initiatief, deels op initiatief van psychiatrische instellingen) week van bovenstaand beeld af. Deze woonvormen kenden een therapeutisch aanbod, gericht op resocialisatie. De verblijfsduur was beperkt en de bewoner werd actief gestimuleerd een zodanige zelfredzaamheid te verwerven dat terugkeer naar een eigen woonsituatie haalbaar werd. Deze instellingen droegen namen als hostel, half-way home of sluisinternaat. Termen die overgewaaid waren uit Engeland waar ze, zoals we zagen, al zestig jaar eerder uitgevonden waren. Daarnaast was er een aantal beschermende woonvormen die



Zorgverlening in Tamarinde, één van de negen psychiatrische woonvoorzieningen.

door hun omvang afweken van het gemiddelde beeld. De reeds genoemde voorzieningen in Groningen hadden een omvang van vijftig tot zestig plaatsen. Het Strandhotel in Zandvoort had een omvang van 104 plaatsen. Verschillende verzorgingsgerichte voorzieningen voor ouderen en lichamelijk gehandicapten herbergden ook vijftig bewoners of meer. Een voorbeeld hiervan is de Huize Tamarinde in Leersum met een capaciteit van 81 plaatsen. Interessant detail is dat Tamarinde aanvankelijk in 1951 door het toenmalige Ministerie van Maatschappelijk Werk opgericht werd voor de rehabilitatie van gerepatrieerde Indiëvaarders. Tamarinde en nog acht andere soortgelijke voorzieningen kregen in 1989 een aparte erkenning als Psychiatrische Woonvoorziening (PWV). Dergelijke beschermende woonvormen hadden door hun omvang gelijk een institutioneel karakter en beschikten over een scala aan hulpverlenings- en dagbestedingsmogelijkheden. Tamarinde beschikte over een eigen 'arbeidstherapie', waar licht industrieel werk verricht werd. Maar ook het Strandhotel had vele groepsgerichte activiteiten zoals een kennismakingsgroep, een gymnastiekgroep, een ontspanningsgroep, een spelgroep, een krantengroep, en een tekengroep.

#### **Een gevarieerde populatie**

In de tachtiger jaren zijn de kenmerken van de bewoners van beschermende woonvormen onderzocht door onderzoekers als Broersma en Haveman en de Projectgroep Psychiatrie. Zij stellen



Bewoners en begeleiders met hun kinderen tijdens een dagje uit in 1966

vast dat ongeveer de helft van de bewoners uit psychiatrische ziekenhuizen afkomstig is. 35 procent is afkomstig uit een thuissituatie. De bewoners zijn grotendeels alleenstaand en gebruiken medicijnen. Van de bewoners is 21 procent ouder dan 65 jaar. Tholen e.a. vonden bij tweederde van de bewoners een psychiatrisch ziektebeeld. Wilken onderzocht in 1989 75 bewoners met behulp van het zogenaamde invaliditeitsprofiel. De populatie bleek een grote mate van verscheidenheid te kennen qua mogelijkheden en beperkingen. Van de bewoners bleek 19 procent tot de meest gehandicapte groep te behoren. Belangrijke factoren bij deze categorie bleken te zijn: een laag opleidingsniveau, nooit deelgenomen aan arbeidsactiviteiten en een aanzienlijke mate van cognitieve functiestoornissen. Uit de gegevens die de Projectgroep Psychiatrie verzamelde met betrekking tot vertrokken bewoners in de periode 1977-1982 bleek een verrassend hoge doorstroming (75 procent). Van de bewoners ging 43 procent na verloop van tijd zelfstandig wonen, 21 procent werd opgenomen in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis\* en 22 procent vertrok naar een andere beschermende woonvorm. Overigens bleek bijna

de helft van de bewoners (47 procent) al langer dan vijf jaar in de voorziening te wonen. Blijkbaar is er sprake van een groep langverblijvers en een groep kortverblijvers.

Landelijke registratiegegevens van de NVBW laten jaren later een soortgelijk beeld zien. Vergelijkenderwijs zijn er wel iets meer 65 plussers (circa 25 procent) en zijn meer mensen afkomstig uit psychiatrische ziekenhuizen (60 procent). De gegevens van de vertrokken bewoners stemmen vrijwel overeen met die van 15 jaar eerder.

#### Inhoud van de zorg

Prof. drs. J. Van Londen waagde zich begin zeventiger jaren aan een beschouwing over "enige sociaal-psychiatrische en psychohygiënische aspecten van het wonen". Hij meende dat door beschermd wonen vijf primaire behoeften bevredigd werden:

1. De behoefte aan veiligheid en beschutting
2. De behoefte aan regulering van het micromilieu naar eigen verkiezing. Van Londen bedoelde hiermee dat de bewoner zich naar behoefte



Prof. drs. J. van Londen

\* Haveman vond een heropnamepercentage van 33 procent. Hij constateerde verder dat er weinig verschil is tussen bewoners van sociowoningen en bewoners van beschermende woonvormen. Het onderzoek van Tholen e.a. bevestigt dit beeld grotendeels, hoewel er in de beschermende woonvormen sprake is van mildere psychopathologie en minder afwijkend gedrag.



moet kunnen openstellen of afsluiten voor communicatie met de buitenwereld.

3. De behoefte een huishouden te voeren overeenkomstig de eigen levensstijl.
4. De behoefte aan een zodanige huisvesting dat er een acceptabele verhouding ontstaat tussen last en plezier welke men van medebewoners heeft.
5. De behoefte aan het hebben van een eigen adres en daarmee een identiteit.



W. Hardeman (psychiater) beschreef in 1977 hoe zijns inziens aan bovenstaande behoeften in beschermende woonvormen voldaan kon worden. Opvallend is het hoge rehabilitatiegehalte van zijn opmerkingen. Zo pleitte hij ervoor dat bewoners gewoon een kamer zouden kunnen huren. Zolang men zich gedroeg als behoorlijke

huurder, kan men er blijven wonen. De bewoner moet ondersteund worden om buitenshuis sociale contacten aan te kunnen gaan, te kunnen werken en zijn vrije tijd naar eigen wens te kunnen besteden.

“Niet alleen door de ligging van het huis, maar ook door een goed contact met de buurt moet de uitwisseling met de maatschappij bevorderd worden”. “Het is prettig als uit de buurt vrijwilligers kunnen worden aangetrokken die [...] zich regelmatig beschikbaar stellen voor contacten met de bewoners [...]”.

### De medewerkers

Over de kwaliteiten van begeleiders in beschermende woonvormen had Hardeman een heel eigen mening. Hij meende dat het personeel zich niet te professioneel moest opstellen. “Een zeker amateurisme verdient in de begeleiding van de bewoners zelfs de voorkeur boven een ver doorgevoerd professionalisme”.

Medewerkers moeten schapen met vijf poten zijn. “Van de medewerkers wordt een veelheid van rollen verwacht, die soms zelfs op hetzelfde tijdstip tegenover verschillende bewoners verschillend moet worden vervuld: helpend, verzorgend, non-directief, vaderlijk vermanend, moederlijk koesterend...”.

Hardeman had bij zijn verhaal het voorbeeld voor ogen van de stichting Christelijke Pensiontehuizen Vindicta, waarvan hij bestuurslid van was. Deze stichting exploiteerde in die jaren een vijftal tehuizen in Midden-Nederland. In elk huis woonden twintig personen. Het team bestond uit vier personen: een adjunct-directeur, een plaatsvervangend adjunct-directeur en twee assistenten. Alleen de adjunct-directeur moest in het bezit zijn van een diploma (B-verpleegkunde). Vanwege het gevaar van te grote professionalisering, hetgeen als een bedreiging gezien werd voor de benodigde veelzijdige inzet, werden voor de andere medewerkers te strakke opleidingseisen ontraden. Wel merkt Hardeman op: “het werk in deze huizen is bijzonder zwaar”.

De personeelsformatie bij Vindicta verschilde niet noemenswaardig van die bij andere huizen, hoewel ze onder het landelijke gemiddelde lag. Landelijk varieerde de formatie van een mede-

werker per 1.6 bewoner tot een medewerker per 5.3 bewoners. Het gemiddelde was een personeelslid per 3.2 bewoners.

### Tussen winstbejag en weldoen

Eén van de redenen dat de overheid in 1979 een einde maakte aan de Algemene Bijstandswet (ABW) als financieringsbron was dat er weinig controle mogelijk was op de wijze waarop de voorzieningen geëxploiteerd werden. Dit gold zowel de kwaliteit van de zorg, als ook de kwaliteit van de accommodatie en het financieel beheer. Waar dit toe kon leiden laat de geschiedenis van de stichting Groenhoven zien. Groenhoven was de naam van de fraaie villa die in 1970 gekocht werd door W. Hooymans, een dertigjarige B-verpleegkundige. Hij bouwde binnen acht jaar een imperium op van zo'n vijftien panden boven en beneden de Maas. De panden boven de Maas werden beheerd door de stichting Gezinsvervangende Tehuizen Groenhoven. De panden onder de Maas door de stichting Verzorgingstehuis Wanda. Op het hoogtepunt, in 1978, waren er 208 bewonersplaatsen en 120 personeelsleden. Van meet af aan presenteerden de tehuizen zich als "tussenvoorzieningen", alternatieven voor het psychiatrische ziekenhuis. Ze hadden ook namen als 'hostels' en 'group-homes'. Hooymans ontdekte hoe gemakkelijk het was met het onroerend goed te manipuleren. Hij kocht panden en verkocht deze weer met een goede winst door aan particuliere beleggers. Deze kregen het pand dan met een gegarandeerde aantrekkelijke en langdurige



Villa Groenhoven

huursom. Vrijwel altijd was het onderhoud van de panden voor rekening van de huurder. Door de snelle expansie waren hiervoor bij de stichtingen nauwelijks liquide middelen ter beschikking. Gevolg

was dat het achter de imposante gevels voor de bewoners behelpen was met lekkende douches, bouwvallige keukens, kierende ramen en gaten in het dak. Zoals overigens bij veel beschermende woonvormen in die tijd verbleven de bewoners in twee- en driepersoons kamers. Daar waar er meer privacy gecreëerd werd, gebeurde dit meestal door het plaatsen van die o-zo-handige maar supergehorige gipswandjes. In Huize Westerhaven in Vlijmen dreigde begin jaren tachtig de bovenverdieping naar beneden te komen. Midden in de woonkamer werd toen snel een pilaar geplaatst. Het hoogtepunt van achterstallig onderhoud werd gedemonstreerd in 1987 toen de hele zijgevel van Huize Oudenhove in Boxtel met donderend geweld ter aarde stortte.

Interessant detail was dat Hooymans ook een antiekwinkel in Vught bezat. Deze had de intrigerende naam 't Slotje. De huizen van Groenhoven en Wanda waren de grootste klant. "Ten behoeve van de meubilering en verfraaiing van de huizen kocht de directeur jaarlijks vele tientallen voor antiek doorgaande goederen, variërende van staande klokken, banken, kandelaars, volitaires, pendules, barometers en perzen". In 1977 krijgt een aantal medewerkers argwaan bij de vermenging van zoveel belangen en wordt een onderzoek ingesteld. Medio 1978 wordt Hooijmans gedwongen op te stappen. Wijers, de opvolger van Hooymans



die na hem orde op zaken kwam stellen, omschreef hem als volgt: “[...] klein van stuk, is hij aangetrokken geweest door alles wat groot was: imposante huizen, meervoudig directeur van stichtingen en BV’s, rondrijdend in telkens een nieuwe mercedes, een netwerk van tussenvoorzieningen in het hoofd dat veel groter was dan wat hij tot stand had gebracht toen hij in juni 1978 gedwongen werd te vertrekken”.

De meeste hulpverleners die op eigen initiatief eind jaren zestig, begin jaren zeventig een tehuis oprichten deden dit overigens uit ideële motieven. Hoewel deze wellicht oorspronkelijk ook bij Hooymans meespeelden, zag deze al snel de zakelijke mogelijkheden die een gegarandeerde en nauwelijks gecontroleerde overheidsfinanciering bood. Hij buiten deze mogelijkheden creatief uit, overigens zonder dat dit de bewoners aanwijsbaar benadeelde. Hoewel Hooymans een uitzondering was, ontstond ook elders onvermijdelijk een spanningsveld tussen het tehuis als welzijnsvoorziening en het tehuis als eenmans- of familiebedrijf. Eenvoudige verpleegkundigen raakten na een jaar of tien aardig kapitaalkrachtig. Niet in de laatste plaats kwam dit door de waardstijging van het onroerend goed. Aangezien de voorziening meestal gevestigd was in een grote villa of een landhuis, was het pand in die periode gemiddeld tienmaal zoveel waard geworden.

#### **Overheidsbemoeyenis**

In de zeventiger jaren vonden er onder invloed van het overheidsbeleid veranderingen plaats, die het karakter van de indirect gefinancierde voorzieningen langzaam maar zeker veranderden.

Na de periode van ongebreidelde groei van welzijnsvoorzieningen ging de overheid zich in die periode meer bemoeien met het veld. De overheid wilde meer greep krijgen op kosten, capaciteit en kwaliteit. De affaire Groenhoven werkte in deze als een katalysator. De zaak kwam uitgebreid in het nieuws. Er werden kamervragen gesteld. In zekere zin luidde zij het einde in van het particuliere initiatief inzake beschermende woonvormen. De overheid ontwierp in de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 een drietal ordeningsprincipes voor de gezondheidszorg.

Allereerst werd de sectorisering verscherpt: het veld van de geestelijke gezondheidszorg werd onderscheiden van de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Welzijnsvoorzieningen werden gescheiden van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.

Naast deze horizontale ordening werd ook een verticale ordening aangebracht: de echelonering. Hierbij werd de eerstelijns gezondheidszorg, de huisarts voorop, onderscheiden van voorzieningen die specialistischer (en ook kostbaarder) van aard waren.

Een derde ordeningsprincipe was van geografische aard: de regionalisering. Gezondheidsvoorzieningen moesten een afgebakende regio gaan bedienen en binnen die regio goed verspreid met elkaar een volledig zorgaanbod garanderen. Het principe van de regionalisatie en de daarmee samenhangende decentralisatie van voorzieningen. Op geleide van deze drie principes zou in de

door Jan van Borssum Waalkes

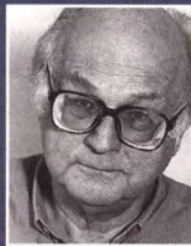
# Jaren eerder

In een Brabants dorpje bevond zich een boerenbehuizing met ruime bedrijfsgebouwen. De eigenaar met zijn vrouw en kroostrijke gezin kon de exploitatie niet meer rond krijgen en besloot om te zien naar een andere nering. De boerenbehuizing werd een soort pensionhuis voor sociaal kwetsbare mensen, meestal afkomstig uit psychiatrische inrichtingen.

De eigenaar en zijn vrouw waren niet voor een kleintje vervaard. Als iemand zich meldde om onderdak, kreeg hij dat. Wilde hij langer blijven en was er geen plaats, geen nood. De eigenaar en zijn zoons namen zaag en hamer ter hand en bouwden er een slaapkamer bij. Van privacy had de eigenaar weliswaar nog nooit gehoord, maar dat bleek niet uit zijn handelen, want iedereen kreeg daar gewoon een eigen kamer.

Overdag gingen de meeste pensiongasten naar de sociale werkplaats. In die tijd kon zo iemand daar nog terecht. Dat werd onderling geregeld en wachtlijsten waren er niet. De fors bemeten echtgenote van de eigenaar stond meestal in de eveneens fors bemeten keuken. Zij kookte voor haar 'jongens', want die moesten goed eten. Psychosociale en andere problemen werden door haar opgelost door de betrokken 'jongen' in de keuken te noden. Hij werd dan in een leunstoel bij het fornuis gezet en de echtgenote van de eigenaar roerde in de soep en sprak geruststellende woorden. Vervolgens kreeg haar 'jongen' een kom soep en daar waren de problemen niet tegen bestand.

In dit pensionhuis bestonden geen regels, zolang men zich fatsoenlijk gedroeg. Wat fatsoenlijk was, maakte de eigenaar wel uit en dat was een tolerant mens.



Toen kwamen de regelneven en de wetten- en besluitmakers. Zo'n pensionhuis kon eenvoudigweg niet bestaan, dat tarte alle regels. De ondernemer was niet geschoold, zo werd ontdekt. Dat probleem werd ijlings opgelost doordat de eigenaar zijn oudste zoon naar de sociale academie stuurde en die kwam terug als maatschappelijk werker. Later kwamen er nog veel meer bepalingen en regels. Een poging om daarna weer eens iemand in dit tehuis op te nemen, strandde. Die iemand voldeed namelijk niet aan de bepalingen en was dus niet geïndiceerd. De maatschappelijk werkende zoon wees verwijtend en berustend in de richting van Den Haag.

Kijkend naar de RIBW's met hun mooie en verantwoorde regelgeving en indicatiecommissies en wat al niet meer, vraagt men zich onwillekeurig af of het vroeger niet aardiger was. Die soep in de keuken van de echtgenote was echt erg lekker.

Een RIBW is een nuttige constructie, maar zouden die beschermende woonvormen zo her en der niet wat meer gelijkenis kunnen vertonen met een soort familiepension? De eenzame sociaal kwetsbare marginale spartelaars hebben een warme veilige omgeving nodig waar ze wonen.

*Jan van Borssum Waalkes was hoofdinspecteur van de Geneeskundige Hoofdinspectie Geestelijke Volksgezondheid en is nu nog steeds actief betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg, ondermeer bij de Kees Trimbosstichting.*



Fons Wijers (links), de eerste voorzitter van de NVBW ter gelegenheid van het 15-jarig bestaan van de NVBW weer in gesprek met Geer Verzijde, voormalig directeur van de stichting Schroeder van der Kolk.



loop van de jaren zeventig en tachtig te ordening en herstructurering van de zorg plaatsvinden. De leidende gedachte hierbij was dat intramurale capaciteit waar mogelijk vervangen moest worden door semi- en extramurale capaciteit. Nader onderzoek vond plaats naar de verhuismogelijkheden van chronische patiënten uit de inrichtingen. Dit leverde schattingen op die varieerden van 3.300 tot 9.000 patiënten.

### De periode 1979-1989

**Op 1 januari 1979 werd de ABW beëindigd als financieringsbron voor voorzieningen. In afwachting van meer wet- en regelgeving werd een tijdelijke subsidieregeling in het leven geroepen, de Tijdelijke Subsidieregeling Maatschappelijke Dienstverlening (TSMd) \***

De instellingen moesten zich bekeren tot één bepaalde vorm van dienstverlening en één specifieke doelgroep. Een gedwongen keuze, want de geldkraan zou dichtgaan. Deze keuze werd vaak met grote tegenzin gemaakt. Het stond immers haaks op de geest van het particulier initiatief om zich in hokjes te laten duwen of zich aan regels te laten binden. Daarnaast ontstond er, ook binnen de voorloper van de NVBW, de eind 1978 opgerichte

Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen (NVPT), een richtingenstrijd. Aan de ene kant stonden instellingen die uit ideologisch standpunt buiten “de psychiatrie” wilden blijven. Zij meenden dat hun kracht juist lag in het ontbreken van het psychiatrisch stigma en het benadrukken van “gewoon wonen”. Wat hen betreft was de TSMd een aanvaardbare oplossing. Geer Verzijde, de toenmalige directeur van de stichting Schroeder van der Kolk was de bekendste vertolker van dit standpunt. Aan de andere kant stonden de instellingen die minder moeite hadden met de geestelijke gezondheidszorg (en AWBZ-financiering) als hun operationeel kader. Zij vonden in Fons Wijers, de toenmalige voorzitter van de NVPT een vertolker van hun standpunt. Uiteindelijk betrof het een storm die zich feitelijk binnenshuis afspeelde. De politieke besluitvorming werd hierdoor nauwelijks beïnvloed. De bemoeienis van de overheid was er immers op gericht om in het woud van welzijnsvoorzieningen dat in de jaren na de oorlog ontstaan was weer wat ordening aan te brengen en deze beheersbaar te maken. Woonvormen met overwegend als doelgroep (ex-)psychiatrische cliënten vormden slechts een klein deel van de duizenden kleinere en grotere initiatieven

\* Deze subsidieregeling was in het leven geroepen als overbrugging tussen het beëindigen van de ABW als financieringsbron en een definitief financieringskader. Zij duurde tot 1 januari 1985. Vanaf die datum werden de beschermende woonvormen via de AWBZ gefinancierd.

die in die jaren bestonden. Wat betreft de beschermende woonvormen was het logisch dat gezien doelstelling en doelgroep een aansluiting tot stand werd gebracht met de geestelijke gezondheidszorg en het daarbij behorende regel- en financieringskader van de AWBZ.

### **Naar de geestelijke gezondheidszorg**

Het algemene overheidsbeleid vormde het kader voor de plaatsbepaling van woonvormen in de geestelijke gezondheidszorg. De architectuur van de beschermende woonvormen werd in grote mate bepaald door de toenmalig plaatsvervangend hoofdinspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid, de zenuwarts Van Borssum Waalkes. Deze heeft gedurende bijna tien jaar zijn stempel gedrukt op de ontwikkeling van de sector. De basisdocumenten voor het beleid ten aanzien van de beschermende woonvoorzieningen vormen het rapport van de Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen en het Rapport van de Werkgroep Beschermende Woonvormen onder leiding van Van Borssum Waalkes. In het eerste rapport wordt voor het eerst de term "beschermende woonvormen" gebruikt.\* Hieronder vallen drie typen voorzieningen: het resocialisatiegerichte hostel, het begeleiding en bescherming biedende pensiontehuis, en de nog kleinschaliger dependance van het pensiontehuis. Pensiontehuis en dependance worden in deze nota uitdrukkelijk beschouwd als vormen van maatschappelijke dienstverlening, terwijl het hostel een gezondheidszorgvoorziening is. Ook in de doelgroepomschrijving komt dit tot uitdrukking. Het

hostel is bedoeld voor '(ex) psychiatrische patiënten', het pensiontehuis voor 'psycho-sociaal kwetsbare mensen'.

De werkgroep van Van Borssum Waalkes borduurt voort op deze tweedeling. Hier verschijnt voor het eerst het idee van de RIBW: de Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen.

Er wordt een regionale bundeling van de bestaande voorzieningen buiten het algemeen psychiatrische ziekenhuis voorgesteld. De beschermende woonvormen dienen, om een goede aansluiting op het psychiatrische ziekenhuis mogelijk te maken (en een serieus alternatief te kunnen bieden), onder hetzelfde plannings- en financieringskader te vallen als de psychiatrische ziekenhuizen; de WZV (Wet Ziekenhuisvoorzieningen), respectievelijk de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

De beschermende woonvormen dienen bovendien te ressorteren onder het Ministerie van Volksgezondheid. Om een serieus alternatief te zijn voor (verblijf in het) algemeen psychiatrisch ziekenhuis dient het aantal plaatsen in beschermende woonvoorzieningen behoorlijk te worden uitgebreid. De regering nam de aanbevelingen van de Werkgroep in 1984 grotendeels over. Het onderscheid tussen hostel en pensiontehuis wordt losgelaten. De plannen zijn ambitieus. De sector kan in vijf jaar tijd uitbreiden van 3.300 tot 5.500 plaatsen. Deze operatie zou gerealiseerd die-

\* In overheidsstukken werden in 1971 in de Nota van staatssecretaris Kruisinga over de geestelijke gezondheidszorg voor het eerst de termen 'hostel' en 'sluisinternaat' genoemd. In de regeringsnota van staatssecretaris Hendriks in 1974 wordt voor het eerst de term 'beschuttende woonvorm' gebruikt.



nen te worden door bedden in psychiatrische ziekenhuizen om te zetten in BW-plaatsen (het substitutieprincipe).

### **Controverse en stagnatie**

In het veld leidde het tot een controverse tussen de RIBW's in wording en de psychiatrische ziekenhuizen die zich massaal verzetten tegen de inkrimping van hun beddencapaciteit. Daarnaast bleek de regelgeving van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (waar de beschermende woonvormen in 1986 ondergingen ressorteren) een grote hindernis bij het zoeken naar huisvesting op de reguliere woningmarkt. De voorgenomen uitbreiding van de beschermende woonvormen stagneerde hierdoor tot eind tachtiger jaren. Wiegant, toenmalig voorzitter van de stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR) constateerde begin 1987 in de Volkskrant dat er "nog geen stoelpoot verschoven was, laat staan een bed". De stagnatie op landelijk niveau betekende niet dat de ontwikkelingen aan de basis ook stilstonden. Binnen de onderscheiden gezondheidsregio's werd druk onderhandeld hoe de samenwerking vorm zou kunnen krijgen. Het voortouw hiertoe werd soms genomen door een Provinciale Raad, soms door een Regionale Instelling Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG), soms door een reeds bestaand groter verband van beschermende woonvormen.

Binnen de beschermende woonvormen nam intussen de professionalisering toe. In het algemeen was het beleid om vacatures in te laten vullen door mensen met een op het werk gerichte MBO-

of HBO-opleiding. Sommigen instellingen streefden daarbij een mix na van medewerkers met inrichtingswerk en B-verpleegkunde. Anderen streefden naar een team bestaande uit overwegend B-verpleegkundigen. Professionalisering kwam ook tot uitdrukking in het gaan werken met begeleidingsplannen en bewonersdossiers. In een aantal beschermende woonvormen nam het aantal personeelsleden toe. Zij bleken onder de personeelsnorm te zitten die in de nieuwe richtlijnen aangehouden werd en kregen de financiële middelen om hun team uit te breiden. Professionalisering en teamgrootte hebben zowel positieve als negatieve effecten gehad. Positief was dat bewoners meer gerichte aandacht kregen en dat er meer rekening gehouden werd met psychiatrische beperkingen. Negatief werkte deze ontwikkeling door indien het team zich meer ging richten op de beperkingen dan op de mogelijkheden van de bewoners. Het team had thans ook kwantitatief de mogelijkheid veel over te nemen van de bewoners. Met name B-verpleegkundigen die de overstap maakten van het psychiatrisch ziekenhuis naar de beschermende woonvormen konden ongewild een stuk ziekenhuiscultuur met zich meebrengen. "Zo normaal mogelijk wonen" werd hiermee weer een stukje abnormaler. De beschermende woonvorm als mini-instituut.

### **Invloed van bewoners**

Hier en daar werd overigens door bewoners wel geprotesteerd tegen deze gang van zaken. Zo was er veel weerstand tegen de introductie van begeleidingsplannen en het achter gesloten deu-



ren vergaderen van teams over bewoners. Veel bewoners werden hiermee herinnerd aan hun verleden als psychiatrische patiënt. Een verleden dat ze zo graag als afgesloten hoofdstuk beschouwden. Daar waar vroeger veelal een informele samen-doen sfeer overheerste, ontstonden nu twee partijen: de bewoners aan de ene kant en het team aan de andere kant. Na 1989 werden deze posities ook geformaliseerd door de instelling van de bewonersraden.

De invloed van cliënten bij de RIBW-vorming is overigens marginaal geweest. De NVBW bepleitte de vorming van bewonersraden ondermeer in een rapport dat in 1986 samen met de LPR werd uitgebracht.\* In de RIBW-erkenning zijn enkele richtlijnen over bewonersparticipatie opgenomen. De LPR benadrukte echter terecht dat bewonersraden niet meer dan een middel zijn. "Waar het om gaat is dat een individu dat woont, ruimte moet krijgen om die woonomgeving mede te bepalen. [...] Dat vergt echter een mentaliteit, een sfeer binnen de instellingen, die nog lang niet bereikt is." Wiegant benadrukte wat we later als een belangrijk kernprincipe van de zorg zijn gaan zien: "wat betreft de begeleiding zou iedere individuele bewoner moeten kunnen aangeven wat hij/zij nodig acht".

#### **De kwestie dagbesteding**

De overheid was in haar beleidsontwikkeling optimistisch over de mogelijkheden die bewoners van beschermende woonvormen zouden hebben voor maatschappelijke integratie. De ligging van de beschermende woonvorm zou als vanzelf tot interactie leiden

met de omgeving, zo was de veronderstelling. Bewoners zouden in huis wonen en daarbuiten hun werk en andere vormen van dagbesteding vinden. Al spoedig bleek dat dit een illusie was. Nieuwe bewoners uit de psychiatrische ziekenhuizen bleken sociaal niet vaardig genoeg om zelf hun dagbesteding te creëren. Maatschappelijke voorzieningen bleken nauwelijks toegankelijk. Sociale werkvoorzieningen lieten steeds minder mensen met psychiatrische beperkingen toe. Begeleiders waren niet toegerust om drempels weg te nemen.

Daar waar een aantal beschermende woonvormen eerst als eis aan hun bewoners stelde dat ze buitenshuis dagbesteding moesten hebben, bleek dat dit in de praktijk steeds meer losgelaten moest worden. Bewoners die verhuisden uit psychiatrische ziekenhuizen gingen er dus niet alleen financieel op achteruit, ook hun dagbestedingsmogelijkheden namen af.

Daar waar men in het psychiatrisch ziekenhuis een scala aan activiteitenmogelijkheden ter beschikking had, moest men in de beschermende woonvorm veelal terugvallen op -verplichte- corveewerkzaamheden en de maandelijks bingo-avond.

In 1985 wordt er een landelijk onderzoek verricht naar wensen en mogelijkheden van bewoners in beschermende woonvormen op het gebied van dagbesteding. Hieruit blijkt dat bewoners vele wensen doch weinig mogelijkheden hebben. 51 procent van de bewoners bleek geen activiteiten buitenshuis te hebben, terwijl 41 procent duidelijke behoeften had op het gebied van werk, vrije tijdsbesteding of onderwijs. Als tegenhanger van het APZ (een

instelling waar dagbesteding “bij de prijs inbegrepen is”, inclusief dus) blijkt de RIBW een “exclusieve voorziening” te zijn. Wonen alléén, zonder mogelijkheden tot maatschappelijke participatie, wordt dan wel erg kaal. De onderzoekers pleiten voor meer activiteiten op het gebied van arbeidsrehabilitatie: meer plaatsen in het bedrijfsleven en in de sociale werkvoorziening. Zij bevelen aan om regionale “stimulerings- en begeleidingspunten voor arbeid” in het leven te roepen. Daarnaast stellen zij voor alternatieve voorzieningen op het gebied van dagbesteding te creëren voor die bewoners die weinig andere mogelijkheden hebben. Ten slotte vragen zij aandacht voor de financiële situatie van bewoners. Bewoners hebben te weinig geld om het lidmaatschap van een vereniging te kunnen betalen. Als ze werken moeten ze het grootste deel van hun loon als eigen bijdrage inleveren. Dit is weinig motiverend.

Het dagbestedingsvraagstuk wordt door de overheid medio 1986 onderkend. Dan verschijnt de Knelpuntnota inzake de mogelijkheden van dagbesteding en dagopvang voor psychosociaal kwetsbare personen. Nog steeds wordt er van uit gegaan dat bewoners zoveel mogelijk binnen gewone maatschappelijke kaders hun dagbesteding moeten kunnen vinden. Daarnaast wordt echter de mogelijkheid geboden dat binnen de GGZ zelf oplossingen gezocht worden. Pas in 1989 worden echter de financiële mogelijkheden geboden door een subsidiemaatregel van de Ziekenfondsraad. In hoofdstuk 2 is te lezen dat vanaf dat moment het aantal dagbestedingsprojecten explosief toeneemt.

Ook voor het beschermd wonen keren dan de kansen.

De impasse is voorbij. Het beschermd wonen is niet langer het stiefkindje van de geestelijke gezondheidszorg. Een dynamische en expansieve periode breekt aan.\*

\* Een groot deel van de voorzieningen die bij het beëindigen van de financiering via de Algemene Bijstandswet niet in het ggz-circuit terecht kwam, vervult wel degelijk een beschermd wonen-functie voor psycho-sociaal kwetsbare mensen. Het gaat hier om voorzieningen die in het circuit van de maatschappelijke opvang geplaatst werden (dak- en thuislozen, crisisopvang en vrouwenhulpverlening). Daarnaast bestaan er nog steeds allerlei particuliere voorzieningen, pensions en logementen die geen overheidsfinanciering kennen, maar drijven op de eigen bijdragen van hun bewoners. De commerciële variant van de sociale pensions.



# Van pension tot ribw: betrokkenheid meenemen

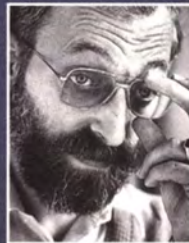
*Het is al weer jaren geleden, dat ik als inspecteur in algemene dienst bij de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Geestelijke Volksgezondheid werd betrokken bij de toenmalige pensiontehuizen en (psychiatrische) hostels. In die tijd was de stammenstrijd tussen de ministeries van Volksgezondheid en CRM -waaronder welzijn- nog volop bezig. Niet alleen tussen de ministeries overigens, maar ook binnen de toenmalige NVPT (Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen). Het was hoofdinspecteur J. van Borssum Waalkes, die het spel op de wagen bracht door een werkgroep met vooraanstaande mensen uit de sector in te stellen. Als secretaris van deze werkgroep heb ik eraan meegeholpen om de inhoudelijke visie uit te werken en de organisatorische vormgeving te bedenken die uiteindelijk heeft geresulteerd in de concepten 'beschermende woonvorm' en 'RIBW'.*

*Deze visie, die nu zo bekend lijkt, was in die tijd bijna een revolutie. Immers, alle losse pensions en andere soorten huizen moesten bijeengebracht worden in één organisatorisch verband. Met het grootste genoegen kijk ik overigens terug op die tijd, omdat ik letterlijk alle voorzieningen in het land toen heb bezocht en in kaart gebracht. Natuurlijk waren er een aantal voorzieningen die aan geen enkele standaard voldeden en de schifting ook niet hebben overleefd. Wat in die tijd vooral opviel, was de vaak grote bevoegdheid en betrokkenheid van medewerkers en begeleiders bij de bewoners. Deze betrokkenheid is in mijn beleving ook altijd het kenmerk geweest van deze sector. Ook in mijn late-*

*re functie als lid van het toenmalige bestuur van de NVBW was deze betrokkenheid altijd aanwezig in de vaak diepgaande en soms heftige discussies binnen zowel het bestuur als op de algemene ledenvergaderingen. Nu vele jaren later zijn er overal in het land RIBW's gekomen. De RIBW's doen nu ook volop mee aan de fusieprocessen in de GGZ, zoals ook de NVBW is meegegaan in de fusie van de landelijke koepels in de vereniging GGZ Nederland. Als bestuurslid van deze vereniging smaak ik het genoeg om de kennismaking met oude bekenden uit de NVBW-tijd weer te hernieuwen.*

*Eén ding wens ik de sector toe: laat de bevoegdheid en betrokkenheid bij het lot van deze mensen die langdurig op onze zorg zijn aangewezen, niet weg-organiseren. Zowel op landelijk als op regionaal niveau is het juist dit aspect dat niet verloren moet gaan. De Riagg en de landelijke vereniging van onder meer de Riagg's, moeten in de woorden van Theo Festen\* 'het vuur meenemen', de RIBW en de NVBW moeten de betrokkenheid meenemen. Tezamen met onze collega's uit de algemeen psychiatrische ziekenhuizen en de verslavingszorg kunnen we dan bouwen aan een bloeiende en boeiende GGZ die klaar staat voor de vragen van die mensen die onze hulp nodig hebben.*

*Sybren Bangma was inspecteur van de Hoofdingspectie Geestelijke Volksgezondheid en is momenteel directeur van de Riagg Almelo e.o.*





# Beschermde wonen in persoonlijk perspectief

**Jean Pierre Wilken kiest ook een persoonlijke invalshoek voor de geschiedenis. Hij beschrijft één beschermende woonvorm: de Wiltzangk in Bilthoven. De Wiltzangk is exemplarisch voor de wijze waarop veel voorlopers van beschermende woonvormen ontstonden en functioneerden. Daarnaast is de Wiltzangk een instelling waar gepioneerd werd met begeleid wonen en dagbesteding.**

Mijn wieg stond net niet in een beschermende woonvorm. Amper twee jaar na mijn geboorte besloot mijn vader het voor gezien te houden in de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven. Hij nam een rusthuis over in Bilthoven en creëerde daar in 1960 zijn eigen alternatief. Zijn alternatief voor de massale paviljoens waar de ziekenbroeder 's nachts te midden van de grote slaapzaal aan zijn bureautje zat. Wakend dat het rustig bleef in het Cuckoos nest. Beheersing: orde handhaven, regels volgen. Confectie: alle patiënten zijn gelijk, pillen, arbeids- en bezigheidstherapie als de genezende receptuur voor iedereen. Wie als verpleegkundige te veel persoonlijke aandacht ging schenken aan een patiënt werd teruggefloten.

Hoe anders was dat huis in Bilthoven. Een groot Oostenrijks chalet, door een rijke zonderling van een wereldtentoonstelling geplukt en in de Nederlandse bossen een tweede leven gegeven. Het werd een nest voor meestentijds arme



Kerstdiner in de Wiltzangk in 1980

zonderlingen, van velerlei pluimage. In 1962 kreeg de Wiltzangk een dependance, Carpe Diem genaamd, waar plaats was voor 22 personen. Mijn vader was een rehabilitatieman avant la lettre, zoals veel van zijn collega's die in de jaren vijftig en zestig soortgelijke initiatieven namen. Een eigenzinnig man ook, maar ook dat kenmerkt de pioniers. Ieder mens vond hij meer dan de moeite waard. Veiligheid, persoonlijke relaties, aandacht-op-maat, daar draaide veel om.

## Je hoort er bij

Men kreeg een kamer, naar eigen wens in te richten. De situatie werd gedefinieerd: het gaat hier niet om hulpverlening maar gewoon om wonen. Er wordt een inbreng van je verwacht: rekening houden met elkaar, dingen voor elkaar doen. Beperkingen werden zonder veel vraagtekens geaccepteerd. Op een soort natuurlijke wijze werd een milieu gecreëerd en in stand gehouden dat aan de ene kant houvast bood, en aan de andere kant stimuleerde tot ontplooiing en herstel. Ontegengesteld draaide veel om het leiderschap van mijn vader. Hij was een intuïtief wer-

kende verpleegkundige. Begrippen als methodisch werken en begeleidingsplannen kwamen in zijn woordenboek niet voor. Meestal voelde hij feilloos aan welk woord of welke actie iemand nodig had. Zijn handelen was niet zozeer therapeutisch van aard, maar meer appellerend aan de vanzelfsprekendheid van het positieve



en van aanwezige mogelijkheden. We zagen mensen opleven, moed putten, gemotiveerd raken om weer verder te gaan. Natuurlijk ging het lang niet altijd goed. Soms ontstonden er ongewild afhankelijkheidsrelaties wanneer mensen zich te veel alleen aan hem vastklampten. Relaties die vaak met pijn verbroken moesten worden.

Zijn handelen was voor ons niet altijd even gemakkelijk te volgen. Het was voor hem niet eenvoudig onder woorden te brengen welke benaderingswijze gevolgd werd. Ook voor de begeleiders die bij hem in dienst kwamen was het vaak niet gemakkelijk met hem samen te werken. Zij hadden simpelweg de taak met de mensen in huis te leven en te werken, het dagelijkse kader te handhaven. Hij zag er streng op toe dat vooral op, in zijn woorden "kleine dingen", goed werd gelet. Het ging dan om het dagelijkse leefritme, persoonlijke hygiëne, het oppikken van kleine signalen dat een bewoner ergens mee in zijn maag zat.

Zo woonden zo'n 20 mensen -mannen, vrouwen, soms met kinderen- met elkaar in een gemeenschap. En wij leefden met hen. Als gezin zagen we in de loop der jaren een bonte stoet aan ons voorbijtrekken. Mijn vader huldigde het principe dat iedereen welkom was, ongeacht voorgeschiedenis of problematiek. Veelal was deze bij binnenkomst ook nauwelijks bekend. Hij vertrouwde op het oordeel van de verwijzer, die meestal ook al jaren bekend was met het huis. De ervaren sociaal-psychiatrische verpleegkundige van de SPD of van de GGD, case managers pur

sang. Of de maatschappelijk werker van de sociaal-pedagogische dienst. De Wiltzangk fungeerde grotendeels als vangnet ten behoeve van mensen die het op eigen benen in de maatschappij niet redden.

#### **Een eigen huis, een plek onder de zon**

Het huis was net een rariteitenkabinet. Iedere bewoner die er wat langer was, schiep zijn eigen unieke plek. Soms waren dat bijzondere territoria. Achter iedere deur school een bijzondere wereld.

Ik herinner me een man die van zijn kamer een grote plantenkas gemaakt had. Hij woonde in een tropisch-vochtige atmosfeer temidden van tientallen planten die de muren, de ramen en het plafond bedekten. Een aantal bewoners had hun kamers volgestouwd met prullaria, zodat het nauwelijks meer mogelijk was je kont te keren. Er was een man die zijn kamer beschouwde als zijn huis, compleet met comfoor en afwasteiltje gelijk een keukentje. Hij hield zijn "huis" ook goed in de verf. Blijkbaar was dit zijn manier van "woonrevalidatie" want op een gegeven moment kondigde hij aan dat hij van de gemeente een eigen huis toegewezen had gekregen. Binnen twee weken was hij vertrokken. Hij bleek zich zonder problemen te kunnen redden. Er was geen begeleider of vaardigheidstraining aan te pas gekomen. Nu noem ik dat "natuurlijke rehabilitatie". Blijkbaar is een milieu dat zowel vrijheid als veiligheid biedt, doch ook een modelfunctie vervult, een vruchtbare voedingsbodem voor persoonlijk herstel. De Wiltzangk kende dus, zoals vele woonvoorzieningen in die



tijd, een zeer heterogene populatie: ouderen en jongeren, mensen met een verstandelijke handicap, psychische problematiek, maar ook mensen met een verslaving en mensen met sociale problemen. Deze heterogeniteit leidde tot boeiende en vaak onverwachte interacties. De lamme die de blinde ging leiden. De blinde en de dove: "see no evil, hear no evil". Tussen de muren van deze mini-maatschappij, deze subcultuur heerste een enorm tolerant klimaat. Hierin werd een abnormaliteit die tot het wezen van het individu behoorde gewoon gevonden. Zoals bij de man die vanwege de stemmen die hij hoorde regelmatig blafte als een hond. Niemand stoorde zich er aan. Als je bij een spoorlijn woont, hoor je het geluid van de treinen op een gegeven moment ook niet meer. Overigens bleek deze man een talentvolle kunstschilder te zijn.

Zoals bij veel relaties, speelt bij de aantrekkingskracht tussen mensen de ratio nauwelijks een rol. Men zegt wel dat relaties ontstaan doordat mensen elkaar aanvullen in datgene waar de ander in tekort schiet. Zo is ook het type beperkingen niet zo van belang. De ene bewoner is handig in het boodschappen doen en koopt de koffie in de winkel. De ander is veel beter in het koffiezetten. Uiteindelijk drinken ze door deze gezamenlijke actie genoeglijk samen een kop koffie. We hebben in de loop der jaren bloeiende relaties zien ontstaan tussen volstrekt uiteenlopende karakters en persoonlijkheden. Relaties waaruit huwelijken voortkwamen. Relaties die jaren stand hielden en die beide part-



De Wiltzangk op een wandlap: 'een eigen huis een plek onder de zon'.

ners in staat stelden, elkaar steunend, het zelfstandig in de samenleving te redden.

### Zelfstandig wonen

Ook op een andere wijze werd aan mensen de mogelijkheid geboden "op zichzelf" te wonen. In 1979, 1981 en 1984

werden in De Bilt in de nabijheid van winkels en openbaar vervoer dependances geopend. In elke woning was plaats voor 5 bewoners. In deze zelfstandig wonen projecten was de begeleiding variabel en naar behoefte. Daarnaast begeleidde mijn vader persoonlijk een flink aantal mensen die vanuit de Wiltzangk zelfstandig waren gaan wonen. Het oude sociaal-psychiatrisch werk dus of, anders bezien, een voorloper van de moderne ambulante woonbegeleiding.

Zo ontstond gaandeweg een geschakeerd zorgaanbod, variërende van wonen met 24-uurs begeleiding en mogelijkheden tot verzorging, tot aan begeleid wonen in een groep en zelfstandig wonen buiten de instelling met enige ondersteuning.

### Dagbesteding

Mijn vader geloofde heilig in het principe dat je pas zin in je leven ervaart als je voldoening vindt in je werk. En doordat je daardoor iets kunt betekenen voor anderen. Aanvankelijk had ongeveer de helft van de bewoners vaste werkzaamheden buitenshuis, de meesten via de sociale werkvoorziening. Gaandeweg werd deze mogelijkheid steeds geringer. Enerzijds werden er meer mensen



opgenomen met aanzienlijke beperkingen, anderzijds stelde de sociale werkvoorziening meer eisen. Ook de mensen zonder een betaalde baan hadden hun bezigheden. Deels was dit binnenshuis, in het huishouden, deels was dit buitenshuis. Er waren bewoners die in de buurt in de tuin of als hulp in de huishouding werkten. Op deze wijze waren er redelijke contacten met de buurt. De bewoners werden beschouwd als anders, maar wel getolereerd. Vice-versa was dit overigens ook zo.

De afnemende mogelijkheden tot zinvolle dagbesteding buitenshuis leidden tot een nieuw initiatief. In samenwerking met Emmaus, (een vrijwilligersorganisatie die door recycling sociale projecten ondersteunt en maatschappelijke opvang hoog in het vaandel heeft staan), werd in 1982 een groot hergebruikcentrum geopend. Hier konden bewoners, temidden van andere vrijwilligers, terecht om allerhande activiteiten te verrichten. Deze varieerden van koffie zetten in de kantine en kleding sorteren, tot aan het demonteren van radio's en wasmachines en het verkopen van tweedehands artikelen. Bewoners werden lid van de vereniging en hadden zodoende ook zeggenschap over de gang van zaken binnen het centrum en over de bestemming van de opbrengsten. Ook bewoners van andere beschermende woonvormen in de buurt, zoals het Bogermanhuis in Utrecht, vonden hier hun werkzaamheden. Vanuit de instellingen werd enige begeleiding geboden, hoewel de mogelijkheden hiertoe in die tijd beperkt waren.

#### **Afscheid van het oude**

Evenals voor andere particuliere initiatiefnemers was de overgang naar het nieuwe bestel voor mijn ouders een pijnlijk proces. Een proces dat ook begeleiders en bewoners raakte. De Wiltzangk kreeg de rechtspersoon van een stichting en daarmee kwam er een bestuur. Alle bewoners werden gescreend door de Inspectie. Een aantal bewoners met verstandelijke beperkingen werd overgeplaatst naar gezinsvervangende tehuizen. Er kwamen meer en meer bewoners uit psychiatrische ziekenhuizen en meer professionele begeleiders. Mijn vader vond het welletjes en hield het voor gezien. De sfeer in huis veranderde langzamerhand. Het was lang niet meer zo gezellig, aldus een aantal oudere bewoners. Er was minder gezamenlijkheid. Er vormden zich meer subgroepjes. Er werden meer regels ingevoerd. De nieuwe bewoners kwamen "geïndiceerd" binnen. Begeleiders maakten begeleidingsplannen, schreven dingen op in rapportageschriften, bespraken de bewoners met elkaar op een kantoor. Het bestuur deed haar best om de instelling aan alle nieuwe overheidsrichtlijnen te laten voldoen en wierp zich vooral op reglementen en procedures. Kortom: de institutionalisering van de beschermende woonvorm.

Door fusie en regionale spreiding verdwijnt het beschermd wonen in de periode 1985-1993 geleidelijk uit de Bilt en Bilthoven. De bewoners verhuizen naar woningen in de Utrechtse wijk Lunetten. De panden worden door de nieuwe RIBW stuk voor stuk afgestoten en krijgen een andere bestemming.



### Blijvende lijnen

Wat blijft zijn herinneringen aan een uniek huis dat in de loop van ruim 30 jaar voor honderden mensen betekenis heeft gehad. Wat eveneens blijft zijn de waarden die dagelijks in praktijk werden gebracht en die tijdloos zijn: respect voor menselijke eigenaardigheden, geloof in ontwikkelingsmogelijkheden. Zingeving door de kracht van dialoog, van tweerichtingsverkeer: "jij hebt ons nodig, maar wij hebben jou net zo goed nodig". Het is de kracht die schuilt in de 'actieve gemeenschap', zoals Detlef Petry dat noemt. Om een dergelijke gemeenschap te vormen en te voeden zijn leiders met idealen nodig. Mensen zoals Petry op zijn chronische afdeling in Maastricht. Mensen zoals mijn vader in zijn huizen in Bilthoven. In zo'n gemeenschap kunnen mensen in angstige en onzekere perioden van hun leven zichzelf terugvinden. Vanuit dit houvast ontstaat weer hoop en vertrouwen. Van daaruit is het een natuurlijke stap om weer een soort eigen draai aan het leven te gaan geven. Het lijntje naar de hulpverlening kan dan dikwijls gaandeweg dunner worden. Soms resteert niet veel meer dan een telefoonlijntje om, als de behoefte gevoeld wordt, even die vertrouwde stem te kunnen horen. Hoewel mijn vader nu bijna tachtig is, heeft hij met een aantal mensen nog steeds deze lijntjes lopen. Over langdurige relaties en continuïteit van zorg gesproken. Het zijn meestal korte gesprekjes, waarin het meer om het contact zelf gaat dan om de inhoud. Enkele woorden van steun en bemoediging, zoals



J. Wilken: 'voldoening in het werk en iets betekenen voor anderen'.

we allemaal op z'n tijd nodig hebben om gesterkt verder te kunnen gaan. Of we ons nu aan deze kant van de lijn, of net aan de andere kant bevinden.

Jean Pierre Wilken, andragoloog en psycholoog, is directeur Onderzoek &

Ontwikkeling van STORM Rehabilitatie. STORM Rehabilitatie is een landelijk centrum voor opleiding, advisering en onderzoek op het gebied van de psychosociale rehabilitatie.

Correspondentie-adres: Postbus 47, 3720 AA Bilthoven.



door Fons Wijers

# Heftige revolte

Het is bijna twintig jaar geleden dat ik gekozen werd tot voorzitter van de toenmalige Nederlandse Vereniging van Psychiatrische Tussenvoorzieningen (NVPT), de voorloper van de NVBW. In twintig jaar kan tegenwoordig heel veel gebeuren. In 1985 startte het bureau van de NVBW in één kamer bij het NcGv (het huidige Trimbosinstituut), later bij de evenals de NVBW opgeheven NVAGG, koepel van de RIAGG's. Het bureau bestond toen slechts uit één vaste medewerkster, Annemarie Kooistra; in 1997 waren er inmiddels veertien medewerkers in vaste dienst. Ik weet niet meer, wat zoal geleid heeft tot de fusie die het einde van de NVBW als zelfstandige koepel betekent.

In 1961 publiceerde Goffman zijn "Asylums", een gezaghebbende samenvatting van de toen levende bezwaren tegen de algemeen psychiatrische ziekenhuizen als "totale instituties". Tien jaar daarna, in 1971, verscheen in ons land de bestseller "Wie is van hout...". Jan Foudraine nam daarin de gangbare psychiatrische behandelmethoden op de korrel. In die jaren ontstond ook een rijke verscheidenheid aan voorzieningen, vormen van huisvesting en hulp voor mensen die geestelijk niet opgewassen waren tegen de eisen van het moderne leven; ze waren veelal ontsproten aan initiatieven van maatschappelijk bewogen particulieren met een gezonde dosis wantrouwen tegen de algemene

psychiatrische praktijk. In 1981 verscheen een rapport van een interdepartementale werkgroep die voor die voorzieningen de term "beschermende woonvormen" introduceerde, het particulier initiatief geheel omzette in een overheidsbeleid, directe financiering zocht en een soort aansluiting probeerde te vinden op de reguliere psychiatrische zorg.

We zijn nu bijna twintig jaar verder en je vraagt je af waarvoor de beschermende woonvormen nu nog staan. Zijn zij een korte, heftige revolte geweest tegen een gangbare psychiatrische zorg die neigingen tot verstikking van patiënten vertoonde, en is aan hun bezwaren tegemoetgekomen? Heeft de psychiatrie, machtig als zijn instituten, de meest verfijnde inzichten in de krochten van het menselijk gemoed weten te gebruiken om de maatschappelijke verzetshaarden te smoren? Is uit twee tegenkrachten een derde, hogere synthese gevormd die nu gestalte gaat krijgen? Laat ik dat maar hopen: beoordelen kan ik niet. Ik kan het natuurlijk ook wensen. Toewensen. Bij deze, dan.



*Fons Wijers was de eerste voorzitter van de toenmalige NVPT (later NVBW). Hij was voorzitter van februari 1979 tot december 1989.*



# “Ze moeten me hier uitdragen”

Zilver bestek, een trap van marmer en begeleiders op wie je dag en nacht een beroep kon doen. Vijfentwintig jaar lang was het Strandhotel in Zandvoort hèt paradijs voor chronisch psychiatrische cliënten. Maar daar komt verandering in. Nederlands grootste beschermende woonvorm krimpt in. Voor het jaar 2000 zal het gros van de huidige bewoners over de regio zijn verspreid. Slechts twintig bewoners zullen in het Strandhotel over blijven.

Op 16 september 1971 opende het 'Dr. Joshua Bierercentrum' in het Strandhotel in Zandvoort zijn deuren voor psychiatrische cliënten. Acht roerige jaren waren daaraan voorafgegaan waarin de Amsterdamse zakenlieden Caransa en Heineken de hoofdrollen voor zich opeisten. Zij hadden van alles geprobeerd om het Badhotel, zoals het tijdens de opening in 1963 was genoemd, rendabel te maken. Maar zonder succes. Gasten kwamen er nauwelijks en als het Badhotel al in de publiciteit kwam, betrof het slecht nieuws. Geruchtmakend was eind jaren zestig de affaire rond het behendigheids spel 'Saturne' dat een kort leven was beschoren. Na enkele maanden greep de Haarlemse rechtbank in en verbood het roulette-achtige spel. Ondanks de schitterende locatie, op een steenworp afstand van het strand, had het hotel vanaf het begin af aan eigenlijk geen toekomst. De ruim honderd bedden bleven al die jaren grotendeels onbeslagen en dat maakte een gezonde exploitatie onmogelijk.



Heineken realiseerde zich dat als eerste. Hij trok zich terug en Caransa mocht het verder uitzoeken. Het einde liet niet lang op zich wachten. Eind 1970 gingen de deuren van het hotel op slot.

## Uniek

Maar enkele maanden later verschenen krantenartikelen in week- en dagbladen over een nieuwe toekomst van het Strandhotel. En weer een paar maanden later was het grote nieuws een feit. Het Strandhotel werd opnieuw in gebruik genomen omdat het zou gaan dienen als woonvorm voor psychiatrische cliënten. 'Hotelgasten in Zandvoort trainen voor nieuwe levensduur' kopte de Haagsche Courant op 25 september 1971. En: 'Ex-patiënten logeren in Strandhotel' was de boodschap aan de lezers van Hervormd Nederland op 18 december 1971. De pers was razend enthousiast over het initiatief van de sociaal-psychiater dr. P.H. Esser om in het hotel psychiatrische cliënten op te vangen. Het was een unieke mogelijkheid om "mensen die jaren in een gesticht hebben gezeten eens de kans [...] geven weer normaal in de maatschappij te komen. Als iemand tien jaar in zo'n psychiatrisch ziekenhuis is geweest is hij 'gehospitaliseerd'. [...] Hij is na al die jaren zo afhankelijk, dat hij niet meer zelf nadenkt. Het hele verkeer en voorkomen van de maatschappij is voor hem veranderd. Wordt hij als genezen ontslagen dan vraagt het een enorme aanpassing zich weer in die maatschappij te wagen", aldus



Esser over zijn initiatief in de Haagsche Courant van 25 september 1971.

Esser had voordat het zover was een werkgroep in het leven geroepen waarin verschillende mensen uit de wereld van de psychiatrie zitting hadden. Deze groep richtte het Joshua Bierer Centrum op dat in het Strandhotel op volle toeren zou gaan draaien. De naam was toepasselijk gekozen. Bierer was een Engelse psychiater die vlak na de Tweede Wereldoorlog in een Londense buitenwijk een centrum had waarin psychiatrische cliënten werden opgevangen. Bierer was zijn tijd ver vooruit met zijn gedachte psychiatrische cliënten niet weg te stoppen, maar binnen de maatschappij op te vangen opdat ze niet wereldvreemd zouden worden.

#### Tafelzilver

Het Strandhotel paste perfect in die filosofie want alles ademde nog de sfeer van een hotel en niet van een ziekenhuis.

Het schitterend gelegen complex had een fantastische entourage waar de psychiatrische verblijfsafdelingen schril bij afstaken. Geen koud zeil, maar dikke handgeweven tapijten, rode lopers over de marmeren trap en tijdens de diners tafelzilver van de Holland-Amerika Lijn. De bewoners wisten niet wat hen overkwam. „Het was heel bijzonder. Mensen konden een kamer krijgen met eigen douche, bad, toilet en telefoon. Een ongekende luxe. Maar het paste in onze filosofie. Een mens met een psychiatrische voorgeschiedenis moet niet worden weggestopt. Hij



**Ton Fijen, oudste bewoner van het Strandhotel met Albert van der Molen, hoofd van de woonvorm.**

heeft recht op een plaats in de samenleving. Drempels moeten er nauwelijks zijn. Iemand die hier verblijft kan de deur uit gaan en staat vervolgens tussen de mensen op straat”, zegt Fer Haak, directeur van de RIBW Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden, waartoe

Het Strandhotel momenteel behoort.

Voor veel bewoners was dat in die eerste jaren nauwelijks nodig. Het gespreide bedje waar ze in terecht waren gekomen, beviel hen uitstekend. „Eigenlijk was het zo dat voor hen alleen de omgeving veranderde, want ook hier lag in de eerste jaren de nadruk op verzorging. Met dit verschil dat we hier wel een psycholoog en psychiater in dienst hadden en dat er aandacht werd besteed aan methodisch werken, gedragstherapie en groeps-  
werk”, aldus Haak.

Locatiehoofd Albert van der Molen, sinds 1991 werkzaam in het Strandhotel, moet een beetje glimlachen om de boodschap van zijn voorganger Esser dat in het Strandhotel de gasten niet zouden hospitaliseren. „Natuurlijk gebeurde dat wel. Alles was tot in de puntjes verzorgd. Voor elk wissel wasje kon je bij een begeleider terecht. We hadden dag- en nachtverpleging. En ook was hier jarenlang een huisarts in dienst. Sinds een paar jaar is dat veranderd. Als je naar de dokter wilt, moet je er zelf op uit en als een bewoner 's nachts iemand nodig heeft, is die via



**Fer Haak: 'juiste keus'.**



de pieper te bereiken. Dat is precies zoals het ook gaat in andere beschermende woonvormen. Net als de relatie met de Riagg, die is enorm geïntensiveerd. De psychiater en de psycholoog zijn verdwenen. Als je moeilijkheden hebt, dan ga je naar de Riagg. Je kunt zeggen dat we de laatste vijf jaar een normalisatieproces hebben ingezet zoals een beschermende woonvorm hoort te functioneren”.

#### **Financiering**

Het Bierer Centrum draaide de eerste jaren van haar bestaan op de uitkeringen, die bewoners in het kader van de Algemene Bijstandswet kregen. „Dat was niet altijd even gemakkelijk”, zegt Van der Molen. „De leiding moest dan elke maand bij de mensen langs om het geld te innen. En dat was voor velen toch een probleem”. Pas sinds het Strandhotel op 5 november 1990 officieel bij de RIBW ging horen, verloopt de financiering soepel in het kader van de AWBZ. „Dat levert bewoners en begeleiders geen problemen op, zoals vroeger wel het geval was”.

#### **Hoofdschuddend**

Het Strandhotel heeft altijd vanuit het eigen budget dagactiviteiten georganiseerd. Zo was er in het souterrain een hobbyruimte. „Er was sprake van een directe aansturing van de dagbesteding van de bewoners. Elke week stonden gym en yoga op het programma. De leiding was in handen van een fanatieke leraar, bij wie je niet het hart moest hebben om zonder reden afwezig te zijn. Dat dwingende is inmiddels al lang verleden tijd. Nee, ik

#### **Iene Versteegen over het Strandhotel en de verhuizing**

Iene Versteegen (60) woont sinds 1992 in het Strandhotel. Daarvoor woonde ze in een beschermende woonvorm in Haarlem. Samen met haar vriend Pierre voelt ze zich in het Strandhotel als een vis in het water. Hoewel ze in het begin er wel tegenop zag om terug te keren naar Zandvoort. „Ik ben hier geboren en getogen. Maar er ligt hier nogal wat persoonlijk verdriet. Dat maakte het moeilijk om terug te gaan”.



Gelukkig had ze met de overgang geen enkele moeite. „De sfeer is heel fijn met elkaar. En als je eens hulp nodig hebt, kun je altijd bij iemand terecht. Dat is heel fijn”. Glunderend: „Wat hier in december gebeurt is ook geweldig. December is toch een moeilijke maand, maar er worden hier veel activiteiten georganiseerd. Echt fijn”.

Op de bewonersenquête van begin dit jaar kruiste Iene als haar favoriete plek het Strandhotel aan. „Ik zou het heel vervelend vinden om weg te moeten gaan. Natuurlijk word je als je ouder wordt wat gemakkelijker, maar ik moet er niet aan denken om in een kleine groep te wonen. Ik heb meer mensen om me heen nodig. In een kleine groep zou ik me niet lekker voelen. Bovendien heb ik een hier een heerlijke kamer. Ik weet niet of ik dat ergens anders ook krijg”.

kijk niet hoofdschuddend terug op die periode. Onze leidraad was toen en nu het belang van de bewoners. Je deed datgene waarvan je dacht dat het goed was”. De laatste jaren is er veel veranderd. De bewoners hebben meer ruimte gekregen om hun leven zelf in te richten. „De verantwoordelijkheid van het leven

ligt nu veel meer bij hen. Wij zijn meer faciliterend bezig. Continu vragen we ons af of we op de goede weg zijn en wat de wensen zijn van de cliënt.”

### Ontmanteling

Het Strandhotel is een nieuwe weg ingeslagen. Voor het jaar 2000 zullen er nog maar twintig van de huidige 76 bewoners in Zandvoort wonen. Ontmanteling is hard nodig, zegt Van der Molen. „De ontmanteling heeft primair te maken met herallocatie. De plaatsen voor beschermd wonen moeten beter over de regio worden verdeeld. Daar is nu geen sprake van. Het is natuurlijk te gek dat tot nu toe de helft van alle RIBW-plaatsen in Zandvoort is te vinden. In de toekomst krijgen we een veel betere spreiding over de regio”.

Afgezien van het feit dat de paviljoenachtige situatie van het Strandhotel niet meer strookt met de tijdgeest, is er de achterhaalde woonsituatie. „Momenteel wonen vijftig mensen met zijn tweeën op een kamer, die daar niet zelf voor hebben gekozen. Dat gaat natuurlijk ten koste van de privacy en dat kan gewoon niet meer”. Toch moeten veel bewoners er niet aan denken hun zo geliefde Strandhotel te verlaten. Wie kan er nu zonder dat prachtige uitzicht op de zee en de gezelligheid van de bonbonnière? De oudste bewoonster krijgt rillingen alleen al bij het idee. „Weggaan? Ik moet er niet aan denken!”, zegt de 74-jarige Tonny Fijen. De kwieke Fijen hoopt stiekem dat zij tot die uitverkorenen behoort die mogen blijven. „Laat me alsjeblieft hier blijven”. Het is een gevoel dat bij veel bewoners leeft, realiseert directeur

Fer Haak zich. „Het Strandhotel is altijd een plek geweest waar de bewoners zich thuisvoelden. Ik weet zeker dat velen met heel veel spijt hier zullen vertrekken. Dat is één van mijn grootste zorgen”. Toch denkt hij de juiste keus te hebben gemaakt. Uit een vorig jaar onder de bewoners gehouden enquête bleek een grote meerderheid een voorstander te zijn van zelfstandiger wonen. „Het niveau van verzorging in het Strandhotel is hoog. Bewoners zijn daar afhankelijk van. Uit de enquête kwam naar voren dat de meesten zó willen wonen dat hun zelfstandigheid toeneemt”.

### Tonny Fijen over het Strandhotel en de verhuizing



Tonny Fijen (74) is de oudste bewoonster van het Strandhotel. Toen zij in 1986 haar intrek nam in het Strandhotel waren er 105 bewoners. Inmiddels is dat aantal gedaald tot 76.

De levendige Tonny heeft het uitstekend naar haar zin in het Strandhotel. „Hier loopt iedereen door elkaar heen, jong en oud. Daar blijf ik ook jong bij. Het is heerlijk om in zo'n grote groep te leven”, zegt ze.

Wel is ze ongerust over de toekomst van haar paradijs. De grote vraag is of zij tot de twintig uitverkorenen behoort die mogen blijven. Ze moet er niet aan denken te verkassen. „Ik kan niet zonder de zee. En in zo'n klein groepje wonen, nee, dat lijkt me niks. Echt waar, ik vind die plannen vreselijk”. Hard lachend: „Ze moeten me hier echt uitdragen. Maar wie weet maak ik het allemaal niet meer mee en ben ik als het zover is al het hoekje om”.



### Winfried Janssen over het Strandhotel en de verhuizing

Winfried Janssen (43) maakt zich nergens druk over. Dus ook niet over de verhuizing. De stevige Winfried kruist zijn armen voor zijn brede borst en zegt: „Ik ken maar een spreuk: 'my head is my home'. Ongerust over de verhuizing? Welnee!”.

Winfried woont sinds 1990 in het Strandhotel.

Daarvoor woonde hij in een groepje van vier in Hoofddorp. Daar had hij het ook goed naar zijn zin. De overgang naar de grote gemeenschap in het Strandhotel beviel hem ook prima. Lachend: „Het grote voordeel is natuurlijk dat ik hier niet zelf hoef te koken. Ik ben een slechte kok”.

Afgezien van het feit dat hij nooit heeft hoeven te koken, is Winfried van de omgeving gaan houden. „Je hebt hier een geweldig uitzicht op zee. Ik ga er niet vaak naar toe, maar ik geniet er wel van. Behalve in de winter want dan is Zandvoort maar een doods gat”.

Winfried is een van de weinigen die luid verkondigt dat hij volgend jaar ergens anders woont. Medio 1998 zal hij zijn intrek nemen in een woonvorm in Haarlem. „Lekker dichtbij mijn ouders”. Hij is blij dat hij gaat verhuizen, ook al wacht hem dan een minder aangename verrassing. „Mijn hemel, daar zal ik zelf moeten koken. Nou ja, een karbonaadje moet nog wel lukken”.



### Deconcentratie

De plannen voor de ontmanteling van het Strandhotel zijn inmiddels afgerond en liggen ter bestudering bij het ministerie van VWS. De RIBW Kennemerland heeft een aantal projecten op het oog om de bewoners van het Strandhotel over de regio te verspreiden. Medio volgend jaar komt er ruimte vrij wanneer een

voormalige broodfabriek in Haarlem wordt opgeleverd. De fabriek biedt plaats aan in totaal 26 bewoners. Het gaat daarbij om drie groepen van zes en een van acht. Ook komen er enkele rijtjeshuizen vrij die onderdak bieden aan vier groepen van twee en een van vier. In totaal kunnen dan 38 mensen worden geplaatst. Ook het voormalige Riagg-gebouw in Amstelveen komt volgend jaar vrij dat plaats zal bieden aan twintig bewoners. Eind volgend jaar zullen ook nog bewoners kunnen wonen in Overbos in Hoofddorp. Deze voormalige locatie van psychiatrisch ziekenhuis Vogelenzang kan twintig bewoners onderdak bieden. „Tegen die tijd komen er ook nog satellietwoningen vrij zodat het Strandhotel binnen twee jaar aan de eis voldoet van twintig bewoners”, zegt Albert van der Molen, die zich lichtjes zorgen maakt over de deconcentratie. „Ik ben er niet helemaal gerust op. Natuurlijk zijn er bewoners die zich boven verwachting aan de nieuwe situatie zullen aanpassen. Maar of dat voor allen geldt? Ik hoop het”.

### Horeca

Het Strandhotel zelf zal ingrijpend veranderen. Haak noemt de plannen pretentius, maar acht ze nodig om de toekomst te verzekeren. Het gebouw, waarvan souterrain, begane grond en de eerste drie etages in gebruik zijn, zal worden gesplitst. Op de eerste en tweede etage komen twintig appartementen voor beschermd wonen. Van de derde etage wil de RIBW een viertal appartementen verkopen. Daarnaast ligt er nog een plan om de bedrijfsruimtes van het Strandhotel te veranderen in een horeca-



# Op weg naar een eigen secretariaatsbureau

*In 1982 kreeg de NVPT de onbedwingbare behoefte aan een professioneel secretariaat. Het NCW (Nederlands Christelijk Werkverbond) bleek bereid om vanuit eigen brede ervaring het secretariaat te leveren. Zo kwam ik in beeld, want een organisatie moet een mens hebben die het karwei opknapt.*

*Die mens moet ervaring hebben en de weg weten in de gezondheidszorg. Maar: psychiatrische tussenvoorzieningen: wat waren dat?*

*Dat wist Nederland niet of nauwelijks. Probeer dan eens om een beeld op te bouwen en dat beeld een plaats te geven, ergens tussen: het ging immers om tussenvoorzieningen.*

*De eerste voorzitter in die dagen was drs. A.F. Wijers, Fons, een man van formaat. Het was een feest om met hem te werken: de vergaderingen voorbereiden en afwerken en intussen relaties opbouwen. Ook toen al was het netwerk onmisbaar.*

*De overheid? De weg liep via de M van het toenmalige Ministerie van CRM (Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk). Daar begrepen ze er niets van en wat erger is: ze deden niets. Zelfs een afspraak om een brief te sturen bleek zinloos: het gebeurde gewoon niet. Tot de maat vol was en Fons een magistraal verhaal hield voor de ambtenaren. Helaas is er geen bandopname van gemaakt.*

*Fons kon dat: messcherp zijn en toch uiterst vriendelijk blijven.*

*Hoe ging het in de vereniging? Het deed mij denken aan het sprookje over de prins die als één van de opdrachten om de prinses te krijgen, een kruiwagen met kikkers op een maanlichte nacht naar de overkant moest brengen. Kikkers waren er ook in NVPT!*

*Van een vereniging een club maken met eenheid van doelstelling*



*met alle neuzen dezelfde kant op is een primaire taak van een voorzitter. Een hell of a job. Er was een man, V., die niet schroomde om de integriteit van de voorzitter en zelfs van mij, in ernstige twijfel te trekken. Wij zijn geen gezondheidszorg zei V., maar maatschappelijke dienstverlening. Fons hield vol: we zijn deel van de gezondheidszorg, maar geen medische zorg.*

*Langzamerhand kwamen de stukjes van de puzzel op hun plaats. Een regulier overleg met de algemeen psychiatrische ziekenhuizen en de Riaggs, heel vrijblijvend nog, kwam van de grond.*

*De NVPT had moeite met de vorming van de RIBW's, met name en begrijpelijk, de leden met een levensbeschouwelijke achtergrond.*

*De AWBZ werd, eerst aarzelend, de financieringsbron. De NVPT, later NVBW, begon "smoel" te krijgen. De behoefte aan een eigen, aanspreekbaar bureau komt dan vanzelf. Zodoende kon deze secretaris zich terugtrekken.*

*Helaas gold dit ook voor Fons, geveld door een hartafwijking. Hem komt de eer toe de kikkers naar de overkant gebracht te hebben. Dan ontstaat er de behoefte aan een ander type voorzitter, die kan voortbouwen op de pioniersfase, die voorbij is.*

*De tijd gaat voort, evenals de ontwikkelingen. Nu verdwijnt de NVBW en zo is het goed. De geestelijke gezondheidszorg, door velen nog gezien als een softe sector, moet zich nu maar sterk maken, ten dienste van patiënten of van cliënten, maar what's in a name? Ik zal op afstand toezien. Het gaat een ieder goed.*

*Aart Jan Chardon was de eerste secretaris van de NVPT en later adviseur van de NVBW.*



### Minnie van Ee over het Strandhotel en de verhuizing

Begeleidster Minnie van Ee werkt sinds 1988 in het Strandhotel. Ze heeft het er altijd goed naar de zin gehad. „'s Morgens kom ik hier binnen en 's avonds ga ik altijd met een fijn gevoel naar huis. Dan heb ik zelf ook een leuke dag gehad”.



De laatste jaren is er in haar werk wel het een en ander veranderd. Het rehabilitatiedenken heeft voor een omslag gezorgd in haar werkzaamheden. Volgens Minnie bestaat er een wereld van verschil tussen het werk van vroeger en van nu. „Vroeger stond je altijd klaar. Als een bewoner iets wilde, zocht jij dat uit. Dat is nu anders. De bewoners worden nu minder verwend en moeten zelf meer uitzoeken. Ik vind dat soms wel moeilijk. Vaak neem ik een klusje van een bewoner over. Tja, ik ben nog een beetje ouderwets”, lacht ze.

Anders dan de meeste bewoners beschouwt Minnie van Ee de overgang naar klein wonen wel als een uitdaging. „Het lijkt me spannend om in een huis met zes of tien bewoners te starten en hun te begeleiden met koken, boodschappen doen. Maar niet alleen voor mij als begeleidster is het een uitdaging. Dat geldt nog sterker voor de bewoners”.

en cateringproject. Een project dat de werkgelegenheid ten goede komt en dat werkleerplaatsen zal bieden aan psychiatrische cliënten. Overigens zal er geen koppeling ontstaan van werken en wonen onder één dak. In de nieuwe plannen zijn zij nadrukkelijk gescheiden activiteiten. Haak is al met al optimistisch: „Op deze manier heeft het Strandhotel voor de toekomst opnieuw een belangrijke functie”.

De directeur heeft wel gemengde gevoelens bij de ontmanteling van het Strandhotel. „Wij hebben binnen de NVBW altijd een kritische positie ingenomen. Want wat wij deden stond haaks op het idee van de NVBW dat kleinschaligheid voorstond. Toch hebben wij aan die grootschaligheid vastgehouden. Je kunt niet in één keer overgaan op deconcentratie. Daar komt bij dat die grootschaligheid ook een functie had. Wij hebben hier een vrouw gehad die volstrekt afwijkend gedrag vertoonde. Als de zee tekeer ging, stond zij vaak prekend op het strand. Ik weet zeker dat zij in een kleine beschermende woonvorm geen bestaansrecht zou hebben gehad. Hier konden mensen in de anonimiteit verkeren”.

Na even nadenken: „Toch is de sluiting goed. Het prikkelt de mensen in een nieuwe dynamiek. De nieuwe omgeving biedt hen meer mogelijkheden voor een individuele ontwikkeling. Dat geeft hen de kans om op verantwoorde wijze risico's te nemen en om de kwaliteit van hun leven te verbeteren.”



# ”Begeleiding geeft richting aan mijn leven”

Met heimwee denkt ze nog wel eens terug aan de jaren dat ze groot-schalig beschermd woonde. Natuurlijk was het leven met zeventien anderen niet altijd gemakkelijk. “Je zat snel op elkaars lip”, zegt Tineke van den Boogaart (47). Maar aan de andere kant was het wel vaak gezellig en viel er elke dag wel iets te lachen. Begeleiders de schrik aanjagen met nekkots of rubberen eieren. „Ja, dat waren mooie tijden. Toen ik in een dependance ging wonen, was dat allemaal in een klap over”, zegt ze met spijt in haar stem.

De in Zeeland geboren en getogen Tineke zit boordevol verhalen. Niet zo verwonderlijk, want in haar leven heeft zij de kleurrijke en minder kleurrijke kanten van de geestelijke gezondheidszorg goed leren kennen. Vooral het hoofdstuk beschermd wonen kent voor haar geen geheimen meer. Na twee jaar opname in een psychiatrisch ziekenhuis woont zij vanaf 1982 in een woonvorm. Zes jaar lang woonde ze met zeventien anderen in De Dillenburg in Breda, daarna werd de woonvorm in dependances opgesplitst en woonde Tineke met drie anderen samen. Sinds 1991 woont ze beschermd zelfstandig in een stille, groene buitenwijk van Breda. Haar ruime flat staat helemaal in het teken van cavia's. Het is de grote hobby van Tineke die regelmatig meedoet aan kleine knaagdierenshows. Begin juli was het drie maal prijs tijdens de vierde Caviadag in 's-Heerenberg. Vol trots laat ze een paar bekertjes zien. „Ik deed met vier cavia's mee. Eén kreeg het predikaat 'fraai', twee het predikaat 'zeer goed'. Terwijl er ruim tweehonderd cavia's waren”.

Haar begeleidster ziet haar hobby met afgrijzen aan, zegt Tineke, die enig gegniffel niet kan onderdrukken. „Het gaat zo stinken, vindt ze. Toen ik haar vertelde dat een professionele fokker gemiddeld zestig,



In de praktijk begonnen de problemen...



zeventig cavia's heeft, schrok ze wel. Ach, ik zal het bij deze tien wel laten. Misschien dat ik een paar hokken op het balkon neerzet, dat scheelt weer".

### **Spaans rietje**

In het gezin waar Tineke opgroeide, in Vlissingen, was weinig aandacht voor elkaar. Vader had het druk in zijn drogisterij, moeder hielp mee terwijl er ook nog een hulpbehoevende oma in huis woonde. Voor Tineke was er weinig tijd. Later werd er nog een zusje geboren. „Het ergste waar ik onder gebukt ging was dat er thuis zoveel spanningen waren. Iedereen deed maar wat".

Toen ze twaalf was, vertrok het gezin om godsdienstige redenen naar Australië. Tineke's moeder was lid van Christian Science. Een beweging die geneesmiddelen afzweert en vertrouwen heeft in genezing door gebed. „Die opvatting strookte natuurlijk niet met onze broodwinning, de drogisterij". Uit heimwee keerde het gezin na een jaar weer terug naar Nederland. Tot grote opluchting van Tineke. „Je had overal van die borden met waarschuwingen. Als je door die spin werd gebeten, moest je je binnen een uur op die post melden. Bij een slangenbeet moest je je razendsnel weer op een andere post melden. Ik gruwde ervan. Bovendien hadden ze op school nog het lijfstraffensysteem. Gelukkig heb ik nooit echt met het Spaans rietje gehad, maar de dreiging was eng genoeg".

### **Borduren**

Eenmaal terug vestigde het gezin zich in Zierikzee. Vader Van den Boogaart begon daar een drogisterij. „Tussen mijn moeder en mij

waren er problemen. Ik bleef last houden van spanningen die zich lichamelijk uitten. Ik kreeg het vaak benauwd en had last van hyperventilatie". Inmiddels zat ze op de huishoudschool. Zonder veel moeite kwam ze de schooljaren door, maar op persoonlijk vlak ging het bergafwaarts. „Ik durfde nauwelijks contacten met anderen te maken. Vaak zat ik alleen thuis te borduren". Na haar examen besloot ze inrichtingsassistente te worden. Dat betekende nog eens twee jaar naar school. „In de praktijk begonnen de problemen. In het ziekenhuis waar ik stage liep, was ik niet de snelste. Ik kon het allemaal niet bijbenen. Van de spanningen raakte ik chronisch vermoeid". Toch maakte ze haar school af, waarna ze een half jaar in een confectione-atelier werkte. Maar ook daar wilde het niet vlotten. „Mijn onzekerheid bleef bestaan en ik stopte met werken".

Na een gesprek met de directeur werd besloten dat Tineke, inmiddels negentien jaar, naar de Mavo mocht gaan. Tussen kinderen van veertien zat zij plotsklaps als volwassene. „Lichamelijk gesproken dan. Want geestelijk liep ik een paar jaar achter en was ik de gelijke van mijn klasgenootjes. Weer had ik last van spanningen, ik zat vaak op de wc. Ze zullen vast hebben gedacht dat ik het aan mijn blaas had". Toch waren het goede jaren. Eindelijk kreeg ze het gevoel dat ze iets waard was. Langzamerhand daagde er een nieuw levensdoel bij Tineke. „Ik zat zo graag op school. Ik wilde onderwijzeres worden". Na de Mavo ging ze naar de Havo. 24 uur per dag was ze bezig met haar school en het resultaat mocht er zijn. Ze slaagde met vlag en wimpel en begon op haar zesentwintigste aan de Pedagogische Academie. Daar strandde ze door een onvoldoende tijdens de stage



door Peter van Lieshout

# Het verkeerde gezelschap

Wanneer het precies was, weet ik niet meer, maar het was in ieder geval omstreeks 1985. De locatie herinner ik me nog goed: een dompig zaaltje in Amersfoort. Bijeen was de ledenvergadering van de NVBW. Ik was zelf geen lid, maar ik mocht er toch bij: als wetenschappelijk medewerker van het toenmalige NcGv probeerde ik een onderzoekslijn rond beschermende woonvormen te cultiveren. Daarom was ik een geaccepteerd toehoorder. De sfeer in de zaal was om te snijden. Fons Wijers, de toenmalige voorzitter, probeerde zoals altijd orde te bewaren in de vaak tumultueuze vergaderingen, maar deze keer lukte het hem niet meer. Door verschillende mensen in de zaal werd zijn integriteit ter discussie gesteld. Emoties laaiden op. Iedereen sprak door elkaar en er was niemand meer die leiding gaf of kon geven. Ik liet me meeslepen om ondanks mijn status als toehoorder een emotioneel beroep te doen op het gezelschap om in ieder geval enige cohesie te bewaren, omdat anders de sector als geheel het slachtoffer zou worden. Het had geen enkel effect.

Het formele strijdpunt was duidelijk: de NVBW werd verlamd door een tweestrijd tussen de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg. Inhoudelijk, daar was iedereen het wel over eens, was beschermd wonen vooral een vorm van dienst-



Prof. dr. Peter van Lieshout is directeur van het NIZW (Nederlands Instituut Zorg en Welzijn) en lid van de RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg).

verlening. Dienstverlening aan mensen met een medisch te duiden stoornis, maar er kwam binnen de instellingen verder geen dokter aan te pas. Positioneel, zo meenden velen, was aansluiting bij de AWBZ echter een interessante optie: daar zat het geld en daar had je zekerheid. Hoeveel water doe je echter in de wijn? Over die vraag konden de geledingen het niet eens worden. Zakelijke argumenten speelden daarbij overigens een beperkte rol: voor velen was de strijd persoonlijk geworden.

Zo'n tien jaar geleden had de NVBW grote angst voor 'medicalisering van de dienstverlening'. Nu ligt dat wezenlijk anders. Nu heet het angstwoord voor de andere kant plotseling 'vermaatschappelijking van de gezondheidszorg'. Het lijkt er op dat de maatschappelijke dienstverlening niet zozeer is aangetast door de gezondheidszorg, maar dat de gezondheidszorg is aangetast door de maatschappelijke dienstverlening. Blijkbaar heeft tien jaar geleden het verkeerde gezelschap zich panisch gedragen.



in het tweede jaar. Een moeilijke periode brak aan. De drogisterij waar haar ouders werkten, hield op, het huwelijk stond op breken en Tineke besloot op zichzelf te gaan wonen. En toen ging het mis. „Ik zat daar alleen in mijn flatje, met een niet afgemaakte opleiding en ik had geen contacten. Ik raakte overspannen en durfde nauwelijks de straat op te gaan”. Groeps gesprekken bij de Riagg leidden niet tot verbetering, Tineke voelde zich hoe langer hoe ellendiger. Nadat haar ouders waren gescheiden, trok ze bij haar moeder in. Daar ging het niet beter en Tineke vertrok in 1979 naar psychotherapeutisch centrum De Viersprong in Halsteren waar ze een jaar zou blijven. Tineke was niet in staat om alleen te wonen en te werken. „Dat ging gewoon niet. Ik zat er nog geen drie dagen of ik durfde al niet meer in mijn eentje de straat op”.

#### **Uitgepraat**

Later belandde Tineke in psychiatrisch ziekenhuis Vrederust, ook in Halsteren, waar ze ruim twee jaar verbleef. „Ik had het er wel naar mijn zin. Je werd lekker beziggehouden met zwemmen, therapie, enzovoort. Ik hoefde niets en vond het allemaal wel best zo”. De begeleiding dacht daar anders over. Ze zochten naar een mogelijkheid om Tineke buiten het ziekenhuis te laten wonen. „Ze zeiden dat als ik nu niet weg zou gaan ik nooit meer weg zou komen”. De keus viel op Breda, woonvorm De Dillenburg. Na een maand proefdraaien gaf de maatschappelijk werkster het groene licht. In het begin was het wennen, erkent Tineke. „Dan werd je ingeschakeld om de was te doen voor de hele groep. Of te koken. Nou, als een begeleider tegen me zei dat ik iets moest doen, gooide ik de kont tegen de krib. Thuis

had ik altijd dingen moeten doen. Dat wilde ik niet meer. Nee, in de groep was ik niet de gemakkelijkste”. Sowieso had ze moeite met de begeleiding. „Ik versleet de ene na de andere. Iedere twee jaar had ik een nieuwe mentor nodig, want dan waren we uitgepraat”.

Met haar medebewoners ging het samenleven redelijk. „Niet echt goed. Als er twee ruzie hadden, had de hele groep daar last van. Iedereen raakte betrokken bij elkaars spanningen. En dat vond ik best moeilijk”.

In huis ontstond al snel een tweedeling. De ene groep was actief en trok er veel op uit, de andere groep 'bleef lekker thuis zitten'. Tineke behoorde tot de eerste groep. Maar, zegt ze: „Ik durfde er niet alleen op uit te gaan. Ik was altijd afhankelijk van iemand anders die mee-ging”. Van de actievelingen die er vaak op uittrokken om een nieuwe groenteboer in de omgeving te zoeken of gewoon om lekker te fietsen, was Tineke degene die de aandacht naar zich toetrok. Goed gebekt en spontaan als ze is, raakte ze na enkele jaren in De Dillenburg steeds meer op de voorgrond. Eindelijk kreeg ze de ruimte om zich te ontplooiën. Lachend: „Een paar zomers achter elkaar heb ik tientallen potten jam gemaakt die het huis met smaak opat. Begeleiders graptten dat er een nieuwe Herofabriek werd opgericht”. Ze bemoeide zich overal mee en haar medebewoners vroegen haar dikwijls om raad. In 1984 werd ze door de LPR (Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg) uitgenodigd om een studiedag bij te wonen, een schitterende ervaring. Het stemde Tineke tot nadenken. Moest er in De Dillenburg eigenlijk niet een bewonersraad worden opgericht? De



raad kwam een jaar later van de grond en Tineke werd onmiddellijk tot voorzitter gebombardeerd. Bovendien werd ze gevraagd om de LPR te versterken.

### Gezellige drukte

Een belangrijke oorzaak dat Tineke zich zelfverzekerder begon te voelen waren haar therapieën. In Rotterdam was zij bij een hypnotherapeute en ook in Breda volgde ze therapieën. Eind 1987 hield De Dillenburg op te bestaan en kwamen de bewoners in dependances te wonen: „De hele groep werd opgesplitst in kleine eenheden van drie of vier mensen. Drieëneenhalf jaar heb ik in zo'n klein groepje in hartje Breda gewoond. Het is veel persoonlijker allemaal dan in zo'n grote groep. In het begin beviel me dat ook wel. Met zijn drieën of vieren kon je gemakkelijk besluiten om bijvoorbeeld 's middags warm te eten. In De Dillenburg kon dat niet. Maar o wee als je met iemand woont waar je niet mee kan opschieten. Dat brengt veel spanningen teweeg”. Lange tijd boterde het niet tussen Tineke en een medebewoonster die van 'gezellige drukte' hield. „Die wilde het liefst de hele dag de tv en de radio aan. Ik kreeg het er benauwd van. In een grotere groep had ik daar natuurlijk minder last van gehad. Gelukkig was er de tuin waar ik veel in werkte en die er mooi uitzag. Ook ging ik vaak weg. Ik deed vrijwilligerswerk in een bejaardentehuis en in een vegetarisch restaurant waar ik vegetarisch leerde koken. Maar toch kreeg ik in het huis vaak het gevoel dat we elkaar op de lip zaten. Gelukkig veranderde de samenstelling van de groep met enige regelmaat waardoor de sfeer veranderde. Het leven in een kleine groep vond ik heel moeilijk. Je werd steeds geconfron-



Zo snel geef ik mijn eigen plekkie niet op...

teerd met de problemen van de ander. Daar kon ik eigenlijk niet tegen”.

### Kriebelen

Begin 1991 kreeg Tineke's begeleidster een nieuwe baan als hoofd van de RIBW in de Haagse Beemden, een buitenwijk van Breda. Zij kwam met een verrassend en ook een beetje eng voorstel voor de dag. Of Tineke geen zin had in De Beemden, waar gevarieerde groepen zouden wonen, zelfstandig beschermd te gaan wonen. Het begon te kriebelen bij Tineke, die er wel wat voor voelde, maar er in



eerste instantie voor terugschrok. „Ik zat in de binnenstad van Breda waar het hartstikke gezellig is en ik had een tuin. Ook was ik een beetje bang. Toen ik na de Pedagogische Academie alleen op een flatje ging wonen, was ik overspannen geraakt. Wie gaf me de garantie dat het nu wel goed zou gaan?” Begeleidster Anneke stelde Tineke gerust. Mocht ze het niet aan kunnen, dan zou ze toch gewoon weer in een groepje gaan wonen? Wat Tineke over de streep trok was dat haar medebewoonster met wie ze in de dependance had gewoond, naast haar zou komen wonen. „Op de tweede etage, zij op 222 en ik op 220. Ik was dolblij dat zij ook ging. Anders had ik het misschien niet gered. We waren elkaar tot grote steun. Jeetje, wat een leuke tijd was dat. Samen behang en verf uitzoeken. Dat mocht je helemaal zelf bepalen. Geweldig”.

Met hulp van een begeleider vertrok ze naar Zeeland waar nog meubels stonden en het grote werk kon beginnen; de verhuizing. De zenuwen gierden Tineke door de keel, maar uiteindelijk was het voorjaar 1991, de zaterdag voor Pasen, eindelijk zover. Daar zat ze dan, in haar nieuwe woning, de koning te rijk. „Het duurde nog een hele tijd voordat alles was ingericht, maar dat vond ik niet erg. Ik sliep vanaf het begin goed en mijn vriendin en ik kwamen elke dag bij elkaar. We gingen vaak samen dingen doen en aten elke middag samen. En ook 's avonds zochten we elkaar op”.

### Zelfbevestiging

Aan de gezelligheid kwam echter snel een einde. Er trad verwijdering op tussen de beide vriendinnen. Tineke's vriendin keerde terug naar een groep. Tineke bleef alleen achter, kreeg een nieuwe buur-

vrouw met wie het contact niet echt wilde vloten en kreeg het moeilijk. „Ik heb me in die tijd wel alleen gevoeld”. Van grote steun was en is nog steeds haar begeleidster Roos. Die ziet ze elke week, en daar is Tineke meer dan blij mee. „Zij is al vijf jaar mijn begeleidster. Een heel verschil met vroeger. Roos vult aan wat ik vroeger heb gemist. Een stuk zelfbevestiging. Naast Roos krijg ik ook nog elke dag begeleiding, maar wie dat is, dat verschilt van dag tot dag”. Zonder begeleiding zou Tineke niet kunnen, daar is ze van overtuigd. Elke dag begint ze dan ook met een kort bezoek ('een kwartiertje') aan 'het kantoor', de personeelsruimte van de woonvorm, vlakbij haar huis. Daar vertelt ze wat haar plannen zijn voor die dag. „Ik heb een vast ritme nodig. De bezoeken die ik zelf 's morgens aan het kantoor breng en de dagelijkse begeleiding geven steun en richting aan mijn leven. Ik heb denk ik een vaste hoeveelheid aandacht nodig”. Tineke kent zichzelf goed en weet dat er maar heel weinig voor nodig is om uit haar evenwicht te raken. Dat vergt veel van de begeleiding, weet ze. „Als ze me per ongeluk een dag overslaan, wat zelden of nooit gebeurt, dan krijg ik zo'n enorme spanning. Een gevoel dat ik in de steek word gelaten. Zonder begeleiding kan ik absoluut niet. Ik denk dat het wel een paar jaar duurt voordat ik zonder die aandacht kan”.

### Treden

Tineke kreeg in de flat steeds meer last van haar benen en het lopen werd steeds zwaarder. „Elke dag die vijftig treden op, dat werd me te veel”. Gelukkig zorgde de RIBW ervoor dat Tineke vorig jaar een etage lager kon wonen, in een nog ruimere woning. Inmiddels was er in haar persoonlijke leven het een en ander veranderd. Tineke bleef



# Beschermd wonen, het kan verkeren

Het zal zo'n tien, twaalf jaar geleden zijn dat een aantal enthousiaste en bij de sector betrokken mensen op het idee kwamen om een club op te richten van werkers in beschutte, beschermende en begeleide woonvormen. Ik kreeg de tip om dan toch vooral eens met de heer Mevis van de Pameijerstichting te gaan praten. Zo iemand zou zeker geïnteresseerd en veel willen doen aan de emancipatie van de werkers in de diverse woonvormen. Let wel in die dagen was er geen tot weinig aandacht voor de werkers. Langzaam begon wel door te dringen dat het anders moest, en dan niet alleen de huisvesting maar vooral de bejegening, de omvang met de bewoner moest veranderen. Veel literatuur over begeleidingsmethodieken: hoe zorg je voor de emancipatie van iemand die eigenlijk afhankelijk is of hoe kom je van behandelen tot onderhandelen, was er niet.

Zo iets zou de directeur van de Pameijer toch moeten aanspreken. Nou dat deed het misschien wel, maar ik was voor hen totaal verdacht. Ik werd absoluut gewantrouwd. Eigenlijk was de redenering heel simpel. Ik werkte in die tijd als onderzoeker bij de Bavo, om een evaluatie-onderzoek te doen naar kleinschaligheid in de intramurale psychiatrie. We schreven over de Bavo plannen (let wel toen nog in Noordwijkerhout) zeer kritisch. Maar dat deed er niet toe. Ik kwam of werkte in de buurt van de Bavo, en dus in de buurt van het psychiatrisch ziekenhuis en daar kon simpelweg niets goeds uit voortkomen. Discussie gesloten: we doen niet mee aan een APZ-initiatief.

Nu tien, twaalf jaar later, is het één club geworden, één koepel van al die nijvere werkers in de geestelijke gezondheidszorg. Het zou ondenkbaar zijn, om vanuit de wereld van de beschermende woonvormen nu nog zo afwijzend te reageren, simpelweg omdat dat uit het APZ komt. En dat is maar goed ook. De scheidslijnen, de scherpe institutionele tegenstellingen zijn verdwenen, er is



plaats gemaakt voor het functionele denken. De vroegere tegenstellingen zijn als het ware opgelost in zorgprogramma's, waarin voor de specifieke doelgroep - het doet er niet toe vanuit welke organisatie - zorg op maat geleverd wordt. Natuurlijk is dat een goede zaak: lang leve de samenwerking. Maar ja, laatst kwam in het College voor Ziekenhuisvoorzieningen de recente beleidsbrief van het Ministerie aan de orde. Een brief die in mijn ogen een tikkeltje conservatief is en vooral geschreven lijkt te zijn vanwege de gedachte dat je nooit meer kritiek mag leveren op het APZ. Zo staat er in die brief niet meer dat de afbouw van (overbodige) bedden te langzaam verloopt. Nee, het ministerie is blij dat er geen uitbreiding plaatsvindt.

Een vertegenwoordiger van het nieuwe GGZ Nederland verklaarde in die vergadering zeer tevreden te zijn over die brief. Ja, dat valt te begrijpen. De leden van het College die vroeger vanuit de NVAGG, of vanuit de NVBW ongetwijfeld over het mislukken van het subsidiebeleid en de trage medewerking van menig APZ flinke kritische opmerkingen geplaatst zouden hebben, deden er het zwijgen toe.

Kijk, natuurlijk was de Pameijer te achterdochtig, natuurlijk moet het functionele denken de overhand krijgen, natuurlijk is samenwerking te verkiezen boven onnodige verkettering. Maar wie bewaakt het erfgoed van het beschermd en begeleid wonen, wie zorgt er binnen het mammoet geweld voor enige tegenwicht? Is het gedachtengoed van de vroegere NVPT, de latere NVBW voldoende uitgekristalliseerd, voldoende doordacht en ontwikkeld om nu al over te gaan in het grote geheel?

Veel, heel veel zal afhangen van de werkers in de sector beschermd wonen, veel, heel veel zal afhangen van die mensen die onverbiddeijk staan voor een maatschappelijke integratie van de bewoners. En al die mensen zullen iets van de hardnekkigheid van Sjef Mevis nodig hebben. Ik wens die mensen in die strijd heel veel sterkte. Bert Holman is hoofd Cluster Care van Zorgverzekeraars Nederland



haar vriendin in haar nieuwe woonvorm wel opzoeken en daar kwam ze Jos tegen. Ze raakten goed bevriend met elkaar. Maar naar samenwonen staat haar hoofd niet. „Zo snel geef ik mijn eigen plekje niet op. Dan loop je weer het gevaar dat je constant met elkaars problemen wordt geconfronteerd. Jos komt elke dinsdagmorgen hier en zaterdag gaan we samen naar de markt inkopen doen en dan gezellig een kop koffie drinken in het café”. Veel vaker kan ze Jos ook nauwelijks zien want haar week zit boordevol activiteiten. Ook zonder het voorzitterschap van de bewonersraad, dat ze acht jaar lang vervulde. „Ik raakte er teveel bij betrokken en dat wilde ik niet meer. Ik wilde niet de hele dag met psychiatrie bezig zijn”. Ze roept uit: „Het is geen hobby van me!”. Veel liever is ze bezig met haar echte hobbies. Blokfluit- en tekenles, houtbewerking, naailessen, visites afleggen, en natuurlijk haar cavia's. Op de club, waar maar een paar mensen weten dat Tineke in een psychiatrische woonvoorziening leeft, bereidt ze zich al voor op de komende caviashow. „Dat wordt moeilijk hoor! Er is veel concurrentie. Het zou fantastisch zijn als er weer een paar cavia's het predikaat 'fraai' meekregen. Daar hoop ik maar op”.





# Hoofdstuk 2









door Jan Willem van Zuthem

*De ontwikkeling van beschermd wonen van 1989 tot heden*

# Van impasse naar voltooiing

**In 1989 wordt de sector beschermd wonen officieel onderdeel van de geestelijke gezondheidszorg: op 1 januari van dat jaar treedt de verstrekking RIBW in werking. Na een moeizame start komt dan de ontwikkeling van de sector goed op gang. In alle regio's worden RIBW's gevestigd en het aantal plaatsen groeit sterk. Achtereenvolgens komen aan de orde; de situatie in 1989, de veranderingen in zorgvisie, ontwikkelingen in het aanbod en de situatie in 1997. Maar gaat het nu naar voltooiing toe of..?**

## De situatie in 1989 en 1990

De ontwikkeling van de sector beschermd wonen verkeert in 1989 in een ernstige impasse. Hiervoor zijn verschillende oorzaken. In 1986 zijn de beschermende woonvormen onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) geplaatst. Deze regelgeving blijkt een grote hindernis bij het zoeken naar huisvesting op de reguliere woningmarkt. Het belemmert niet alleen de uitbreiding met nieuwe plaatsen, maar ook de herhuisvesting van bestaande plaatsen in beschermende woonvormen waarvan er velen dringend aan vervanging toe zijn.

Een tweede oorzaak is dat van de beoogde substitutie van bedden uit algemene psychiatrische ziekenhuizen naar plaatsen in beschermende woonvormen niets terecht komt. Het verzet van de psychiatrische ziekenhuizen om aan de substitutie mee te werken is even massaal als

succesvol. Zij vrezen een belangrijke vermindering van inkomsten, omdat de verblijfsafdelingen in het ziekenhuis relatief het minste kosten en een belangrijke financieringsbron zijn voor de veel duurere bedden in de acute sector. De ziekenhuizen beroepen zich op de geringe financiële mogelijkheden van de sector beschermd wonen en vinden het overheidsbeleid niet uitvoerbaar. Door mee te werken aan substitutie zouden zij de aan hun zorg toevertrouwde patiënten een ongewisse toekomst insturen. Een gevolg van de geplande substitutie is dat de verhouding tussen psychiatrische ziekenhuizen en de (zich vormende) RIBW's bij voorbaat onder grote druk komt te staan. Veel ziekenhuizen ervaren de RIBW-vorming als een regelrechte bedreiging en weigeren hun medewerking te geven. In een aantal regio's duurt het daarom nog jaren voordat een begin kan worden gemaakt met de RIBW-vorming. Pas in 1992 vindt de werkelijke doorbraak plaats.

Een derde belangrijke oorzaak van de impasse is dat bewoners in beschermende woonvormen onvoldoende mogelijkheden hebben voor een zinvolle dagbesteding. De meeste bewoners van beschermende woonvormen hadden in het verleden werk of

konden terecht bij de sociale werkvoorziening. Tot het eind van de jaren zeventig kunnen de meeste voorzieningen nog als toelatingseis hanteren dat bewoners overdag een geregelde vorm van dagbesteding hadden. Door de groei van de werkloosheid en de sterk verminderde



koken...





toegankelijkheid van de sociale werkplaatsen met name voor mensen met psychiatrische problemen wordt dagbesteding een groot probleem.

De stagnatie is aanleiding voor Van Borssum Waalkes de toenmalige hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid om zich openlijk af te vragen of de beschermende woonvormen nog wel toekomst hebben. Hij bekritiseert in scherpe bewoordingen het overheidsbeleid: "Hoe is het anders te verklaren dat een overheid die zegt alles te doen om de beschermd wonensector tot ontwikkeling te brengen, tegelijkertijd alles doet om dat te doen mislukken?".

#### **Verstrekking RIBW in 1989**

Het jaar 1989 is om meerdere redenen een overgangsjaar. Vóór 1989 is duidelijk dat de ontwikkeling van de sector stagneert. Vanaf 1990 komt de sector duidelijk van de grond.

Op 1 januari 1989 wordt de AWBZ-verstrekking 'Hulp door of vanwege een RIBW' van kracht. De verstrekking blijkt een strak keurslijf die de aanvankelijke doelgroep en zorgverlening duidelijk inperkt. Het verstrekkingenbesluit bepaalt dat een indicatie alleen kan worden gesteld bij een verzekerde 'die ten gevolge van een psychiatrische stoornis reeds langere tijd beperkt is in zijn sociaal functioneren'.

De verstrekking heeft alleen betrekking op het verblijf en de woonbegeleiding in een beschermende woonvorm.

Andere vormen van maatschappelijke ondersteuning en bemid-

deling vallen buiten de regeling en worden niet gefinancierd. Ook de psychiatrische woonvoorzieningen en de dagbestedingsprojecten maken geen deel uit van de verstrekking.

Een gevolg van de verstrekking is dat veel beschermende woonvormen niet langer toegankelijk zijn voor veel mensen uit de oorspronkelijke doelgroep, de psycho-sociaal kwetsbaren. Iemand die bijvoorbeeld na een echtscheiding zichzelf ernstig verwaarloost, steeds meer gaat drinken, conflicten krijgt in de buurt en neigt tot zwerven, kon in het verleden terecht in een beschermende woonvorm. Zeker wanneer ambulante hulp niet toereikend was. Het verstrekkingenbesluit betekent dat deze mensen alleen geplaatst kunnen worden als er sprake is van een psychiatrische stoornis. Overigens lijken de meeste indicatie-commissies na enkele jaren soepeler te werk te gaan. Een belangrijke afweging is of er wel of geen andere hulpverleningsmogelijkheden zijn.

#### **Perspectiefnota in 1990**

De problemen uit 1989 waren voor de Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen (NVBW) aanleiding tot het uitbrengen van een Perspectiefnota. De nota geeft aan waarom de beleidsvoornemens uit de jaren tachtig niet waren gerealiseerd. Tevens bevat de nota een pleidooi voor meer financiële middelen, ondermeer voor het opzetten van centrale bureaus; uitbreiding van het aantal plaatsen en het investeren in de deskundigheid van de medewerkers.



door Hans Elich

# Opvang en gezelligheid voor een paar grijpstuivers

*Begin tachtiger jaren kreeg het College voor ziekenhuisvoorzieningen voor het eerst te maken met beschermende woonvormen, toen nog bekend onder namen als psychiatrische tussenvoorzieningen, hostels, pensioentuizen en sluisinternaten.*

*Door het toenmalige Ministerie van CRM was het College gevraagd om onderzoek te doen naar de bouwkundige kwaliteit van de woonvoorzieningen. In het kader van dit onderzoek werd een bezoek gebracht aan nagenoeg alle huizen. Er bleek een grote verscheidenheid naar omvang, beheersvorm, personeelsbezetting, opleiding van het personeel en verpleegprijs. Een aanzienlijk deel van de huizen werd door particulieren gerund. Het samenlevingsverband in - met name de kleinere - woonvormen, vertoonde vaak trekken van die van een (grote) familie, waarbij de beheerder en zijn echtgenote met 'pa' en 'ma' of iets van die strekking werden aangesproken. De verpleegprijs bedroeg soms niet meer dan enkele tientjes per dag.*



*Mocht de oude situatie zo zijn charmes hebben - opvang en gezelligheid voor een paar grijpstuivers -, de keerzijde was het vaak ontbreken van voldoende professionaliteit. Inmiddels is wel het nodige gebeurd: de woonvormen zijn regionaal georganiseerd en aan de zorg en de huisvesting zijn een aantal eisen gesteld.*

*De RIBW-sector maakt momenteel een snelle groei door en richt zich tot een steeds bredere doelgroep. Via substitutie wordt ook zorg verleend aan (begeleid) zelfstandig wonende cliënten. Een nieuwe inventarisatieronde zou dan ook andere conclusies opleveren: iets duurder; waarschijnlijk minder informeel, maar in ieder geval meer professioneel.*

*Hans Elich is beleidsmedewerker van de afdeling planontwikkeling van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen.*



Vanaf 1990 is er weer sprake van ontwikkeling. Door een besluit van staatssecretaris drs D. Dees kan voortaan een uitbreiding van RIBW's plaatsvinden zonder directe afbouw van 'bedden'.

Daarnaast besluit hij tot het inzetten van een extra bedrag van vijf miljoen 'investeringsmiddelen' boven op het jaarbudget van de sector.

Door een subsidiemaatregel van de Ziekenfondsraad kunnen samenwerkende GGZ-instellingen bovendien vanaf 1990 starten met dagbestedingsprojecten. Ook de zogenaamde substitutieregeling biedt een belangrijke mogelijkheid tot het aanwenden van financiële middelen voor bestaande zorg voor zorgvernieuwing. De regeling is vooral aantrekkelijk voor de sector beschermd wonen, omdat de meeste instellingen de maximale plancapaciteit nog niet hebben bereikt. De instellingen kunnen nieuwe initiatieven op het terrein van dagbesteding en begeleid wonen voor een deel financieren uit de nog niet gerealiseerde capaciteit.

### Veranderingen in zorgvisie

#### Doelgroep

Vanaf 1989 veranderen geleidelijk de doelgroep en de visie op zorg. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de positie van de cliënt en de werkwijze binnen de sector beschermd wonen.

De oorspronkelijke doelgroep van de sector beschermd wonen bestaat uit personen, die om verschillende redenen niet zelfstan-



boodschappen doen...

dig kunnen wonen.

De bewoners die na de invoering van de verstrekking RIBW in 1989 binnen komen, zijn vooral mensen die een lange opname in een psychiatrisch ziekenhuis

achter de rug hebben. Bovendien is duidelijk dat de sector ook een aanbod heeft voor mensen met aanhoudende psychiatrische problematiek die nog niet lange tijd zijn opgenomen. Anders gezegd: de sector fungeert niet alleen als achterdeur van het psychiatrisch ziekenhuis, maar is ook een alternatief voor opname. De huidige doelgroep bestaat uit een heterogene groep mensen met complexe en sterk verweven problemen op diverse leefgebieden. Veel mensen hebben meervoudige problemen waardoor zij tot meerdere categorieën behoren. Over het algemeen is in ieder geval sprake van een of andere vorm van langdurige psycho-sociale en/of psychiatrische problematiek. Daarnaast spelen veelal andere problemen een rol, zoals bijvoorbeeld sociale problemen, lichamelijke problemen, verslavingsproblematiek en/of dreigende dak- en thuisloosheid. Kenmerkend zijn de problemen op het terrein van de dagelijkse activiteiten en het voorzien in fundamentele behoeften, zoals voeding, sociale contacten, onderdak en kleding.

In feite is de doelgroep niet echt veranderd: nog steeds gaat het om mensen die - veelal als gevolg van langdurige psychiatrische problematiek - ondersteuning nodig hebben in hun dagelijks functioneren. Maar zij manifesteren zich tegenwoordig wel anders als gevolg van verschillende sociaal-culturele veranderin-

gen en de wijze waarop de geestelijke gezondheidszorg zich heeft ontwikkeld. Cliënten zijn over het algemeen mondiger, niet gewend aan een lange periode van institutionalisering en meer gehecht aan hun autonomie. De hulpvragen zien er daardoor anders uit of komen op een andere wijze naar voren.

### Individualisering

Binnen de geestelijke gezondheidszorg is het denken over mensen met langdurige psychiatrische problematiek duidelijk aan het veranderen. Zo'n tien jaar geleden werden 'chronisch psychiatrische patiënten' gezien als mensen die kwetsbaar zijn en bescherming nodig hebben. Zij kunnen geen eigen verantwoordelijkheid dragen en kunnen het beste in groepen worden opgevangen. Hun functioneren wordt bepaald door stoornissen en beperkingen, waarbij zij vaak lastig zijn voor zichzelf en hun omgeving. Door hun handicap zijn zij blijvend afhankelijk van zorg en begeleiding.

De laatste jaren zijn er naast - of in plaats van - deze denkbeelden meer recente inzichten en opvattingen over de cliënt ontstaan. Deze ontwikkeling vindt plaats tegen de achtergrond van een stijgend optimisme over de ontwikkelingsmogelijkheden van cliënten. In deze nieuwe denkwijze gaat het vooral om mensen die in staat zijn eigen keuzes te maken en zich kunnen ontwikkelen op basis van eigen wensen en ideeën. Zij beschikken over rechten en verantwoordelijkheden als alle andere

burgers en kunnen in hoge mate zelf inhoud aan hun leven geven. Velen willen onafhankelijk zijn en slagen er in los te komen van de zorg in klinische of semi-murale settingen.

Een belangrijke achterliggende oorzaak van deze verschuiving is de individualisering in de samenleving. Ook voor mensen met psychiatrische problemen komt de nadruk steeds meer te liggen op de eigen rechten en verantwoordelijkheden. In vergelijking tot vroeger hecht men meer waarde aan een leven als zelfstandig en onafhankelijk individu. Dit geldt onverminderd voor mensen met langdurige psychiatrische problemen. Veel mensen willen niet langer in een groep, maar zelfstandig wonen.

De hiervoor genoemde "oude" en "nieuwe" denkbeelden over de cliënt komen niet strikt gescheiden van elkaar voor. Toch is er binnen de sector beschermd wonen sprake van een zekere verschuiving waarbij de nieuwe opvattingen geleidelijk meer de overhand krijgen. In de huidige zorgvisie staat centraal dat mensen recht hebben op een leven dat is ingericht naar eigen wensen, ideeën en verantwoordelijkheden (individualisatie). Daarbij is er begrip voor hun specifieke situatie (acceptatie). Het leven van cliënten moet er uit kunnen zien als dat van anderen (normalisatie) en geleefd worden temidden van anderen (integratie).

### Methodisch werken

De meer individuele benadering, het toenomen optimisme in een - ondanks



recreatie...



beperkingen - eigen leven voor cliënten en de toegenomen differentiatie van de zorgverlening, waardoor meer expliciet keuzes moeten worden gemaakt, maken het noodzakelijk om het aanbod nauwkeurig te specificeren en planmatig in te richten. Deze nieuwe inzichten hebben geleid tot meer belangstelling voor methodisch werken. Twee aspecten spelen hierbij een grote rol: de opkomst van het begrip 'rehabilitatie' en het werken met begeleidingsplannen.

Het rehabilitatie-denken kent verschillende aspecten.

In de eerste plaats een ideologische, waarbij de nadruk wordt gelegd op zaken als lotsverbetering, ontvoogding en emancipatie. De zorgverlening richt zich daarom niet alleen op de cliënt, maar ook op diens maatschappelijke omgeving. Een tweede aspect heeft meer te maken met de attitude van de hulpverlener, die de wensen en behoeften van de cliënt als uitgangspunt neemt voor de zorg.

Een derde aspect legt de nadruk op de begeleidingsmethodiek, waarin de cliënt planmatig wordt begeleid in het - gefaseerd - bereiken van zelfgestelde (sub)doelen.

### **Gericht op ontwikkeling**

Rehabilitatie-inzichten hebben eveneens duidelijk gemaakt dat de zorg in verschillende benaderingen kan worden ingedeeld.

In de probleemgerichte benadering staat een probleem of concrete klacht centraal. Dit kan een probleem zijn van de cliënt, maar ook (over de cliënt) van bijvoorbeeld zijn omgeving of de professional. De interventies zijn voornamelijk gericht op de

analyse en oplossing van het probleem, bijvoorbeeld bij het hanteren van conflicten.

In de milieugerichte benadering gaat het om het integreren (of geïntegreerd houden) van een cliënt in zijn omgeving. De interventies richten zich op de rollen, relaties en interacties tussen de cliënt en zijn omgeving.

De ontwikkelingsgerichte benadering heeft als uitgangspunt de concrete wens of behoefte van de cliënt. De interventies zijn er op gericht de cliënt te helpen doelen te formuleren en te verwezenlijken. Daarbij gaat het met name om het ontwikkelen van vaardigheden of het organiseren van de noodzakelijke ondersteuning.

De hier genoemde benaderingen doen zich overigens in de praktijk zelden geheel gescheiden voor. Het onderscheid is belangrijk om duidelijk te maken naar welk doel wordt gestreefd, wie dit doel formuleert en welke interventies nodig zijn. Een op rehabilitatie gerichte werkwijze helpt daarmee cliënt en zorgverlener om attent te blijven op de ontwikkelingsmogelijkheden die zich (alsnog) kunnen aandienen.

### **Begeleidingsplannen**

Een andere voorbeeld van methodisch werken is het hanteren van begeleidingsplannen. De sector beschermd wonen is de eerste GGZ-sector waar het werken met begeleidingsplannen breed werd ingevoerd. Naast wettelijke verplichtingen werd al vroeg ingezien dat begeleidingsplannen een belangrijk hulpmiddel zijn bij het duidelijk maken van de behoefte van de bewoner aan



door Sjef Mevis

# Risico's en kansen

Het geroezemoes. Uit de wandelgangen. "Was dat het dan? Daarom al die herrie bijna 20 jaar geleden?"

"Wat betekent dat voor de vernieuwing?" De dood in de pot?"

"Weet je zeker dat je niet wordt opgeslokt?" Hoe is het allemaal begonnen en wat bracht ons tot hier?

Circa twintig jaar geleden legde de overheid een lijst aan van voorzieningen die ten laste van het fonds voor de uitvoering van de Algemene Bijstandswet werden gefinancierd. Toen ontstond een lijst van tijdelijk indirect gefinancierde (TIF-) voorzieningen, waaronder de instellingen die zorg en huisvesting boden aan zogenaamde ex-psihiatrische patiënten. Enkele directeuren en coördinatoren besloten in 1979 tot de oprichting van een belangenvereniging en zo ontstond de NVPT (de Nederlandse Vereniging van Tussenvoorzieningen).

Onder de inspirerende leiding van de eerste voorzitter, Fons Wijers, is binnen de vereniging al discussiërend een visie geformuleerd op gezondheid, mens en samenleving. De discussies daarover binnen de vereniging, dienden primair om de leden en hun activiteiten op een lijn te krijgen.

De vereniging werd een beweging. Een beweging van mensen en lidinstellingen die de strijd aanbonden tegen verstarde visies en tegen de gangbare keuze om mensen die op hulp waren aangewezen in ziekenhuizen op te nemen of te laten. De vereniging en de leden wensten al doende aan te tonen, dat zij voor vele van deze cliënten een beter alternatief boden dan verblijf tot voortdurende verblijf in een ziekenhuis.

Fons Wijers werd de ambassadeur bij uitstek van die opvatting. Op vele plaatsen werden NVPT en lidinstellingen in situaties gedwongen, waarin zij duidelijk moesten maken, waarom het aanbieden van ondersteuning, begeleiding en zorg onder de domi-

nante invloed van het medisch model en in een omgeving los van het gewone leven, niet werkte.

De NVPT groeide in omvang en in aanzien. De vereniging werd representatief geacht om namens de leden de belangen te behartigen en op tal van plaatsen mee te denken over de gewenste ontwikkeling van wat de sector beschermd wonen was gaan heten. Ook binnen de Ziekenfondsraad ging de NVBW het overleg aan over de wenselijkheid van financiering uit de AWBZ en later ook over het formuleren van de verstreking RIBW. Ons pleidooi voor een ruime formulering van de verstreking (met ruime voor bijvoorbeeld dak-en thuislozen) haalde het uiteindelijk niet.

Cruciaal in dit kader is de keuze van de vereniging voor een erkende positie binnen de geestelijke gezondheidszorg om zo van binnenuit te werken aan de realisering van de visie. Met behulp van snelgroeiende maatschappelijke steun - cliënten - organisaties, overheid en parlement - hebben de NVBW -visie en de activiteiten van de lidinstellingen binnen die wereld van de geestelijke gezondheidszorg een uitwisbare plaats verworven.

Nu zijn de eerste belangen van bewoners, medewerkers en instellingen veiliggesteld. De opvattingen over de wenselijkheid van deze vorm van GGZ-hulp worden algemeen onderkend en onderschreven. De capaciteit groeit nog steeds flink. Nu heeft de NVBW, volledig in lijn met die eerdere cruciale keuze, ervoor gekozen de gewenste ontwikkeling verder te stimuleren met geestverwanten. Daarvoor is de meest logische volgende stap

gezet naar EEN koepel.

*Sjef Mevis was de meest bekende voorzitter van de NVBW en tevens directeur/bestuurder van RIBW Pameijer stichting in Rotterdam.*





begeleiding en andere vormen van hulp. De nadruk komt meer te liggen op de mogelijkheden van de bewoner. Over de gewenste veranderingen kunnen bewoner en begeleider afspraken maken, die regelmatig en systematisch worden geëvalueerd. Overigens bleek uit een onderzoek in 1995 dat het werken met begeleidingsplannen nog lang niet overal voldoet aan de eisen die eraan kunnen worden gesteld.

De grote aandacht voor methodisch werken heeft ook een keerzijde. Een van de sterke kanten van de sector beschermd wonen is de ongedwongen en ongekunstelde wijze waarop cliënten worden bejegend en geholpen rond allerlei alledaagse zaken. De voortschrijdende methodiekontwikkeling introduceert nieuwe protocollen, fasenmodellen, instrumenten en interventies die in toenemende mate het professionele handelen gaan bepalen.

Veel nieuwe methoden zijn gebaseerd op een optimistische kijk op de mogelijkheden van cliënten. Het belang daarvan is dat het professionals stimuleert om (weer) in mensen met aanhoudende problematiek te investeren. Maar het is de vraag of alle cliënten van de RIBW/PWV wel willen dat er nog aan hen wordt 'gesleuteld'. Ook is het de vraag of het wel zo vanzelfsprekendheid is om mensen binnen de rehabilitatie-benadering op te leggen optimaal te functioneren in een zo normaal mogelijk sociaal kader.

#### **Marginale positie cliënt**

In de periode 1989 - 1997 zijn belangrijke wetten tot stand gekomen die de rechtspositie versterken van cliënten van de geestelij-

ke gezondheidszorg. Binnen de sector beschermd wonen zijn de mogelijkheden voor inspraak en medezeggenschap door bewoners sterk toegenomen en spelen cliënten een rol in het kwaliteitsbeleid.

Toch is over het algemeen de positie van de cliënt, ook binnen de sector beschermd wonen, nog zwak. Zo hebben de cliënten in een woonvorm geen woonrecht en - mede door de eigen bijdrage regeling - nauwelijks mogelijkheden om eigen activiteiten te ondernemen. Nog marginaler is de positie van zelfstandig wonende cliënten. Naast financiële armoede en te weinig sociale contacten hebben zij nauwelijks mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding. Ook hebben zij vrijwel geen kans op deelname aan het arbeidsproces en dreigt in meerdere opzichten maatschappelijke uitsluiting.

Een andere zorgelijke ontwikkeling is het gegeven dat de inspraak en medezeggenschap door cliënten op regionaal niveau - waar in de toekomst de belangrijkste beslissingen worden genomen - in de meeste regio's niet van de grond komen.

### **Verbreiding van het aanbod**

Tot 1989 staat de RIBW-ontwikkeling vooral in het teken van verschillende vormaspecten, zoals organisatie, financiering en beheer van de instellingen. Daarna krijgen zorginhoudelijke aspecten meer aandacht. De belangrijkste veranderingen hebben betrekking op de omvang en differentiatie van de woonvoorzie-

ningen, de nieuwe mogelijkheden op het terrein van de dagbesteding en de ontwikkeling van ambulante woonbegeleiding.

### Differentiatie van woonvoorzieningen

De eerste beschermende woonvormen zijn begonnen als voorzieningen voor 20 tot 60 bewoners. De aanpak was sterk groepsgericht met begeleiding die zowel overdag als 's nachts aanwezig was. Veel van deze grootschalige voorzieningen zijn in de eerste helft van de jaren negentig verhuisd naar nieuwe woonvormen die bestaan uit combinaties van meerdere eengezinswoningen en kleinere appartementen. Dit tweede type beschermende woonvorm bestaat veelal uit zes - al dan niet geschakelde - eengezinswoningen. In deze veel kleinschaliger opzet kunnen meer taken aan bewoners zelf worden overgelaten, waardoor de begeleiding alleen overdag of op afroep nodig is.

In de meeste beschermende woonvormen verdwijnt de 24-uurs begeleiding. De begeleidingsuren die hiermee worden bespaard, zijn beschikbaar gekomen voor de woonvormen met intensieve 24-uurs zorg, zoals bijvoorbeeld ouderen, autisten en bewoners met het Korsakov-syndroom.

Op deze wijze is in elke RIBW een grotere variatie aan woonmogelijkheden gerealiseerd met meer differentiatie naar aard en intensiteit van de begeleiding.

Ongeveer vanaf het midden van de jaren negentig ontstaat een derde type beschermende woonvorm, de zogenaamde BW-

wijkeenheid. Het gaat hier om een samenstel van een centrale BW-locatie met een aantal plaatsen waarin mensen langere tijd kunnen wonen. Hieraan gekoppeld zijn enkele logeermogelijkheden waar mensen een aantal dagen of weken kunnen verblijven. Rondom deze 'hoofdlocatie' zijn een aantal woningen gesitueerd waar mensen meer zelfstandig wonen, maar waar ook snel begeleiders aanwezig kunnen zijn. Tenslotte worden vanuit de hoofdlocatie een aantal mensen ambulante begeleid. Deze mensen kunnen gebruik maken van verschillende diensten en voorzieningen van de hoofdlocatie. Inmiddels zijn er meerdere van deze beschermende woonvormen gerealiseerd. Deze opzet wordt ook bepleit in enkele beleidsnotities van de overheid.

### Dagbesteding

De afgelopen acht jaar is de sector beschermd wonen meer aandacht gaan besteden aan de dagbestedingsmogelijkheden van bewoners. Bij dagbesteding gaat het om activiteiten in het kader van arbeid en vrijwilligerswerk, ontmoeting, educatie, vorming, vrije tijd en ontspanning. Bewoners nemen bij voorkeur deel aan activiteiten binnen algemene voorzieningen, zoals buurthuizen,

onderwijsinstellingen en culturele centra.

Voor veel mensen is de deelname aan deze voorzieningen echter niet mogelijk.

Dagbesteding en beschermd wonen zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Voor veel bewoners is dagbesteding immers een belangrijke voorwaarde om in



dagactiviteiten...



een beschermende woonvorm te kunnen wonen. In de loop van de jaren tachtig is er lange tijd van uit gegaan dat dagbesteding een onderdeel zou moeten worden van de verstrekking RIBW. Mede door verzet vanuit de RIAGG's en de psychiatrische ziekenhuizen is dit niet gebeurd. Pas in 1990 komt een subsidiemaatregel tot stand waardoor op grote schaal afzonderlijke dagactiviteitscentra (DAC's) en arbeidsrehabilitatieprojecten ontstaan voor mensen met langdurige psychiatrische problemen. In DAC's worden verschillende van de genoemde activiteiten verricht op het terrein van ontmoeting, recreatie, educatie en (vrijwilligers)werk. De arbeidsrehabilitatieprojecten zijn bedoeld voor arbeidsoriëntatie, het trainen van arbeidsvaardigheden, en het bemiddelen en begeleiden bij reguliere arbeidssituaties. RIBW's hebben, al dan niet in samenwerking met andere GGZ-instellingen, een groot aandeel in de start en het beheer van deze nieuwe voorzieningen. Het totale aantal dagbestedings- en arbeidsrehabilitatieprojecten is de laatste jaren toegenomen van 12 in 1987 tot circa 175 in 1997.

In tegenstelling tot de ontwikkeling van de DAC's verloopt de ontwikkeling van arbeidsprojecten veel moeizamer. De financiering van veel projecten die gericht zijn op arbeidsoriëntatie en arbeidstraining is vaak gebaseerd op de doorstroming naar betaald werk. Omdat de doorstroming stagneert komen veel van deze projecten in de problemen. Initiatieven die gericht zijn op het bieden van beschut werken komen nauwelijks van de grond, omdat velen vinden dat deze projecten niet thuis horen in de geestelijke gezondheidszorg.

Dagbestedingsvoorzieningen zijn inmiddels niet meer weg te

denken in de geestelijke gezondheidszorg. Toch is hun voortbestaan niet zeker en ontbreekt het aan een structurele vorm van financiering. Naar verwachting zal dagbesteding in de toekomst kunnen worden gefinancierd door de flexibilisering van de AWBZ-verstrekking. Dit betekent evenwel dat de omvang en verdere ontwikkeling van de dagbestedingsvoorzieningen per regio duidelijk zal verschillen.

#### **Ambulante woonbegeleiding**

Een andere belangrijke ontwikkeling is het op grote schaal ontstaan van ambulante woonbegeleiding. Een aantal beschermende woonvormen verleenden van oudsher ook een vorm van begeleid wonen als nazorg. Deze voorbeelden kregen lange tijd geen navolging, omdat er geen goede financieringsmogelijkheden waren. Met name de substitutieregeling en het zorgvernieuwingsfonds brachten hierin grote verandering. Het aantal plaatsen binnen de sector steeg van enkele tientallen aan het begin van de jaren negentig tot circa 2500 in 1997. Overigens werden vanuit de RIAGG en het algemeen psychiatrische ziekenhuis in dezelfde periode vergelijkbare vormen van zorg aan huis opgezet, zoals psychiatrische thuiszorg, case-management en zorgcoördinatie.

Het is te verwachten dat ambulante woonbegeleiding nog sterk in omvang en betekenis zal toenemen. Verschillende RIBW's streven naar tenminste evenveel mogelijkheden voor begeleid wonen als BW-plaatsen. Ook het beleid van de overheid gaat uit van deze ontwikkeling.

door Jan Dijkhuis

# Financiering voor nieuwe initiatieven

Beschermd wonen, begeleid wonen, psychiatrische thuiszorg, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie zijn projecten die door het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid (NFGV) gefinancierd worden.

Het NFGV neemt als grootste particulier fonds in de geestelijke volksgezondheid een centrale plaats in. De inkomsten uit landelijke loterijen en uit eigen fondsenwerving worden door het bestuur - waarin het hele veld is vertegenwoordigd - ingezet voor vernieuwende initiatieven in de GGZ. Via de reguliere financieringskanalen zijn voor deze initiatieven nog geen gelden beschikbaar.

Het NFGV was lang geleden al betrokken bij financiering van aanloop- en inrichtingskosten van de eerste beschermende woonvormen; meer recent bij wel tientallen dagactiviteitencentra en arbeidsrehabilitatieprojecten. Het fonds was medefinancier van het Landelijk Steunpunt Dagbesteding en Arbeidsrehabilitatie (LSDA) en onlangs het steunpunt Ambulante Woonbegeleiding.

De essentie van het werk is dat zaken die ooit experimenteel beginnen op een gegeven moment zo goed ontwikkeld zijn dat

ze reguliere zorg worden. En dat financiering door subsidies van een fonds als het NFGV overgaat naar reguliere instanties. Beleidsmatig: dat een deel van het GGZ-domein dat ooit in contrast met de dominante stroming tot ontwikkeling is gebracht, daar op een gegeven moment in opgaat.

Het echte succes blijkt uit het feit dat de termen die in de opening van dit stukje staan inmiddels gemeengoed zijn. En dat de NVBW als organisatie die staat voor die thema's, nu deel uitmaakt van GGZ Nederland. Wij als NFGV zijn blij dat we mee hebben kunnen werken aan de ontwikkeling van beschermd wonen en alles wat daarbij hoort. Namens het bestuur van het NFGV feliciteer ik de NVBW met het vele dat is bereikt. En verder blijven wij natuurlijk meewerken aan een goede patiëntenzorg voor de themagebieden waarvoor de NVBW zich zo heeft ingezet.



*Prof. dr. Jan Dijkhuis is secretaris/directeur van het NFGV (Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid).*



Er zijn dan ook vele voordelen verbonden aan deze zorgvorm. Voor cliënten geldt dat zij kunnen blijven wonen in hun eigen woonomgeving en een eigen invulling kunnen geven aan hun bestaan. Bij cliënten met een uitgesproken behoefte om meer los te komen van de geestelijke gezondheidszorg biedt ambulante woonbegeleiding een goed alternatief. Anderen, waaronder met name jongeren, staan strikt afwijzend tegenover een verblijf in een semimurale of intramurale setting. Hoewel zij soms intensievere zorg nodig hebben, willen zij hun autonomie onder geen beding prijsgeven. Zij accepteren vaak wel ondersteuning in de vorm van ambulante woonbegeleiding.

Voor instellingen betekent ambulante woonbegeleiding een belangrijke uitbreiding van de zorgverlening, waarbij zorg kan worden geboden als alternatief voor of in aansluiting op een langdurend verblijf. Zorgverlening in het kader van ambulante woonbegeleiding heeft ook een belangrijke preventieve waarde. Met name heropname in een algemeen psychiatrisch ziekenhuis of RIBW kan in veel gevallen met een of andere vorm van ambulante woonbegeleiding worden voorkomen. Intensieve vormen van ambulante woonbegeleiding kunnen ten slotte voorkomen dat mensen dakloos raken door hun gedrag en de problemen die daaruit ontstaan met eigenaren van woningen of met buurtbewoners. Zorgverzekeraars en de overheid zien ambulante woonbegeleiding als een doelmatige en relatief goedkope vorm van zorgverlening. Ambulante woonbegeleiding past bovendien in de meer algemene ontwikkeling van extramuralisering en vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Daarbij

wordt geprobeerd opnames zoveel mogelijk te voorkomen of te verkorten en te zoeken naar maatschappelijke alternatieven.

### **Ook knelpunten...**

Toch zijn er niet alleen voordelen verbonden aan begeleid wonen maar ook een aantal duidelijke knelpunten. Veel cliënten leiden een teruggetrokken en gemarginaliseerd bestaan. Zij hebben een slechte financiële positie en hebben daardoor nauwelijks mogelijkheden voor een zinvolle dagbesteding.

Begeleiders werken vaak alleen, ervaren een grote werkdruk en zijn niet altijd toegerust met de noodzakelijke kennis en vaardigheden. Op het niveau van de organisatie doen zich problemen voor in de afstemming en samenwerking met zorgverleners van andere GGZ-instellingen en medewerkers van andere maatschappelijke diensten en voorzieningen.

Hoewel ambulante woonbegeleiding nu al een belangrijke rol speelt bij de vernieuwing van de geestelijke gezondheidszorg is betekenis van ambulante woonbegeleiding nog lang niet uitgekristalliseerd. Naar verwachting kunnen nog veel meer mensen met deze vorm van ondersteuning worden geholpen. De komende jaren moet duidelijk worden voor wie ambulante woonbegeleiding geschikt is en op welke wijze deze vorm het beste kan worden georganiseerd.

## De situatie in 1997

### De RIBW als organisatie

In 1989 waren de meeste RIBW's nog nauwelijks professionele organisaties; er was een sterke inbreng van bestuursleden en een toegerust centraal bureau met professionele medewerkers ontbrak veelal. De organisatie bestond vaak uit autonome beschermende woonvormen met een heel eigen achtergrond en werkwijze.

Anno 1997 zijn de RIBW's wel professionele organisaties met een goed toegerust bureau en een in beleidsplannen geëxpliciteerd centraal beleid.

Naast beschermende woonvormen exploiteren veel RIBW's dagbestedingsvoorzieningen en projecten op het terrein van de ambulante woonbegeleiding. Er is sprake van een duidelijke toename van het aantal staf- en beleidsmedewerkers, waardoor de instellingen slagvaardiger kunnen optreden. De instellingen hebben in de periode 1989 - 1997 veel aandacht besteed aan deskundigheidsbevordering en het aantal ongeschoolden is drastisch verminderd. Ook wordt in toenemende mate gedaan aan kwaliteitszorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van een landelijk model voor kwaliteitsbevordering dat enerzijds past bij de organisatie en werkwijze van een RIBW en anderzijds aansluit bij de wijze waarop elders binnen de GGZ aan kwaliteitszorg wordt gedaan.

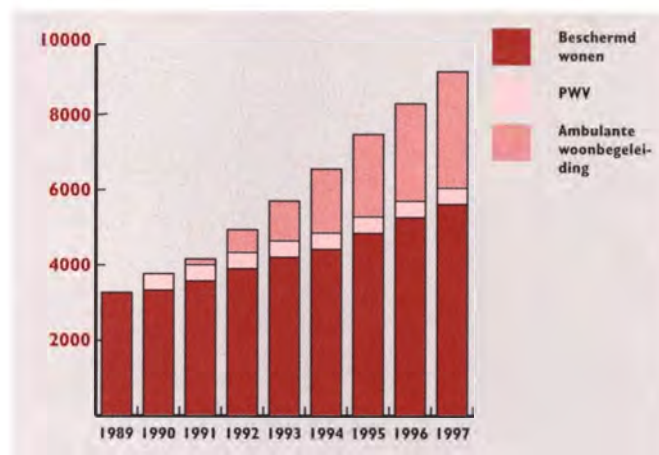
De ontwikkeling van de RIBW-organisatie blijkt ten slotte uit het aantal onderzoeken dat binnen RIBW's wordt verricht

(ondermeer naar het oordeel van bewoners, naar vraag- en aanbod, etc.) en - in het verlengde hiervan - het aantal publicaties.

### Capaciteitsgroei

Onderstaand overzicht laat de groei zien van het aantal plaatsen in beschermende woonvormen en psychiatrische woonvoorzieningen (PWV's) alsmede het aantal mogelijkheden voor ambulante woonbegeleiding. Wanneer ambulante woonbegeleiding wordt meegerekend, is in de periode 1989 - 1997 sprake van een verdrievoudiging van de capaciteit.

Voor de sector beschermd wonen geldt een landelijke capaciteitsnorm van 4 plaatsen per 10.000 inwoners. Wanneer deze norm wordt bereikt zijn er rond de eeuwwisseling zo'n 7000 plaatsen.



NB: De getallen zijn afgerond op 5-tallen

De cijfers zijn afkomstig van de NVBW; de cijfers over 1997 en over ambulante woonbegeleiding in de periode 1991-1997 berusten op berekende schattingen; de BW-plaatsen zijn gebaseerd op erkende plaatsen, een deel van deze plaatsen is gesubstitueerd in ambulante woonbegeleiding.



Naar verwachting zullen er in dezelfde periode evenveel mogelijkheden voor ambulante woonbegeleiding zijn gerealiseerd.

#### **Landelijk fusie**

Op landelijk niveau is veel aandacht besteed aan het stimuleren van de regionale samenwerking, door onder meer het harmoniseren van arbeidsvoorwaarden en het afstemmen van de financiële richtlijnen van GGZ-voorzieningen. In 1997 fuseerden bovendien de landelijke koepelorganisaties tot de vereniging GGZ Nederland.

#### **Samenwerking in de regio**

In vergelijking met tien jaar geleden wordt er anno 1997 veel meer samengewerkt tussen regionale GGZ-instellingen. Vooral de subsidiemaatregel rond dagbesteding uit 1990, waarbij samenwerking als voorwaarde werd gesteld, heeft hieraan bijgedragen. Momenteel vindt samenwerking vooral plaats rond indicatiestelling en zorgtoewijzing, het opbouwen van zorgcircuits en het ontwikkelen van nieuwe voorzieningen. In veel regio's heeft deze samenwerking inmiddels geleid tot een fusie tussen de GGZ-instellingen. Naar verwachting zullen binnen afzienbare tijd meer dan de helft van de psychiatrische ziekenhuizen en RIAGGs zijn gefuseerd, al dan niet met deelname van de RIBW's.

Waren in 1989 veel RIBW's nog geen zelfstandige organisaties, anno 1997 zijn verschillende RIBW's het stadium van zelfstandige organisatie alweer voorbij. Dit geldt voor circa één-derde deel

van de RIBW's die opereren binnen een samenwerkingsverband van twee of meerdere GGZ-instellingen of een samenwerkingsverband met andere zorgsectoren. Voor veel RIBW's komt deze ontwikkeling naar één regionale GGZ-organisatie te vroeg. Bij de afweging tussen wel of niet fuseren zullen vooral regionale omstandigheden een rol spelen. Als er al sprake is van meer algemene afwegingen geldt zeker dat RIBW's - qua capaciteit en organisatie - eerst 'op orde' moeten zijn voordat zij zich wagen aan een fusietraject.

Overigens geldt dit ook voor de andere fusie-partners: een algemeen psychiatrisch ziekenhuis dat nog aan zijn afbouwtraject moet beginnen of financiële problemen heeft is voor een RIBW geen ideale fusiepartner. Daarnaast is de vraag van belang of er in de regio wordt uitgegaan van één circuit voor chronisch psychiatrische patiënten en wat daarbinnen het aandeel van de RIBW kan zijn. Meer in het bijzonder gaat het om de erkenning van het belang van de niet behandelingsgerichte en meer maatschappelijk georiënteerde werkwijze van de RIBW. Veel RIBW's hebben die erkenning nog niet verworven.

#### **Overheidsbeleid**

De RIBW-vorming is in hoge mate gestimuleerd door de overheid. In verschillende beleidsnota's wordt vanaf 1984 prioriteit toegekend aan de ontwikkeling van RIBW's. Overigens werden in tegenstelling tot bijvoorbeeld de RIAGG-vorming nauwelijks extra financiële middelen ingezet.

In het beleid van de overheid lijkt in 1997 een kentering te

komen. Het nieuwe beleid is mede geïnspireerd op het advies 'Thuis in de GGZ' van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Kern van het advies is dat de vermaatschappelijking van de zorg voor chronische patiënten moet worden versneld en geïntensiveerd. Een van de voorstellen in dit verband is het versneld afbouwen van een groot aantal bedden en plaatsen in psychiatrische ziekenhuizen en regionale instellingen voor beschermd wonen. Daarnaast moet de financiering en de regie rond zaken als wonen en welzijn op termijn uit de AWBZ worden gehaald. Het ministerie van VWS neemt de standpunten van de Raad niet geheel over en benadrukt in haar reactie de asiel-functie van beschermende woonvormen die behouden moet blijven. Maar de toon is wel gezet en het ministerie kondigt in de reactie aan dat op afzienbare termijn een ondergrens voor de intra- en semimurale GGZ-capaciteit zal worden gegeven.

### Voltooiing..?

Het is duidelijk dat de sector beschermd wonen in 1989 in een impasse verkeerde. Maar is de uitbouw en ontwikkeling van de sector in 1997 voltooid? Het antwoord op deze vraag zal per regio verschillen, maar over het geheel genomen kan deze vraag moeilijk bevestigend worden beantwoord.

In de eerste plaats is de sector in kwantitatieve zin nog niet voltooid en moeten nog circa tweeduizend plaatsen worden gerealiseerd. In enkele regio's bestaat het gevaar dat deze groei wordt



### asielfunctie...

gebruikt voor de afbouw van de overcapaciteit van het psychiatrisch ziekenhuis. In plaats van werkelijke zorgvernieuwing zullen daar slechts 'de naambordjes worden verhangen'.

In de tweede plaats zijn nog lang niet alle RIBW's qua organisatie voltooid. De afgelopen acht jaar was voor veel instellingen - naast de inspanning om de capaciteit uit te breiden en

de zorg te ontwikkelen - gewoon te kort om tot professionele organisaties uit te groeien. Veel RIBW's zullen de komende jaren nodig hebben om, naast de geplande uitbreiding, het eigen (zorg)beleid verder te ontwikkelen en af te stemmen op de vragen en behoeften van de doelgroep.

In de derde plaats is de zorgvisie die zo kenmerkend is voor de RIBW nog lang niet algemeen geaccepteerd. De sector bevindt zich wat dit betreft in een precare positie: enerzijds staat de RIBW-zorg onder druk door de integratie met andere GGZ-voorzieningen, waarbij het gevaar bestaat dat het beschermd wonen het karakter van behandeling krijgt. Anderzijds wordt openlijk betwijfeld of de RIBW-zorg nog wel geestelijke gezondheidszorg is en het gevaar niet ondenkbeeldig dat de zorg op termijn uit de AWBZ wordt gehaald en bijvoorbeeld wordt overgeheveld naar de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG) of het gemeentefonds.

Een situatie die naar verwachting geen recht doet aan de bijzondere problemen en mogelijkheden van mensen die aangewezen



zijn op langdurige zorg en ondersteuning.

Hoewel de RIBW-vorming nog niet is voltooid hebben de RIBW's duidelijk laten zien dat mensen met aanhoudende psycho-sociale en/of psychiatrische problematiek in zo normaal mogelijke levensomstandigheden kunnen leven. En dat het mogelijk is hen zo te ondersteunen dat zij niet voortdurend worden geconfronteerd met de gevolgen van hun beperkingen, maar dat zij - naast bescherming wanneer nodig - kansen en mogelijkheden krijgen op een maatschappelijk geïntegreerd bestaan.

De komende jaren zal de sector nog heel wat missie-werk moeten verrichten om haar zorgvisie algemeen geaccepteerd te krijgen en veilig te stellen. Mogelijk liggen wat dit betreft de meest belangrijke jaren van de RIBW-vorming nog voor ons.

*\* Jan Willem van Zuthem was adjunct-directeur van de NVBW en is thans beleidssecretaris langdurige zorg bij GGZ Nederland.*

## HET DAC ALS BASISVOORZIENING

Sinds begin jaren negentig de subsidie dagbesteding GGZ werd ingesteld, kent Nederland een groeiend aanbod van dagactiviteitencentra (DAC's) en werkprojecten. Hun aantal nam in korte tijd toe van 12 in 1987 tot circa 175 in 1997. Inmiddels is het aanbod min of meer gestabiliseerd: er zijn in september 1997 110 (extramuraal) dagactiviteitencentra, 16 inloophuizen en 31 werkprojecten die met GGZ geld worden gefinancierd.

Inmiddels beschikken vrijwel alle regio's over een dagactiviteitencentrum of DAC. Binnen die centra wordt een scala aan diensten en activiteiten geboden. Bijna eenderde van de DAC's ziet zichzelf uitsluitend als dagactiviteitencentrum; een kwart noemt de combinatie inloop-dagactiviteitencentrum en 40 procent van de DAC's biedt een of meer activiteiten op het gebied van werk. Op dit moment maken jaarlijks ruim 16.000 bezoekers per week gebruik van een DAC.

De ontmoetingsfunctie blijkt nog steeds dé basisfunctie van het DAC: tweederde van de bezoekers maakt hier gebruik van. De op een na belangrijkste functie is de mogelijkheid tot ontspanning en recreatie; ruim de helft van de bezoekers maakt gebruik van het aanbod op dat gebied. De overige drie soorten activiteiten (educatie, arbeidstraining en arbeid) scoren lager; minder dan een vijfde deel van de DAC-bezoekers is actief op dat terrein. Wat betekent dit nu concreet? Zoals gezegd hechten de meeste centra veel belang aan ontmoeting; vaak is een koffiebar de centrale plek. Daaromheen zitten mensen te praten, te lezen, te kijken of een spelletje te doen. Soms is er een biljart, vaak wordt televisie gekeken. Daarnaast vinden activiteiten plaats als een computercursus of Engelse les, allerlei handenarbeidstechnieken en wordt er nogal eens muziek gemaakt. Steeds vaker is er een lezing of een vergadering, bijvoorbeeld van de bezoekersraad. In de meeste DAC's wordt op een of meer dagen voor en door deelnemers gezamenlijk gekookt en steeds meer centra bieden ook andere huiselijke faciliteiten zoals douche-ruimte, een was-

door Nico Oudendijk

# Bescherm beschermd wonen

Het concept beschermd wonen werd ontwikkeld om psychiatrische patiënten die langdurig in een beschermde omgeving moesten verblijven te vrijwaren van hospitalisatieverschijnselen. Hospitalisatie bemoeilijkte de rehabilitatie en terugkeer in de samenleving en veelal moesten patiënten hun verdere leven in psychiatrische ziekenhuizen doorbrengen.

Het idee om patiënten in kleinschalige woonvoorzieningen te huisvesten waarbij zij voor behandeling zijn aangewezen op ambulante psychiatrische en algemene gezondheidsvoorzieningen - waardoor de eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid wordt bevorderd - is succesvol gebleken. Het leven in gewone woonwijken maakt direct contact met de samenleving mogelijk, waardoor sociale handicaps voorkomen dan wel beperkt worden en rehabilitatie mogelijk wordt.

De voortvarende uitbreiding van beschermende woonvormen is een van de grote verdiensten in de geestelijk gezondheidszorg geweest, die de kwaliteit van het leven van vele psychiatrische patiënten heeft verbeterd.

De organisatorische ontwikkeling van de geestelijke gezond-

heidszorg naar een regionaal aanbod van psychiatrische hulpverlening kan een negatief gevolg hebben voor het beschermd wonen. Wanneer onder invloed van grote institutionele GGZ-instellingen schaalvergroting van instellingen voor beschermd wonen plaats vindt, dreigt het gevaar van institutionalisering en hospitalisering opnieuw. Alleen kleinschaligheid en het wonen in woonwijken zullen de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid van cliënten waarborgen. Daarmee behoudt de bewoner zijn kansen op rehabilitatie en participatie in de samenleving.

Een verdere succesvolle uitbouw van het concept beschermd wonen is alleen mogelijk wanneer de eigenheid van het beschermd wonen door de andere GGZ-partners in het regionalisatieproces overeind wordt gehouden.

*Nico Oudendijk was van 1991 tot 1996 directeur van de directie Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingsaangelegenheden en Consumentenbeleid van het ministerie van VWS. Thans is hij directeur van de directie Curatieve Somatische Zorg van het ministerie van VWS.*





en droogmachine, strijkgelegenheid etc. De DAC's, met namen als de Boei, het Dakhuis, de Loopplank, de Schakel, de Brug en het Keerpunt, bieden niet alleen activiteiten binnenshuis maar proberen

juist ook allerlei bezigheden daar buiten te organiseren. Ze willen mensen zoveel mogelijk kansen op integratie bieden.

Een voorbeeld hiervan is Den Bosch, waar een deel van de dagbestedingsgeldten wordt geïnvesteerd in een vijftal integratieprojecten, allen gesitueerd in een buurthuis of sociaal-cultureel centrum. Deze projecten worden grotendeels door vrijwilligers geleid en gecoördineerd door een beroepskracht vanuit De Buut, het 'centrale' DAC. De kracht van deze projecten is dat GGZ-cliënten makkelijker kennis maken met niet-cliënten. "Het blijven buurtbewoners die elkaar ontmoeten; door het project te bezoeken krijgen ze weer wat binding met de wijk", aldus coördinator Wil Smits in een interview in het maandblad Mentaal.

Daarnaast zijn steeds meer DAC's activiteiten gaan ontwikkelen die tot het gebied van de arbeidsrehabilitatie kunnen worden gerekend. Het gaat aanvankelijk vooral om vormen van arbeids-training en vrijwilligerswerk binnen het eigen project. Steeds meer dagactiviteitencentra zoeken echter ook naar andere wegen, zoals het zelf creëren van beschutte werkplaatsen, om aan de vraag van hun deelnemers te kunnen voldoen. Zo ontstaan een wasplaats voor auto's, een klussenbus, een café, kantine of cateringproject, een administratieproject, werkplaats of boeketterie. De belangrijkste reden vormt de wens van de deelnemers, die



ontmoeting en ontspanning...

vaak meer in hun mars hebben dan het DAC hen tot dan toe te bieden had, en de praktijk die steeds duidelijker aantoont dat de betalende arbeidsmarkt niet op deze doelgroep zit te wachten.

Wat opvalt is dat de term arbeidsrehabilitatie, in 1993 zowel in DAC-kringen als in kringen van verzekeraars vaak nog taboe, in 1996 veelvuldig gebruikt wordt. Arbeidsrehabilitatie werd tot voor kort bijna altijd geassocieerd met betaald werk en zou daarom, volgens velen, niet thuishoren in de GGZ. Interessant is dan ook dat de DAC's zich juist in 'arbeidsmatige' richting konden gaan profileren dankzij de komst van het Zorgvernieuwingsfonds. In de loop van 1995 bleek uit de verslaggeving van de Ziekenfondsraad dat ruim 3,5 miljoen, een vijfde deel van het toegekende budget, aan projecten op het gebied van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie was toegekend.

Dat dit geld vaak bestemd was voor iets op het gebied van arbeids(training) bleek wel uit de projectplannen en jaarverslagen die het LSDA (Landelijk Steunpunt Dagbesteding en Arbeidsrehabilitatie) ontving. In 1997 bieden de werkprojecten in de geestelijke gezondheidszorg aan circa 2.000 deelnemers een vorm van arbeidsrehabilitatie.

# Van bevelshuishouding naar cliëntenparticipatie

**Bewoners in grootschalige woonvoorzieningen werden vroeger in groepsverband begeleid en moesten zich schikken naar wat de begeleiding wilde. Tegenwoordig zijn cliënten mondiger. Zij hebben een behoorlijke vinger in de pap. Op verschillende niveaus van inspraak kunnen ze hun ideeën, onvrede en wensen kenbaar maken. Maar cliënten en begeleiders kunnen gemakkelijk aangeven dat de invloed van cliënten nog niet optimaal is en participatie in begeleiding en beleid een lange adem vergt.**

De begeleiding is de laatste jaren sterk veranderd, meer gericht op het individu en op de verschillende levensgebieden, zoals zelfredzaamheid, wonen, sociale contacten en dagbesteding/werk. Er zijn meer vormen en gradaties van zorg ontstaan, zoals het zelfstandig begeleid wonen. Ook inhoudelijk is de zorg veranderd. Zorg-op-maat en rehabilitatiebenadering zijn hierbij de toverwoorden.

Deze ontwikkelingen lopen synchroon aan het toenemend individualisme in de maatschappij. De nadruk komt steeds meer te liggen op de eigen rechten en verantwoordelijkheden van mensen. Men hecht meer waarde aan een leven als zelfstandig en onafhankelijk individu. Deze ontwikkeling gaat niet voorbij aan bewoners binnen de beschermende woonvormen. De verandering in terminologie spreekt al boekdelen. Van psychiatrisch patiënt naar bewoner naar cliënt. En van begeleiding naar dienstverlening.

Aad Smits werkt al bijna dertig jaar bij de Rotterdamse zorginstelling PameijerKeerkring. Vanaf begin jaren zeventig coördineert hij de bewonersbelangen en de laatste jaren is hij ondersteuner van de centrale cliëntenraad. Alle ontwikkelingen in de zorg en de bejegening van bewoners heeft hij meegemaakt. 'Tot eind jaren tachtig was het zo dat de hulpverlener bedacht wat goed was en de cliënt zich daarnaar schikte. Toen de cliëntenbeweging opkwam, was het in het begin het uiten van onvrede over de behandeling en begeleiding kenmerkend. Dat was voornamelijk afreageren. Nu zie ik een ontwikkeling, dat cliënten zien dat ze invloed hebben en een keuze kunnen maken. Dat was even wennen, nu zie je een grotere bewustwording van cliënten. Dat komt enerzijds omdat begeleiders hen serieuzer nemen, maar er zijn ook kanalen waar ze hun grieven kwijt kunnen. Zoals via klachtenregelingen en bewonersraden en de landelijke bundeling; de stichting Landelijke Patiënten -en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR).'

Aad Smits heeft een heldere verklaring waarom de nieuwe generatie cliënten zoveel mondiger is. 'Oudere mensen zijn anders opgevoed. Zij hebben nog steeds de neiging zich afhankelijker op

te stellen en hebben respect voor de witte jas. Een langdurig verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis maakt je afhankelijk van het systeem.

Jongere generaties zijn anders. Ze hebben minder vanzelfsprekend respect voor autoriteiten of begeleiders. In psychiatri-



**Aad Smits (links), ondersteuner van de cliëntenraad in gesprek met Hans van de Kolk, lid van de bewonersraad van de RIBW Querido.**



sche ziekenhuizen is voor de jongere cliënten ook veel veranderd. Zij worden ook meer betrokken bij keuzes voor een behandeling en wie het daar niet mee eens is, kan zich wenden tot de patiëntenvertrouwenspersoon. Er is een cultuuromslag ontstaan die ook doorwerkt naar de cliënten in de beschermende woonvormen.

Door de toegenomen mondigheid en inspraak raken ontwikkelingen in een versnelling. 'Doordat cliënten elkaar spreken bij vormingsdagen en studiedagen van de LPR, en bij overlegvergaderingen zoals de cliëntenraden, ontstaat er vaak een uitwisseling van gedachten en ideeën'.

Een andere trend is terug de maatschappij in. Dat betekent voor bewoners van beschermde woonvormen dat ze weer in normale woonwijken wonen en naar het winkelcentrum gaan om boodschappen te doen. Ze doen vrijwilligerswerk of gaan voor dagbesteding naar dagactiviteitencentra. Er worden meer mogelijkheden geboden om te werken door arbeidsrehabilitatieprojecten. Er ontstaat een breed zorgaanbod met veel meer keuzemogelijkheden dan ooit.

Aad Smits vindt dit op zich een goede ontwikkeling, maar heeft er ook zijn kanttekeningen bij. 'Er zijn grenzen en dan bereik je het tegenovergestelde. Sommige mensen komen er alleen niet uit en hebben hun leven lang begeleiding nodig. Doe daar niet moeilijk over. Dat is altijd goedkoper dan iemand regelmatig op te moeten nemen in een psychiatrisch ziekenhuis. Je moet niet de illusie hebben dat iedereen zelfstandig zonder begeleiding kan functioneren en zonder begeleiding keuzen kan maken.'

### **Opkomst van bewonersraden**

De ontwikkeling van inspraak en zeggenschap van bewoners is in de psychiatrische ziekenhuizen op gang gekomen. Door misstanden in de psychiatrie gingen ontevreden patiënten zich organiseren. Men richtte zich vooral op de slechte rechtspositie van patiënten. Er werden patiëntenraden opgericht die vorm moesten geven aan meer zeggenschap en inspraak. De eerste patiëntenraad werd in 1971 opgericht en vanaf dat moment nam het aantal raden langzaam maar zeker toe. In 1981 sloten de toen bestaande patiëntenraden zich aaneen tot de LPR.

De sector beschermd wonen bleef hierbij in het begin sterk achter. In 1985 werd Tom de Meij aangenomen bij de LPR als coördinator beschermd wonen. Er bestonden toen slechts drie bewonersraden, waarvan zich één had aangesloten bij de LPR. Inmiddels bestaan er bij alle RIBW's en PWV's cliëntenraden. Deze raden oefenen invloed uit op het beleid van de RIBW.

Binnen de beschermende woonvormen was sprake van een andere ontwikkeling. Hier kwamen ze niet spontaan tot stand. De bewonersraden kwamen pas op gang toen er landelijk beleid werd gemaakt op het gebied van inspraak en medezeggenschap. Waren er in de beschermende woonvormen geen misstanden, waardoor bewoners in actie kwamen? Tom de Meij van de LPR: 'Je moet bedenken dat de sector beschermd wonen veel jonger is dan die van de psychiatrische ziekenhuizen. Maar er waren wel misstanden, alleen wat minder duidelijk. Er is nooit sprake geweest van isoleercellen of shocktherapie, maar wel van



onzichtbare dwang. Er zijn heel creatieve manieren om cliënten te dwingen of de wil op te leggen en zo de orde in de woonvorm te handhaven’.

### **Inspraak op verschillende niveaus**

Bewoners van beschermende woonvormen hebben inmiddels op verschillende niveaus inspraak en zeggenschap gekregen.

Op individueel niveau heeft de bewoner zeggenschap over zijn begeleidingsplan. In principe schrijft de bewoner samen met een begeleider van de woonvorm het begeleidingsplan waarin staat vermeld welke doelen de bewoner nastreeft. Tenminste, zo zou het in theorie moeten zijn. Hans van de Kolk, lid en ex-voorzitter van de bewonersraad van de Amsterdamse RIBW Querido, heeft hier een wat andere kijk op; ‘Mensen die mondig zijn, krijgen dat redelijk voor elkaar. Maar als dat niet zo is, wordt het begeleidingsplan vaak ingevuld door de begeleider’. Dat is ook de ervaring van Tom de Meij van de LPR ‘Ten eerste blijkt uit onderzoek dat eenderde van de bewoners niet af weet van het bestaan van een begeleidingsplan. Daar heb je dus geen situatie waarbij de cliënt aangeeft wat hij op lange termijn wil op verschillende levensgebieden. Als er wel een begeleidingsplan is, blijft dit vaak beperkt tot doelen op het gebied van zorg. Kortom, de theoretische ideeën veranderen wel, maar de vertaling naar de praktijk blijft achter. Op zich is het een goede ontwikkeling, maar we letten er goed op of voornemens wel worden uitgevoerd.’

Een volgend niveau van inspraak en medezeggenschap ligt op groeps/huisniveau. In het bewonersoverleg wordt meestal gesproken over praktische zaken, zoals het eten, inrichting van de gemeenschappelijk ruimtes, de verdeling van huishoudelijke taken, de sfeer in huis en de onderlinge verhoudingen. ‘Meestal is er geen sprake van inspraak over aanname van personeelsleden en nieuwe bewoners, de manier waarop er begeleiding gegeven wordt, wel of niet verhuizen en dergelijke,’ concludeert Tom de Meij. ‘Slechts in incidentele gevallen zijn de formele rechten vastgelegd in een huisoverkomst en mogen bewoners echt meepraten en meebeslissen over de algemene gang van zaken.’

Aad Smits van PameijerKeerkring meldt dat de sfeer bij een bewonersoverleg niet altijd even vriendelijk is. ‘Als je kritiek hebt op iets, wordt je positie ondergraven. Vaak zijn het heel spannende bijeenkomsten. Iedereen heeft zijn eigenaardigheden. Een bewonersoverleg komt soms moeizaam op gang. Bewoners vinden het vaak wel best, waarom zouden ze bij elkaar komen? Ik vind dat de begeleiders zich ook op dit niveau verantwoordelijk moeten voelen voor de inspraak van bewoners. Als zij de bewoners meer weten te motiveren, gaat het beter. Deze ontwikkeling zie je de laatste jaren op gang komen’

Op een treedje hoger functioneert de bewonerscommissie. Deze behartigt de belangen van de bewoners binnen een woonvorm en houdt zich bezig met alle facetten van de woon-, leef- en begeleidingssituatie binnen de woonvorm. Tom de Meij: ‘Inspraak op dit niveau is heel belangrijk en concreet voor bewoners omdat



het direct terugslaat op de woon- en leefomgeving. Gelukkig functioneert er in de meeste woonvormen een bewonerscommissie. Kwalitatief zijn er nog wel grote verschillen. In de ene woonvorm wordt er vooral gesproken over de regels en of bewoners zich daar wel aan houden. In de andere kunnen bewoners ook meepraten over besteding van het vakantiebudget, aannahme van nieuwe bewoners en personeel. Dat laatste gebeurt helaas nog vrij weinig. Het personeel zou deze vorm van inspraak meer moeten stimuleren. Aan de andere kant zie je ook dat bewonerscommissies geen gebruik maken van hun bevoegdheden. En je kunt bewoners moeilijk dwingen tot participatie.'

Een volgend niveau van inspraak is die van de bewonersraad. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de bewonerscommissies uit de woonvormen en behartigt de belangen van alle bewoners binnen een RIBW. De bewonersraad houdt zich bezig met de algemene gang van zaken en het beleid binnen de RIBW. Vaak krijgt de bewonersraad hulp van een (betaalde) ondersteuner. Dat kan iemand zijn in dienst van de RIBW, maar ook een onafhankelijk persoon die in dienst is bij de LPR. De ondersteuner doet het secretariële werk, helpt bij het 'vertalen' van beleidsstukken en notuleert de vergaderingen. Praktisch alle RIBW's en PWV's hebben inmiddels een bewonersraad. Het ontstaan en functioneren van bewonersraden heeft natuurlijk flink de wind in de rug gekregen door de Wet Medezeggenschap Cliënten in de Zorgsector.

Worden bewonersraden werkelijk serieus genomen? Hans van de

Kolk van de bewonersraad van RIBW Dr. A. Querido is daar niet heel positief over. 'In de loop van de tijd worden we wel wat serieuzer genomen, maar dat komt voornamelijk door de wet. Maar ik zie toch vaak dat bijvoorbeeld bij reorganisaties het instellingsbelang voorop staat in plaats van het cliëntenbelang. Echt wezenlijk inbreng van cliënten is er niet. Ja, je mag meepraten en je mag hopen dat je geïnformeerd wordt. Dat is het dan.'

Volgens Tom de Meij is in de Wet Medezeggenschap precies vastgelegd over welke onderwerpen de bewonersraad adviesrecht of instemmingsrecht heeft. 'Maar die wet is een stuk papier dat in de kast ligt. Het punt is dat bewonersraden en directies moeten leren ermee om te gaan. Op een aantal plekken gaat dat goed en elders is het nog wennen. Dat heeft te maken met de wil of onwil van de directie maar ook met de vraag of een bewonersraad het werk aankan. Het is er niet makkelijk op geworden. Een tijdje geleden hielden bewonersraden zich bezig met heel concrete dingen, het eten of de koffie. Inmiddels heeft er een evolutie en emancipatieproces plaatsgevonden. Er is een hoop abstract beleidswerk bijgekomen. De moeilijkheidsgraad is in de loop van de jaren toegenomen. Vaak zie je dat specialisten of werkgroepjes de abstracte of ingewikkelde onderwerpen voor hun rekening nemen. Je moet niet alles met z'n allen gaan doen, want dan word je dol. We springen daar als LPR op in door deskundigheidsprogramma's te bieden.



door Aad Smits

# Wonen en werken

Vanuit het wonen en werken, uitgaande van 'zo normaal mogelijk' is de visie op beschermd wonen ontstaan. Nu noemen we dat vermaatschappelijking van zorg.

De horzel die beschermd wonen was in het veld van de geestelijke gezondheidszorg heeft zijn uitwerking niet gemist: psychiatrische ziekenhuizen zijn wakker geschud.

De sector beschermd wonen zocht in de startfase naar een andere manier van leven en begeleiden van psycho-sociaal kwetsbaren. In de werkgroep inhoudelijk functioneren (WIF) van de NVBW konden we onbelemmerd onze ideeën, idealen en gedachten ontvouwen, waarbij Sybren Bangma van de Geneeskundige Hoofdinspectie (zie pag. ) een scherpzinnige luisteraar was (met de nadruk op luisteren) en samenhang bracht in het geheel.

Het eindrapport 'Wonen en Werken in een Beschermende Woonvorm' van de WIF- werkgroep heeft zowel invloed gehad op de sector beschermd wonen als op de hele geestelijke gezondheidszorg.

In het doordenken over begeleiding kwamen we bij kernbegrippen als attitude en methodiek. Toen bleek dat Beschermd Wonen niet uitsluitend weggelegd was voor de 'happy few' binnen de psy-

chiatrie, maar ook voor autisten, mensen uit de forensische psychiatrie en andere specifieke doelgroepen. Als je terugleest bij wat in het WIF-rapport over contra-indicaties staat, wordt daar in ieder geval nu bij de Pameijer veel genuanceerder over gedacht.

Een van de belangrijkste zaken in het WIF-rapport was dat daar de eerste aanzetten tot inspraak van bewoners werd gegeven, met name de rechten van bewoners en het democratisch functioneren van zorginstellingen.

Bij de opheffing van de NVBW lijkt het of het voortbestaan van instellingen heel belangrijk wordt. Dat lijkt dan belangrijker dan het inhoudelijke ideaal waaruit het beschermd wonen z'n kracht putte. Het blijft belangrijk dat een rijkgeschakeerde variatie in de zorgverlening overeind blijft. Concurrentie scherpt de inhoud van het zorgaanbod aan en cliënten kunnen dan zelf keuzes maken. Het zijn tenslotte 'gewone' mensen.



Aad Smits is ondersteuner van de centrale cliëntenraad van de Pameijer Keerkring in Rotterdam



Wij moeten er voor zorgen dat raadsleden beter toegerust zijn om beleidsnota's te interpreteren of financiële stukken te lezen. Bewonersraden moeten ook eens 'nee' zeggen tegen een vraag om een advies. Anders verzuipen ze er in. De consequentie daarvan is dat ze niet overal over mee kunnen praten, maar andere dingen wel goed uit kunnen werken. Je kunt ook de directie vragen de stukken wat te doseren. Aan de andere kant moeten bewonersraden soms de directie achter de broek zitten, anders krijgen ze de stukken niet toegestuurd.'

#### **Moeilijk te vinden**

Volgens Hans van de Kolk is het niet makkelijk om mensen te vinden die in de bewonersraad willen zitten. 'Dat is vaak een probleem, ja. Maar ik denk dat het bij onze RIBW ook te maken heeft met het feit dat begeleiders de bewoners niet echt stimuleren om een eigen mening te vormen of tot een gezamenlijke visie te komen. Op huisniveau durven bewoners vaak hun mond niet open te doen, omdat ze bang zijn voor represailles van de begeleiding. In de bewonersraad komen dan de opstandige bewoners. Het is maar een klein groepje dat zijn hoofd boven het maaiveld durft uit te steken.'

Aad Smits werkt al heel wat jaren als ondersteuner van de bewonersraad van PameijerKeerkring. Hij merkt dat er flinke ontwikkeling zit in de onderwerpen waarmee de raad zich bezighoudt. 'Nu gaan we veel meer de diepte in. Mensen komen zelf met ideeën, zijn veel meer betrokken bij het beleid. We hebben

onlangs een hele discussie gehad over het ouderenbeleid omdat het bewonersbestand vergrijst. De vraag om advies kwam vanuit de directie, er wordt echt geprobeerd om in overleg tot iets te komen. De directie neemt de bewonersraad steeds serieuzer. Maar het blijft lastig om de bewonersraad steeds op tijd en adequaat te betrekken bij beleidszaken. Wat we overigens als bewonersraad niet doen is het meedenken in werkgroepen. Cliënten moeten nooit in die belangenverstrengeling terecht gaan komen, want dan ben je verantwoordelijk voor beleid. Bewoners kunnen heel goed reageren op beleidsvoornemens, maar die moeten ze dan wel krijgen.'

#### **Samenwerkingsverbanden**

Een vrij nieuwe vorm van inspraak is die op regionaal niveau, waar meer instellingen samenwerken of fuseren. Er is een toenemende samenwerking tussen verschillende instellingen die zorg bieden aan mensen met psychiatrische problematiek. Deze samenwerking leidt op sommige plekken tot fusies tussen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG's en RIBW's. Tom de Meij heeft hierbij zijn bedenkingen. 'Het is een beetje op hol geslagen en niemand kan zeggen waar het toe leidt. Je weet niet wat die nieuwe grote concerns opleveren. Je ziet prachtige mission statements en notities, maar daar kun je niet van leven en ze leveren ook geen zorg. Het maakt het niet makkelijker om de inspraak te regelen. Een algemene ontwikkeling is dat in de loop van het samenwerkingsproces de afzonderlijke cliëntenraden met elkaar in overleg treden. Dat gebeurt op het moment dat de cliëntenra-



den het idee krijgen dat de directies iets zitten te bekokstoven. Tot voor kort was de tendens dat directies met elkaar op de hei gingen zitten, daar plannen smeedden, begonnen met invulling van die plannen en daarna pas cliëntenraden op de hoogte stelden. Deze mochten dan op een rijdende trein springen. De redenering hierachter was dat ze geen paniek onder cliënten wilden veroorzaken als er nog niet uitgewerkte plannen bekend werden. Maar vaak lekten nieuwe plannen uit en dan ontstond er juist paniek. Ik vind het de verantwoordelijkheid van een instelling om cliënten vanaf het prille begin bij plannen te betrekken.'

Hoe de inspraak en medezeggenschap op regionaal niveau gestalte krijgt, is momenteel nog niet erg duidelijk. Een en ander zal zich de komende jaren moeten uitkristalliseren.

Op landelijk niveau doet de LPR aan belangenbehartiging van bewoners in beschermende woonvormen. Er zijn 33 raden van RIBW's en vier raden PWV's bij de LPR aangesloten alsmede 92 bewonerscommissies van beschermende woonvormen (zie kader). Hiermee is 94% van het totale bewonersbestand vertegenwoordigd.

### Wettelijke regelingen

De positie van cliënten in de sector beschermd wonen is de laatste jaren sterk verbeterd door allerlei wettelijke regelingen. Een bewoner heeft bijvoorbeeld recht op bescherming van de persoonlijke gegevens (Wet Persoonsregistraties) en het recht om het

eigen dossier in te zien (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst). Vrij recent is de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in werking getreden waardoor cliënten bij een onafhankelijke commissie kunnen klagen. En door de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector zijn instellingen nu verplicht om een cliëntenraad te hebben. In de wet staat nauwkeurig omschreven wat de bevoegdheden van een cliëntenraad zijn. En zo zijn er meer wetten of regelingen (zoals de Wet Kwaliteit Zorgsector en de regeling Meldingen Incidenten Bewonerszorg) die de positie van cliënten verbeteren.

Hans van de Kolk is er wat sceptisch over. 'Formeel zijn die regelingen er, maar in de praktijk wordt het maar mondjesmaat uitgevoerd. Ik weet dat de begeleiding problemen gaat maken, als je met een klacht naar de klachtencommissie wil.' Tom de Meij bevestigt dat. 'Het komt wel eens voor dat er repercussies zijn voor mensen die er gebruik van maken. Ook verschilt de status van de uitspraak van een klachtencommissie. De ene directie beschouwt de uitspraak als een bindend advies, terwijl de ander een uitspraak als iets vrijblijvends ziet.'

Tom de Meij vindt dat het de goede kant uitgaat met de positie van de cliënt, maar er valt nog veel te bereiken. 'Het woon- en verblijfsrecht bijvoorbeeld. Dat is nergens geregeld. Nu zijn bewoners afhankelijk van het oordeel van een medisch deskundige of ze in een RIBW



Tom de Meij, hoofd medezeggenschap en participatie van de stichting LPR.



mogen blijven wonen. Vroeger was de zorg aanbodgericht. Deze is zich aan het ontwikkelen naar vraaggericht. Dat is een hele omslag met uitwerking naar heel veel gebieden. Wij zijn van mening dat cliënten Nederlandse staatsburgers zijn met de daarbij behorende rechten. Maar in de zorg is dat veelal nog anders. Cliënten zijn dan een soort buitenaards wezen zonder burgerrechten. Dat wordt gecompenseerd, gedeeltelijk, met patiëntenrechten. Het begint nu wat te verschuiven, maar we zijn er nog lang niet. Het zal de komende jaren duidelijk worden of cliënten volwaardige partners zijn aan wie instellingen diensten verlenen.'

#### Niveaus van inspraak en medezeggenschap

##### Niveau

Individueel	Inspraak in begeleidingsplan
Groep/huis	Groeps/huisoverleg
Woonvorm	Bewonerscommissie
RIBW	Bewonersraad / Cliëntenraad
Regionaal	Samenwerking tussen cliëntenraden
Landelijk	LPR

## Cliënten beoordelen zelf de kwaliteit

In de zorgsector heeft men de laatste tijd veel aandacht voor kwaliteit. Mede door de Kwaliteitswet worden instellingen gedwongen om na te denken over kwaliteit van hun zorg en een Intern Kwaliteits Bewakend Systeem op te zetten. En wat ligt meer voor de hand om degenen die de zorg ontvangen te vragen of ze deze van goede kwaliteit vinden? Op initiatief van de NVBW en de LPR is er een project geweest waarbij instrumenten zijn ontwikkeld waarmee de bewoners hun mening over de kwaliteit kunnen geven. Vervolgens zijn deze instrumenten uitgetoetst in vier RIBW's. Dit project is uitgevoerd door het Verwey Jonker Instituut. Bianca Winants, die aan het project heeft meegewerkt, vertelt dat er op verschillende manieren informatie van cliënten verkregen wordt. 'Een onderdeel van het instrumentarium is het spelen van een spel door bewoners. Uit vooronderzoek is gebleken dat bewoners in een spelvorm makkelijker hun mening geven dan in een groepsdiscussie. Eerst vinden bewoners het wat raar, uiteindelijk doen ze toch allemaal mee en zijn achteraf erg positief. Verder vullen ze anoniem vragenlijsten in. Een ander onderdeel van het project is de visitatie. De RIBW wordt bezocht door een kwaliteitscommissie bestaande uit bewoners afkomstig van een andere RIBW, die tijdens het bezoek informatie probeert te verzamelen over de kwaliteit van de zorg. Door de combinatie van deze drie onderdelen krijgen de bewoners de mogelijkheid om langs verschillende wegen hun oordeel over de kwaliteit te geven.'

Wat doet een directie met de uitkomsten van de bewonersraadpleging?

Bianca Winants : 'In het eindverslag worden aanbevelingen gedaan en die worden besproken tussen directie en bewonersraad. Hoe dat wordt opgepikt, verschilt. In samenspraak met de bewonersraad stipfelt de directie een traject uit. Bij de ene RIBW beginnen ze meteen zaken te verbeteren. Bij de andere gaat er eerst een werkgroep aan de slag om de zaken voor te bereiden.'

Volgens de directeur van het Verwey-Jonker Instituut, Rally Rijkschroeff, is het project positief geëvalueerd. 'Het heeft er toe geleid dat de LPR het instrumentarium op grote schaal wil invoeren. Men is nu bezig met een tweede tranche, waar vijf instellingen aan meedoen. Een belangrijk struikelblok bij grootscheepse invoering is de financiering. Het hele pakket kost veertigduizend gulden, wat voor een belangrijk deel opgaat aan een intensieve ondersteuning van de bewonersraad. Op zich is het niet duur voor hele goede informatie over kwaliteit vanuit het bewonersperspectief. Maar de financiering hiervan is voor veel RIBW's een probleem. Er zou een kwaliteitsfonds moeten komen, zoals die voor de thuiszorg al bestaat. Nu wordt het geld ad hoc uit verschillende potjes gehaald. Dit kwaliteitstraject verdient structurele aandacht en een structurele financiering. Het zou me tegenvallen als deze sector op dit gebied achteraan gaat lopen.'



# 'Leven uit een dag van een moderne cliënt'

'Mijn integratie stopt hier in deze woonvorm', zegt Patrick. 'Ik zou wel gek zijn als ik verder zou integreren. Als ik weer helemaal zelfstandig in de maatschappij zou moeten meedraaien, als ik zou moeten presteren volgens de eisen van de samenleving, zou ik binnen de kortste keren weer in een psychiatrisch ziekenhuis terecht komen. Ik zou een draaideurpatiënt worden.' Die laatste woorden blijven in de lucht hangen. Letterlijk, want Patrick zet er behoorlijk de vaart in en fietst alweer een paar meter vooruit.

Patrick Aarts (37) is een van de 27 bewoners van de beschermende woonvorm Haagsittard. Zo'n twee jaar geleden opende de RIBW Heuvelland en Maasvallei deze beschermende woonvorm in een voormalige boerenhoeve aan de rand van een nieuwbouwwijk in Sittard. Achter de grote boerderij is het landschap nog idyllisch; een Limburgse holle weg kronkelt door glooiende weiden.

Aan de telefoon, bij het maken van de afspraak, noemde Patrick straat voor straat de te lopen route vanaf de bushalte. 'Een van de voordelen van het werk van een postbode', lachte hij. Drie ochtenden per week gaat

ie op de fiets naar dagactiviteitscentrum Het Karwei om de post te halen en in de stad te bezorgen. Brieven en blaadjes van instellingen - zoals de kerk, kinderdagverblijven en scholen - waarmee Het Karwei een contract voor de postbezorging heeft afgesloten. 'Ik heb

de DAC's van de grond zien komen', vertelt Patrick. 'Toen ik tien jaar geleden in de psychiatrie terecht kwam, bestond het fenomeen nog niet.'

Zo rond zijn 26ste kreeg Patrick zijn eerste psychose, 'precies volgens de boekjes', en werd hij opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis in Maastricht. 'Voor die tijd was er ogenschijnlijk niet zoveel met mij aan de hand. Ik heb de Havo normaal doorlopen en tijdens mijn militaire dienst had ik helemaal nergens last van, nu weet ik dat het strakke ritme en de dagelijkse structuur me goed deden.' Hij ging op kamers wonen en volgde een half jaar de HBO-opleiding Bibliotheek en Documentatie. 'In die tijd liep iedereen daar half overspannen rond, dat hield ik niet vol. Daarna ben ik actief geworden bij de CDA-jongeren.' Over die eerste psychose zegt hij niet veel en ook niet over het halve jaar dat ie in het APZ zat. Dat hij daarna in de Bourgognestraat (een beschermende woonvorm in Maastricht) terecht kwam, noemt hij zijn redding. 'Ik hoefde niet meer te bewijzen dat ik niet zelfstandig kan wonen. En ook mijn vader en moeder zagen dat het echt niet meer ging. Ik kom uit een vrij beschermd gezin, waar nooit iemand met de psychiatrie te maken had gehad. Maar je ziet 't, het komt ook voor bij ons soort mensen. Mijn moeder zegt wel eens dat ik bij wijze van spreken bewust over de rooie ben gegaan om duidelijk te maken dat ik het niet langer aankon, die drang om gewoon mee te draaien in de maatschappij.'

Patrick is manisch-depressief. 'Tegenwoordig noemen ze dat liever een bipolaire stoornis', zegt hij nuchter. 'Dat bipolaire is de rode lijn in mijn leven, een balans vinden tussen uitersten. Ik ben al zestien



Patrick Aarts, postbode bij DAC 'Het Karwei'.



jaar werkloos, soms denk ik "joh, met jou wordt het nooit meer wat". Aan de andere kant weet ik dat ik heel wat in mijn mars heb.' Vorig jaar heeft hij in eigen beheer zijn derde gedichtenbundel uitgebracht. 'Alleen als ik tussen waandenkbeeld en diep dal vertoef, roep ik: eindelijk stabiel', staat in het bundeltje. Hij laat ook een stapel brieven zien. Er zitten stukken bij van het Verbond van Nederlandse Ondernemingen, maar de meeste brieven zijn afkomstig van de CDA-burelen. Van het wetenschappelijk bureau, maar ook van bewindslieden zelf. 'Wij waarderen uw niet aflatende betrokkenheid bij de economische vraagstukken', 'met dank voor uw reactie', beginnen die brieven meestal. 'Er zijn veel politici die manisch-depressief zijn, denk maar aan het voormalig kamerlid Joekes', zegt Patrick. 'Ik meet mijn manisch zijn af aan het aantal schrijfblokken dat ik bij de Edah haal. Die drang om de mensen in Den Haag van sociaal-economisch advies te voorzien, hoort bij de voorboden van mijn ziekte. En als de brieven uit Den Haag hier dagelijks op de mat ploffen, weet mijn begeleider hoe laat het is. "Wordt het niet tijd dat je een vakantie van je postbode-werk regelt bij Karwei", zegt ie dan. We kennen elkaar goed, hebben genoeg aan een half woord. Ik functioneer hier redelijk zelfstandig, heb zelf een goed inzicht in mijn ziektebeeld. De belangrijkste punten in mijn begeleidingsplan hebben betrekking op het onderhouden van mijn kamer.'

Patrick is voorzitter van de bewonersraad van de RIBW. Hij is ook actief in de Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden (LPR) in de geestelijke gezondheidszorg. 'Als ik tegenwoordig op vergaderingen kom, zie ik steeds meer mensen keurig in het pak. "Ha yuppies", roep ik dan. "Jongen, wordt het niet eens tijd dat je je aanpast",

zeggen ze.' Patrick wijst naar zijn spijkerbroek, inderdaad niet het meest modieuze model, en zijn in sandalen gestoken voeten. 'Waarom zou ik? Ik blijf een rebel', lacht hij. Toch staat in zijn gedichtenbundel ook: 'Mijn leven blijft zich onder alle omstandigheden aanpassen.'

Patrick woont met zes anderen in een van de drie groepen in de woonvorm. Als hij terug komt van zijn bodedienst, dekt hij de tafel voor de lunch; het is vandaag zijn corveebeurt. De leeftijden van de bewoners komen ter sprake. Het is opvallend dat iedereen er aanzienlijk jonger uitziet dan ie is. 'Misschien zijn het de medicijnen', lacht Marij Schneitz (38). 'Psychiatrie houdt je jong en zorgt dat de nachtcrème in de kast kan blijven.' Gelach.

Patrick en Marij zijn samen met twee anderen uit de groep twee jaar geleden vanuit de beschermende woonvorm in de Maastrichtse Bourgognestraat naar deze plek in Sittard verhuisd. Marij is blij met die verhuizing, ze komt oorspronkelijk uit Sittard en kent er dus nog veel mensen. Als kind liep ze vroeger wel eens langs de boerderij waar ze nu zelf woont.

Na een MBO-opleiding in de kinder- en jeugdverzorging werd Marij ziek in het eerste jaar van een vervolgopleiding. 'Ik zat thuis en toen ik ook nog mijn moeder moest gaan verzorgen die ziek werd, werd het me allemaal teveel.' Na een kortstondig verblijf in een rusthuis, werd ze in een psychiatrisch ziekenhuis opgenomen. 'En dan heb je het plakken, zoals ze het in Limburg zeggen. Dan zit je in de psychiatrie.' En dat is ondanks alle inspanningen om die sector in de gezondheidszorg van vooroordelen te ontdoen, voor sommige mensen nog steeds beangstigend. Marij vertelt van een boer die enkele



bewoners van de hoeve tijdens een wandeling tegenkwamen. 'Mogen jullie loslopen?', had die man vol verbazing gevraagd. Tijdens een door de RIBW verzorgde informatiedag voor de buurt spraken enkele aanwezigen hun ongerustheid over de nieuwe bewoners uit. Konden die mensen geen kwaad voor de kinderen? Marij lacht, maar natuurlijk doen dat soort reacties pijn: 'Wat verwachten die mensen in hemelsnaam van ons?'

'Ze zeggen dat ik een borderliner ben, dat ik dus een persoonlijkheidsstoornis heb', vertelt ze. 'Maar het gaat nu veel beter met me dan een paar jaar geleden. Ik ben veel zelfverzekerder geworden. De eerste stappen daartoe heb ik kunnen zetten in het psychiatrisch ziekenhuis, daarna ben ik verder gegroeid dankzij de begeleiding in de beschermende woonvorm in Maastricht en hier. Maar ik heb me er natuurlijk ook zelf voor ingezet, die combinatie, als dat goed gaat, dan kom je waar je zijn moet.' Marij denkt dat ze daarbij wel medicatie nodig zal blijven hebben. 'Maar die ben ik nu ook aan het afbouwen. En met de huidige hoeveelheid kan ik leven. Dat was in het begin veel zwaarder, het speeksel liep toen uit mijn mond. Mijn motoriek was gestoord, ik moest weer helemaal opnieuw leren schrijven.'

Tegenwoordig praat Marij in de groep niet meer over persoonlijke problemen. 'Die tijd ligt achter me. Als er wat is, weet ik ook dat ik meteen terecht kan bij mijn begeleider van de RIBW. Ik ben heel erg positief over deze woonvorm. Voor mensen die uitbehandeld zijn, zoals wij, is dit echt de redding. Ik geloof dat we anders allemaal nog



Nachtcrème in de kast...

in het psychiatrisch ziekenhuis zouden zitten. Laten we wel wezen, het is niet altijd makkelijk om samen te moeten leven met een groep mensen die je niet zelf hebt uitgezocht. Je moet er het beste van zien te maken en ik vind dat wij daar goed in slagen.' Ze lacht als ik zeg dat het op een reclameboodschap voor beschermd wonen begint te lijken. 'Maar zo denk ik er echt over, dankzij de RIBW ben ik in staat om mijn bagage,

zo blijf ik mijn ziekte toch zien, beter te dragen.'

Marij heeft zelf een vrijwilligersbaan geregeld. Een paar dagdelen per week helpt ze mee op een basisschool. 'Ik luister naar de verhalen van de kinderen en schrijf die in hun eigen woorden op. Op die manier brengt de school de taalontwikkeling in beeld. Verder help ik mee met knutselen en ben ik ook aanwezig in de overblijfgroep.' Ze heeft het druk, ze past ook nog op de kinderen van vrienden en volgt een natuurcursus bij het Instituut voor Natuurbeschermingseducatie. 'Allemaal buiten de psychiatrie, dat wilde ik ook graag. Liever nog zou ik een betaalde baan vinden, maar dat lijkt me onmogelijk, ik ben bijna veertig, te oud voor de arbeidsmarkt.'

Ze twijfelt even en zegt dan: 'Bij de hoeve ligt ook een zelfstandig appartement voor begeleid wonen. Ik voel me nu sterk genoeg om daar ook over te denken. Als ik de kans krijg om begeleid zelfstandig te gaan wonen, hier of ergens anders in de stad, grijp ik die mogelijkheid aan. Met de begeleiding van de RIBW denk ik dat me dat gaat lukken.'



door Ger Cremers

# Andere manier van denken

Door sommigen is de vorming van de RIBW's wel eens een historische vergissing genoemd. Het feit alleen al dat de RIBW's hebben bijgedragen tot de vermaatschappelijking van de GGZ geeft aan dat dat geenszins het geval is. Door de vorming van RIBW's werd duidelijk dat huisvesting kleinschalig van opzet kan zijn, gewoon in de woonwijken. En dat er vormen van dagstructurering noodzakelijk zijn buiten de intramurale zorg om. Bewoners kunnen hun dag zinvol invullen en begeleid zelfstandig wonen wordt door de instellingen opgezet om bewoners in hun thuissituatie te begeleiden.

Al deze initiatieven zijn een duidelijke aanzet geweest tot een andere manier van denken over geestelijke gezondheidszorg. Steeds vaker geldt dat een ambulante setting een goed alternatief en antwoord is op de hulpvraag van de cliënt.

De RIBW heeft in deze vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg een vooraanstaande rol gespeeld. Dit thema vraagt ook in de toekomst nog veel aandacht en de RIBW zal hieraan, in samenwerking met de overige GGZ-partners in de

regio, een invulling moeten geven.

De fusie van de vier verenigingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (NVAGG, NVBW, NVGGz en NeVIV) is een aanzet tot samenwerking tussen de kernpartners, die vertaald moet worden in samenwerking in de regio's.

Hierbij is het komen tot een zorgcircuit belangrijker dan een organisatorische integratie van de GGZ-partners. Dit laatste zal vaak het gevolg zijn van de inhoudelijke samenwerking, maar is niet het primaire doel.

Samenwerking dient te geschieden op basis van gelijkwaardigheid. De RIBW heeft de taak om met name een functie te vervullen in het circuit voor de langdurig zorgafhankelijken. Dit dient op een dusdanige manier te geschieden dat de cultuur van beschermd wonen en de intentie die achter deze zorgvorm zit, duidelijk bewaard blijft en te herkennen is.

Ik hoop dat hieraan voldoende invulling gegeven wordt in de komende tijd.



Ger Cremers is beleidsambtenaar bij het Ministerie van VWS.



# Hoofdstuk 3







# De toekomst van beschermd wonen

*Hoe blijft de bruidsschat behouden?*

De geestelijke gezondheidszorg staat aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Deze veranderingen hebben betrekking op de organisatie, de structuur en de financiering van de zorg. In de zorg voor langdurig van zorg afhankelijke mensen, waarin de RIBW's een belangrijke rol spelen, springt een aantal ontwikkelingen in het oog.

De contouren van vier toekomstscenario's voor de sector beschermd wonen worden daarmee langzaam duidelijk.

## Veranderingen in de geestelijke gezondheidszorg

De geestelijke gezondheidszorg in Nederland is vanouds verdeeld in sectoren en kent vele schotten. Elke sector (ambulant-intramuraal-semimuraal), had zo z'n kenmerkende taakgebied en kende een geheel eigen cultuur. De schotten in de GGZ beginnen in de negentiger jaren langzamerhand af te brokkelen. Instellingen gaan steeds meer samenwerken. Deze samenwerking krijgt vorm onder noemers als regionalisering, circuitvorming en zorgvernieuwing.

Een belangrijke aanleiding tot de veranderingen binnen de GGZ is de wens van instellingen om een gevarieerder en flexibeler zorgaanbod te bieden. De vraag van de cliënt vormt het uitgangspunt, ofwel zorg op maat.

Zes van deze veranderingen zijn voor de toekomstige GGZ belangrijk:

## Medezeggenschap cliënten

De nadrukkelijke keuze voor optimale zelfstandigheid in normale omstandigheden impliceert dat cliënten zoveel mogelijk zelf inhoud geven aan hoe zij willen wonen en leven. Wetgeving op dit terrein, onder meer de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen, stimuleert deze tendens.

Duidelijker dan nu zal de cliënt en/of cliëntvertegenwoordigers verwoorden, wat de verwachtingen zijn ten aanzien van:

de GGZ-zorg dichterbij huis,

de herkenbaarheid van het GGZ-aanbod,

de toegankelijkheid van GGZ-zorg en

een op elkaar afgestemde GGZ-zorg.

## Regionale samenwerking en circuitvorming

Instellingen zoeken in toenemende mate de samenwerking met andere zorgaanbieders en participeren in regionaal verband rond zaken als zorgtoewijzing en zorgcoördinatie.

Het uitgangspunt is een gevarieerd aanbod van regionale voorzieningen te creëren voor een bepaalde doelgroep (een 'circuit'), dat op elkaar is afgestemd.

Dit houdt in vergelijking met het instellingsgerichte denken een hele omslag in.

## Extramuralisering

Afgaande op het advies 'Thuis in de GGZ' van de Raad voor de Volksgezondheid en de Zorg (RVZ) zal het extramuraliseringsproces de komende jaren verder uitgebouwd worden. Het advies



schetst een toekomstbeeld waarin ambulante woonbegeleiding een belangrijk alternatief vormt voor de intramurale zorg. In een periode van vijf tot tien jaar zouden 8000 bedden van algemeen psy-

chiatrische ziekenhuizen en plaatsen van RIBW's moeten worden omgezet in een ambulante vorm van woonbegeleiding. Volgens het advies kan tussen de vijftig en zeventig procent van de langdurig opgenomen psychiatrische cliënten, die nu in een instelling verblijven, doorstromen naar een andere (zelfstandige) woonvorm, terwijl ongeveer dertig procent permanent is aangewezen op intramurale zorg. Al met al impliceert dit een niet geringe verschuiving van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg.

Een grote vraag is, hoe in de toekomst wordt omgegaan met de capaciteit van instellingen. Nu is er nog sprake van bedden en plaatsen. In de verre toekomst zal de zorg steeds meer om de cliënt heen worden georganiseerd. Capaciteitsparameters, zoals bed en plaats, zullen op den duur verdwijnen.

#### Ongedeelde financiering

De 'Zorg op maat-regeling', een flexibele verstrekking die 1 januari 1998 in de GGZ wordt ingevoerd, zal de tendens van vermaatschappelijk stimuleren. Met de zorg op maat-verstrekking blijft het mogelijk om dagbesteding en ambulante woonbegeleiding in het kader van de AWBZ aan te bieden. Deze flexibilisering van de huidige AWBZ-aanspraken betekent ook,



Begeleiding aan huis...

dat GGZ-instellingen vanaf 1998 minstens 5 procent van hun budget moeten inzetten voor nieuwe zorgvormen. De jaren daarna zal de omvang nog flink toenemen.

Onderwijl discussieert de politiek over compartimentering, hetgeen verstreckende gevolgen voor de AWBZ kan hebben. Sommige politici willen de AWBZ-zorg en de financiering ervan verdelen in te onderscheiden compartimenten, ofwel zij willen een "knip". Dat betekent, dat zij slechts een deel van de huidige GGZ-zorg willen blijven financieren via de AWBZ. Een ander deel willen zij financieren via een verplichte verzekering en het resterende deel via een vrijwillige aanvullende verzekering. Dat zou een terugval betekenen naar de situatie van voor 1989, toen eveneens verschillende financieringsbronnen bestonden.

De geestelijke gezondheidszorg maakt zich via GGZ Nederland sterk voor ongedeelde financiering. De consequenties van een knip zijn voor de langdurige zorg moeilijk te overzien.

#### Breder kwaliteitsbeleid

In 1996 is de Kwaliteitswet Zorginstellingen van kracht geworden. De implicaties van deze wetgeving in de komende jaren zijn niet gering. Instellingen moeten verduidelijken welke doelstellingen en welke kwaliteitscriteria zij hanteren. Vervolgens geven zij via een cyclisch proces van normeren, toetsen en bevorderen, vorm aan een kwaliteitssysteem. Dit is van belang voor de interne en externe kwaliteitsbeoordeling.

door Hans van der Voorde

# Terugblik

*Lastig zijn konden we amper hanteren,  
Dan kon je "ze" te weinig leren,  
Het liefst zo normaal mogelijke mensen,  
Met slechts minimale wensen,  
Zo moesten onze bewoners zijn,  
En zo hielden we ze ook klein.*

*Van los zand naar een geheel,  
Er veranderde plots veel,  
De NVBW werd opgericht,  
Kreeg snel een eigen gezicht,  
Visie en methodiek werden bijgebracht,  
Gaven zo de begeleiders meer kracht.*

*Het kleine broertje in de GGZ,  
Zorgde nog voor heel veel pret,  
Nieuwe takken kwamen aan de boom,  
Zorgden voor steeds meer room,  
Het LSDA was er een voorbeeld van,  
En bracht de dagbesteding aan de man.*

*Bewonersgroepen veranderden snel,  
Het "lastig zijn" hanteren we nu wel,  
Psychiatrische problemen zien we vaak,  
Maar is nu onderdeel van onze taak,  
Met rehabilitatie gaan we aan de slag,  
En werken zo van dag tot dag.*

*De NVBW bestaat nu niet meer,  
Dat doet ons toch wel een beetje zeer,  
Wie blijft ons nu ondersteunen?  
Op welke schouder kunnen we nog leunen?  
GGZ-Nederland krijgt nu deze opdracht,  
Hiervoor wens ik ze wijsheid en kracht!*



*Hans van der Voorde is beleidsmedewerker bij Emergis*



In de toekomst zal de beoordeling van de kwaliteit van zorg sterk veranderen. Instellingsgericht kwaliteitsbeleid maakt plaats voor regionaal kwaliteitsbeleid. Verschillende partijen kunnen daarop hun invloed laten gelden. Cliënten hebben een belangrijke stem in het gehele regionale (kwaliteits)beleid. Zorgaanbieders worden niet alleen maar beoordeeld door cliënten, verzekeraars en de inspectie. Er komen andere partijen bij: gemeentenbesturen en gemeentelijke diensten, de buurt, wijkvoorzieningen, woningbouwvereniging, sociale werkvoorziening etc. Dit zal een ander kwaliteitsbeleid vergen.

#### Brede indicatiestelling

De zorgaanbieders in de GGZ willen de indicatiestelling in de toekomst regionaal organiseren via een Regionaal Indicatie Orgaan in elke WZV-regio. Cliënten, aanbieders en zorgverzekeraars zijn direct bij de indicatiestelling betrokken en hebben hierdoor invloed op de toegankelijkheid van de GGZ.

In veel regio's ontstaan nu op initiatief van de RIBW's deze regionale indicatiecommissies met een brede taakopdracht. De verschillende zorgaanbieders indiceren daar gezamenlijk voor alle beschikbare hulpverlening in de langdurige zorg in de regio. De plannen van de overheid gaan uit van een onafhankelijke indicatiestelling van zorgaanbieders en zorgverzekeraars en van toetsbare, transparante, procedures volgens landelijke richtlijnen. Ook gemeenten zouden hierin een rol moeten krijgen. De ervaringen uit de ambulante verslavingszorg laten soms zien, dat dit niet altijd een verbetering hoeft te betekenen.

#### Vier toekomstscenario's

Tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen hebben wij voor de toekomstige ontwikkeling van de RIBW's vier scenario's voor de organisatorische ontwikkeling opgesteld. Uiteraard gaat het hier om ideaal-typische modellen, die elkaar soms niet uitsluiten en soms elkaar overlappen.

1. de RIBW gaat op in een geïntegreerde GGZ-organisatie
2. de RIBW als organisatie van BW-wijkeenheden
3. de RIBW op het grensvlak van de GGZ
4. de RIBW als onderdeel van de maatschappelijke dienstverlening.

Het gedachtengoed van de RIBW's tot nu toe wordt veelal samengevat in termen als normalisatie, rehabilitatie, emancipatie en sociale integratie. De begeleiding aan mensen met psychische problemen is primair gericht op ondersteuning in een omgeving die zo gewoon mogelijk is. De behandeloptiek is afwezig.

Aan het ene uiteinde van het spectrum zien we beschermende woonvormen die deel uitmaken van een regionale GGZ-organisatie. De RIBW als zodanig bestaat niet meer. Herkenbaar zijn de functies die 'van oudsher' gerekend kunnen worden tot de RIBW-taken: woonbegeleiding in beschermende woonvoorzieningen en ambulante woonbegeleiding. Aan het andere uiteinde van het spectrum is de RIBW evenmin een aparte organisatie.

Het gedachtengoed van de RIBW is overgenomen door de maatschappelijk georiënteerde gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en het algemeen maatschappelijk werk op gemeentelijk niveau.

Tussen deze beide toekomstmodellen plaatsen we twee scenario's waarbij de RIBW als GGZ-organisatie overeind is blijven staan. In één van deze toekomstschetsen is sprake van BW-wijkeenheden. Het zorgaanbod is op kleine schaal georganiseerd en wordt gekenmerkt door een maximale differentiatie. Het andere scenario gaat uit van een wezenlijke omslag van de RIBW-organisatie zoals we die nu kennen. Het aanbod is niet meer uitsluitend gericht op (ambulante) woonbegeleiding, maar heeft zich verbreed tot alle domeinen die relevant zijn om te bewerkstelligen dat de cliënt verzekerd is van een maatschappelijk steunsysteem.

### **I. De RIBW gaat op in een geïntegreerde GGZ-organisatie**

Het eerste scenario gaat nu al op voor een vijftal regio's. Hier is sprake van een gefuseerde GGZ-organisatie waarin de RIBW is geïntegreerd. Inhoudelijk is er voor de cliënten niet veel veranderd. Zij wonen nog steeds ofwel in een beschermende woonvorm ofwel zelfstandig en krijgen in het laatste geval (ambulante) woonbegeleiding. De begeleiding is praktisch van aard en gebaseerd op de uitgangspunten van rehabilitatie, zorg op maat,

emancipatie, normalisatie en sociale integratie. Voor begeleiders is er inhoudelijk gezien op het eerste gezicht evenmin veel verschil. Toch is het de vraag of cliënten en medewerkers op den

### **Regelgeving in de geestelijke gezondheidszorg**

Sinds 1989 is de GGZ in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) opgenomen met een gemeenschappelijke financiering. Dit, mede om de samenhang in de GGZ onderling te versterken. Voor 1989 werd de zorg voor de GGZ bekostigd uit drie bronnen: de AWBZ, het ziekenfonds en de particuliere verzekeringen.

De GGZ biedt onderzoek, behandeling, begeleiding, verpleging, verzorging en verblijf. Deze aanspraken op zorg zijn gebaseerd op de verschillende zorgvoorzieningen; APZ, RIAGG en RIBW. Hun functies zijn vastgelegd in het besluit **Zorgaanspraken Bijzondere Ziektekostenverzekering**.

Ook de verstrekking RIBW (en daarmee de erkenning) is geregeld in de AWBZ. De Wet Ziekenhuis Voorzieningen (WZY) regelt de planning en bouw, de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) financiert de kosten op basis van gegarandeerde tariefstelling.

Nieuwe zorgvormen (dagbesteding en ambulante woonbegeleiding), worden nu nog gesubsidieerd, maar worden vanaf 1998 toegelaten tot de AWBZ met een structurele financiering, de zogenaamde "Zorg op maatregeling".

duur niet te maken krijgen met geleidelijke, maar mogelijk fikse verschuivingen. Op dit moment valt daar weinig over te zeggen omdat de fusies nog vrij recent zijn.

Grofweg zijn er twee mogelijkheden denkbaar: het geschetste gedachtengoed wordt verder uitgebouwd en geïntegreerd in de gehele organisatie of de principes die tot nu toe gehanteerd werden, sterven een stille dood. In het eerste geval is sprake van een vermaatschappelijking van de GGZ en ontstaat er een gedifferentieerd geheel van maatschappelijk georiënteerde voorzieningen. Er ligt veel accent op persoonlijke herstelprocessen en de bevordering van sociale integratie. In het laatste geval kan de



situatie ontstaan dat de langdurige zorg in de GGZ medicaliseert en uitsluitend wordt verleend vanuit een behandelperspectief.

## **2. De BW-wijkeenheid**

In dit scenario blijft de RIBW-zorg herkenbaar en ontwikkelen beschermende woonvormen zich tot wijkeenheden. Ook dit scenario speelt al in een aantal regio's. De RIBW's die op een dergelijke wijze georganiseerd zijn, zijn kleinschalig en verlenen een gedifferentieerd aanbod van dienstverlening op wijkniveau. Ook al is de BW-wijkeenheid nog geen gemeengoed, de gedachte erachter is veelbelovend. Enerzijds biedt het model veiligheid aan mensen die zich niet zelfstandig kunnen handhaven. Anderzijds is er veel aandacht voor sociale integratie en maatschappelijke participatie. De begeleiding is gebaseerd op de rehabilitatievisie en bijbehorende methodieken. De doelgroep van de BW-wijkeenheid is sterk gedifferentieerd. Zo wordt bijvoorbeeld begeleiding geboden aan mensen met verslavingsproblematiek en psychische problemen, etc. In de wijk zijn kleinschalige woonvormen gesitueerd waar vanuit een centrale locatie begeleiders begeleiding bieden aan cliënten met een permanente behoefte aan een beschermende woonomgeving (asielfunctie). Tevens zijn er woonvormen waar veel aandacht is voor vaardigheidstrainingen voor mensen die op den duur zelfstandiger willen gaan wonen. Zo is er ook een gevarieerd aanbod voor mensen die ambulante woonbegeleiding ontvangen. Ambulante woonbegeleiding is een belangrijke kernfunctie. Cliënten hebben de mogelijkheid om rechtstreeks bij de woningbouwvereniging woonruimte te huren.

De woningen zijn zo gesitueerd dat de begeleiding snel te bereiken is en aanwezig kan zijn. De cliënten kunnen gebruik maken van een ontmoetingscentrum in de wijk van waaruit verschillende diensten geleverd kunnen worden, zoals bijvoorbeeld maaltijdverstrekkingen. Ook voorziet de BW-wijkeenheid in een aantal logeerbedden op een centrale lokatie waar regelmatig begeleiding aanwezig is. De logeerbedden zijn met name bedoeld voor cliënten die zelfstandig wonen maar die tijdelijk extra zorg behoeven. De RIBW werkt in functioneel verband samen met diverse aanpalende werkvelden.

## **3. De RIBW op het grensvlak van de GGZ**

Is de huidige RIBW-organisatie te omschrijven als een redelijk intern gerichte organisatie die een aantal voorzieningen exploiteert, dit is wezenlijk anders in een zogenaamde netwerkorganisatie. De RIBW profileert zich niet eenzijdig op het gebied van woonbegeleiding, maar juist als intermediair tussen verschillende vormen van zorg en ondersteuning. Een nieuw begrip in dit verband is het begrip maatschappelijk steunsysteem. Een maatschappelijk steunsysteem moet in principe alles omvatten wat mensen met psychische problemen nodig hebben om als burger een plaats in de maatschappij in te kunnen nemen. Naast individuele begeleiding - eventueel in combinatie met psychiatrische behandeling - is er expliciet aandacht voor de manier waarop maatschappelijke integratie vorm kan krijgen. Men denke aan dagbesteding, arbeidsrehabilitatie, sociaal cultureel werk, lotgenotencontact, consumer runprojecten en dergelijke. De RIBW is

door Tom de Meij

# Sprookje

*Er was eens een klein prinsesje. Ze heette Enveepeeteetje en voerde het bewind over Maatschapland. De bewoners van Maatschapland heetten kabouters en woonden in paddenhostels en paddenpensions. Ze waren stuk voor stuk arme drommels voor wie goed gezorgd moest worden.*

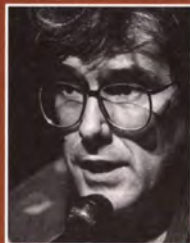
*Het nietige Maatschapland grensde aan het enorme Psychiatria, dat bestierd werd door de reuzen Ambulantia en Klinikus. Met name tussen Enveepeeteetje en Klinikus wilde het niet echt boteren. Enveepeeteetje vond dat Klinikus veel te veel grond in bezit had en wilde eigenlijk niets met hem te maken hebben.*

*Maar op een dag veranderde dat. Enveepeeteetje en de kabouters zagen dat de TSMD-dukaten op begonnen te raken en keken vol bewondering naar de AWBZ-dukaten in Psychiatria. Dat willen wij ook dachten ze. En ze kregen het. Enveepeeteetje en haar kabouters trokken naar Psychiatria. Ze leerden zich snel aanpassen en hadden zich binnen de kortste keren de taal van Psychiatria (het Zorgopmaatoo) eigen gemaakt. Enveepeeteetje werd een beetje deftig. Zoals wel meer prinsessen doen veranderde ze haar naam. Voortaan heette ze Enveebeeweeetje. Mede door de inbreng van de (voormalige) goede fee Zwemstra ging het ook veel kabouters financieel voor de wind. Ze werden geen arme drommels meer genoemd, maar psycho-sociaal kwetsbaren. Ze woonden niet meer in paddenhostels en paddenpensions, maar in beschermde paddestoelen. Bovendien kregen ze inspraak in de vorm van kabouteraden.*

*Bij de verhuizing van Maatschapland naar Psychiatria hadden Ambulantius en Klinikus beloofd dat Enveebeeweeetje haar eigen stukje grond zou krijgen en zelf haar zaakjes zou kunnen blijven regelen. En dat gebeurde aanvankelijk ook. Wel werd Enveebeeweeetje wat dikker, aangezien ze een deel van het eten van Klinikus moest verorberen. Maar dat nam niet weg dat ze tamelijk eigenwijs een eigen beleid ging voeren. Er kwam zelfs een eigen Fabeltjeskrant. Ook trad er zwemdifferentiatie op: naast de beschermende paddestoelen ontstonden begeleid (zelfstandige) paddestoelen met flexibele, ambulante elfenhulp. Kortom, het leek erop dat een weg was ingeslagen naar een nieuwe, zelfstandige toekomst met een eigen identiteitje.*

*En toen op een dag werd duidelijk dat Enveebeeweeetje met Ambulantius en Klinikus een rijk gingen vormen. Een psychoparadijs zonder binnenlandse grenzen, met scheiding tussen paddenstoel en zorg en een kaboutergebonden budget. En met een eigen blad Psycho. En ze leefden nog lang en gelukkig.*

*Nu de oogjes toe, licht uit en lekker slapen.*



*Tom de Meij is hoofd medezeggenschap en participatie van de stichting Landelijke Patiënten en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg (LPR)*



in dit scenario dan veel meer een netwerkorganisatie die verbindingen legt tussen verschillende instanties en de brug weet te slaan tussen de geestelijke gezondheidszorg en de sociale omgeving van de cliënt. De begeleiders hebben een rol als casemanager. Maar ook zal de organisatie moeten investeren in de kwartiermakersfunctie.



Een kwartiermaker heeft tot taak om een weg te banen voor mensen met psychische problemen die deel willen nemen aan het maatschappelijke leven. De obstakels zijn nog velerlei: vooroordelen, onbegrip, onvoldoende informatie over psychiatrische problematiek, de ontoegankelijkheid van de arbeidsmarkt en sociale werkvoorzieningen, hoge productie-eisen, hoge eisen aan sociale omgangsvormen, etc. Een kwartiermaker zal proberen deze terreinen te beïnvloeden door met de verschillende betrokkenen in gesprek te gaan en concrete afspraken te maken over de wijze waarop de integratie van GGZ-cliënten bevorderd kan worden. Een netwerkachtige organisatie biedt goede mogelijkheden om de sociale integratie van mensen met psychiatrische problemen kracht bij te zetten. Er wordt intensiever dan nu samengewerkt met andere maatschappelijke organisaties: gemeente, maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen, sociale dienst, instellingen voor verslavingszorg, sociale werkvoorziening, etc. Als intermediair tussen de verschillende vormen van zorg en ondersteuning krijgt de maatschappelijk

#### Differentiatie van zorg en doelgroep

georiënteerde werkwijze van de RIBW optimaal vorm op het grensvlak van de GGZ en maatschappij.

#### 4. De RIBW als onderdeel van de maatschappelijke dienstverlening

In het vierde scenario is er geen sprake meer van de RIBW als GGZ-organisatie.

Deze situatie is denkbaar indien er rigoureus wordt geknipt in de AWBZ. Als gevolg van die knip wordt alleen de zorg voor mensen met psychische problemen die behoefte hebben aan behandeling en begeleiding gekoppeld aan verblijf, gefinancierd vanuit de AWBZ. Cliënten waarbij het mogelijk is om een scheiding aan te brengen tussen wonen en zorg, vallen buiten de AWBZ-financiering en zijn aangewezen op de gemeentelijke financiering en de verschillende gemeentelijke loketten voor huisvesting, welzijn en zorg. De gevolgen worden nog drastischer als er dan ook een rolwisseling plaats vindt tussen de GGZ-zorg en de maatschappelijke dienstverlening. Dat zou betekenen dat de zorg voor cliënten met psychische problemen grotendeels wordt overgenomen door organisaties buiten de GGZ. De GGZ-gelden uit de AWBZ worden dan overgeheveld naar het gemeentelijke fonds. Zo'n enorme verschuiving van domeinen heeft de schijn van vermaatschappelijking in optima forma, maar het is de vraag of cliënten daar baat bij hebben. Persoonlijk herstel, rehabilitatie en sociale integratie van GGZ-cliënten is een proces van jaren. Deskundige begeleiding en expertise vanuit de geestelijke

gezondheidszorg zijn daarbij belangrijke voorwaarden en het is een misvatting dat gemeentelijke voorzieningen daar zonder meer in kunnen voorzien.

### De toekomst van de RIBW

Het is moeilijk in de toekomst te kijken. Daarbij komt dat bij nader inzien alle scenario's wel een aantal elementen in zich dragen waar muziek in zit. Kijken we naar de uitersten van het eerste en laatste scenario, dan is de toekomst niet rooskleurig. Het gedachtengoed van de RIBW zal geheel verdwijnen uit de GGZ als er uitsluitend nog sprake is van een medisch-psychiatrisch georiënteerde GGZ. Beschermd wonen en ambulante woonbegeleiding vallen in het eerste scenario mogelijk buiten de GGZ. In de laatste variant zullen deze functies, evenals dagbesteding en arbeidsrehabilitatie, onderdeel worden van het maatschappelijke domein. Op zich is daar niks mis mee, maar de vraag is legitiem of gemeentelijke voorzieningen wel de benodigde expertise kunnen bieden aan mensen met ernstige psychische problemen. Bovendien ontstaat het gevaar dat tegelijkertijd met het badwater ook het kind wordt weggegooid. Al jarenlang worden in de GGZ immers inspanningen gepleegd om de rehabilitatievisie ingang te doen vinden en te vertalen in concrete interventies. Of dit gedachtengoed buiten de GGZ overeind blijft, valt te betwijfelen. Er valt daarentegen veel te zeggen voor de ontwikkelingen in de richting van BW-wijkeenheden en de netwerkorganisatie. De sterke kanten van de huidige RIBW-organisaties blijven in beide

modellen onverminderd van kracht. Dat wil zeggen dat het accent blijft liggen op een zo gewoon mogelijk leven met aandacht voor het bijzondere: rehabilitatie, sociale integratie en emancipatie. Daarnaast wordt - met name in de netwerkorganisatie - veel geïnvesteerd in de opbouw van een maatschappelijk steunsysteem en in de samenwerking met allerlei betrokken instanties. Op dit punt valt nog veel winst te behalen, met name als het gaat om de maatschappelijke participatie van mensen met psychische problemen.

Voor al deze toekomstscenario's geldt dat het gedachtengoed van de RIBW's op wisselende wijze wordt uitgebouwd of in het negatiefste geval verdwijnt. Een andere manier om naar ontwikkelingen in de toekomst te kijken is het omschrijven van de taken van de RIBW's voor cliënten en de voorwaarden die minimaal gehandhaafd of liever bij voorbaat uitgebreid moeten worden.

Dan zijn de volgende taken en voorwaarden van belang:

#### 1. Continuüm van zorg en ondersteuning bieden.

De sector beschermd wonen heeft door het ontwikkelen van woonbegeleiding en het veelal in samenwerking met andere instellingen stimuleren van projecten op het gebied van dagbesteding en arbeidsrehabilitatie en zorgcoördinatie een grote bijdrage geleverd aan een breed en meer vraaggericht zorgaanbod. De vraag naar beschermd wonen en begeleid wonen groeit nog steeds. Het aantal plaatsen breidt zich momenteel nog sterk uit. Voor beschermende woonvormen is dat gemiddeld 300 plaatsen



per jaar. Ambulante woonbegeleiding door RIBW's groeit met gemiddeld 150 plaatsen per jaar.

Terwijl tot op heden het accent lag op de woonfunctie zal de huisvesting in de toekomst grotendeels los komen te staan van de begeleiding. De ontwikkeling van een steeds diverser en gevarieerder aanbod van ambulante woonbegeleiding wordt daarmee belangrijker.

**2. Structurele financiering**

Ambulante woonbegeleiding zal in samenhang met dagbesteding en arbeidsrehabilitatie uitgebouwd moeten worden. Aangezien dagbesteding en ambulante woonbegeleiding steeds belangrijkere kerntaken worden binnen de langdurige zorg is een structurele regeling en financiering nodig. Productbeschrijvingen, budgetparameters en kostprijzen moeten worden ontwikkeld. Het thans beschikbare budget zal minimaal gegarandeerd moeten worden om de continuïteit van de huidige projecten te garanderen.

**3. Asielfunctie RIBW**

Ook ontstaat er binnen de woonvoorzieningen een grotere differentiatie naar de aard en de intensiteit van de begeleiding. Een gestage ontwikkeling is de zorgverlening voor bijzondere groepen cliënten; subcategoriale voorzieningen voor bijvoorbeeld autisten, jongeren en

Korsakov-patiënten. In meerdere regio's zoeken RIBW's, doorgaans in overleg met andere zorginstellingen, naar een passende ondersteuning voor jongeren, dak- en thuislozen, (ex) TBS-gestelden of asielzoekers met psychische problemen.

RIBW's krijgen derhalve een belangrijkere functie voor de langdurig opgenomen psychiatrische cliënten die een intensieve zorgvraag hebben, veelal een combinatie van begeleiding, verzorging en huisvesting. Als het aan de RVZ ligt zullen de APZ'en de asiel-functie moeten afbouwen. Voor bovenstaande cliënten kunnen de RIBW's juist een belangrijke asiel-functie vervullen in verder zo 'normaal' mogelijke woonomstandigheden, temidden van anderen in de maatschappij.

**4. Sterke organisatiestructuur**

Het extramuraliseringsproces gaat onmiskenbaar verder. Op zich belangrijk, maar dan wel in combinatie met voldoende ondersteuning in de woon- en leefomgeving, met aandacht voor dagbesteding en arbeid. Dit vereist een sterke, kleinschalige organisatiestructuur. De RIBW's zijn erin geslaagd om meer aandacht te vestigen op het belang van sociale integratie en het organiseren van een sociaal steunsysteem. Daarmee hebben zij een belangrijke bijdrage geleverd aan het voortgaande proces van extramuralisering en vermaatschappelijking. Bovendien bieden beschermende



Intensieve begeleiding voor asielzoekers



# Ik houd het op samenwerking

*“Zorgvernieuwing, zorg op maat, vermaatschappelijking van de GGZ, rehabilitatie, integratie etc., deze termen worden te pas en te onpas gebruikt. Als je naar de GGZ als geheel kijkt is er feitelijk nog niet zoveel aan gedaan. Op onderdelen wel en met name binnen de sector beschermd wonen. Deze heeft een buitengewoon belangrijke katalyserende functie. De RIBW vormt de brug tussen de gevestigde GGZ en de meer maatschappelijke voorzieningen. Dit geeft wel heel scherp aan, dat bij de emotionele discussie van zo'n twaalf jaar geleden binnen de voorganger van de NVBW, de NVPT, beschermd wonen gezondheidszorg of welzijn niemand het volledig bij het rechte eind had.*

*De RIBW is daadwerkelijk cliënt-gericht. Dat komt in het bijzonder tot uiting door de individuele begeleidingsplannen. De organisatie is kleinschalig en mist elke bureaucratie. Het is daarom juist zo jammer, dat de RIBW een zo weinig zelfbewuste en niet zelfverzekerde houding uitstraalt. Men is in ons wereldje nog te bescheiden. Op die grote GGZ-werkvloer laten we ons nog ondersneeuwen. We zouden ons assertiever moeten opstellen richting de behandelrikken. Zo'n voornemen moet in meer diplomatieke bewoordingen in elk strategisch beleidsplan van een RIBW staan. De sector moet zich meer profileren.*

*Daarnaast is men binnen de sector nog te weinig resultaatgericht. Dat zie je al bij het omgaan met de productie-afspraken. Het middle-management binnen een RIBW is daar te weinig mee bezig. Ook moet men op dat niveau meer aandacht hebben voor de tevredenheid van de cliënt. Dat iedereen zijn best doet is niet voldoende en geen graadmeter.*

*Terugkomend op de vermaatschappelijking durf ik de stelling aan dat de GGZ veel te weinig bruggen slaat naar de samenleving en daardoor kun-*

*nen en maken cliënten binnen de GGZ veel te weinig gebruik van al die maatschappelijke voorzieningen, die er ook voor hen zijn.*

*Een tijd terug is de MFE-vorming in gang gezet. Maar die tendens lijkt een beetje te zijn ingedut. Een MFE is - ondanks de goede bedoelingen - toch een kliniekje, afgezonderd van de samenleving.*

*De RIBW's hebben laten zien hoe belangrijk het element van vermaatschappelijking is binnen de GGZ. Ik denk, dat juist dat visitekaartje waarop met grote koeienletters VERMAATSCHAPPELIJING staat, het voor een APZ en Riagg zo interessant maakt met een RIBW te fuseren. Niet om die paar plaatsen en dat handje vol medewerkers. Die vallen in het niet bij de cijfers van het APZ.*

*Fusies van GGZ-instellingen hebben inderdaad het effect, dat de muren tussen de vroegere instituties wegvallen, waardoor de cliënt gemakkelijker krijgt wat hij wil. Ik ben alleen wel bang, dat de muren om die GGZ-molochten zo dik worden door de grootte en ingewikkeldheid van de organisatie, dat de toegang er niet beter op wordt. Om dat afschuwelijke woord binnen de GGZ maar eens te gebruiken, de organisaties worden er niet transparanter op. Op dat punt werkt fusie contra-productief.*

*Ik houd het voorlopig op samenwerking van instellingen. Daarmee kun je de voordelen van een geïntegreerd zorgaanbod ook bereiken. Helaas valt er vaak alleen over samenwerking te praten als fusie ook op de agenda staat. Dat heeft toch iets te maken met het machtsdenken bij de APZ-directies.*

*Ook bij verzekeraars bestaat een sterke tendens tot fusie, waardoor een opeenhoping van macht ontstaat. Deze tendens is overigens ingegeven van uit de somatische hoek. De GGZ is bij de verzekeraars een ondergeschoven kind. Maar goed, door al die fusies - vooral bij de ziekenfondsen*



- meent de GGZ een machtsblok tegenover de verzekeraar te moeten zetten.

Reden om te fuseren moet verankerd zijn in zorginhoudelijke en organisatorische argumenten. Ik ben er van overtuigd, dat pas op termijn de voordelen van een fusie zich duidelijk zullen manifesteren, zodat een werkelijk naadloos circuit ontstaat. Immers binnen een gefuseerde instelling bestaan net zo veel of meer overlegorganen als bij instellingen die samenwerken. Het idee, dat personeel gemakkelijker en dus flexibeler inzetbaar is binnen een grote organisatie is een mythe. Het werken in een GGZ-organisatie die maatschappelijk georiënteerd is, vergt een heel andere kennis en attitude van het personeel dan het werken in een instelling die louter op behandelen en genezen is gericht. Medewerkers die vanuit deze twee verschillende gezichtspunten werken, kun je niet zo maar van plaats laten wisselen. Dan gebeuren er ongelukken. Het gevaar is groot, dat het rehabilitatie-model wordt verdrongen door het medisch model. Tot slot en dat mag je natuurlijk niet te hard zeggen, is fusie vaak ingegeven door persoonlijke motieven van directeuren.

Mijn advies aan de collega's luidt dan ook: voorlopig niet fuseren met medisch getinte organisaties. Maak de RIBW in alle opzichten eerst sterker, zodat het specifieke aanbod niet meer valt weg te vlakken.

Een probleem van andere orde is wie de regie moet gaan voeren over de GGZ. De gemeentes zijn daartoe niet in staat. Die hebben de kennis eenvoudigweg niet in huis. GGZ moet regionaal worden aangestuurd. Veel gemeentes hebben geen GGZ-aanbod, laat staan kennis daarover. Er zou een oeverloos overleg-circuit ontstaan tussen al die gemeentes. Daarnaast is het belang van de GGZ en het gemeentelijk belang niet altijd gelijk.

Aanbieders, verzekeraars en cliënten eventueel aan te vullen met vertegenwoordigers van provincie en wat grote gemeentes zouden op basis van gelijkwaardigheid gezamenlijk de regie van de GGZ moeten voeren.

Tot slot de NVBW. Die was in feite te klein om haar functie echt goed te kunnen uitoefenen. De beschikbare middelen, de middelen, die de RIBW's ter beschikking hebben gesteld, waren onvoldoende om het bureau die kennis en mogelijkheden te geven om aan alle wensen van de leden te voldoen. Vooral op het gebied van de directe dienstverlening. De fusie kan daarin verbetering brengen. Het goeie van de NVBW was de belangenbehartiging van de leden. Daarin heeft zij veel gepresteerd. De kans dat het belang van de RIBW nu onder de tafel wordt gefrommeld, is niet denkbeeldig. Uit dat oogpunt zou het voor de RIBW's, die voorlopig zelfstandig doorgaan beter zijn, als er de eerste paar jaar nog een eigen belangenorganisatie zou zijn die meer eenheid en collectief gevoel tussen de RIBW's onderling tot stand brengt. Met name dat laatste heb ik wel gemist. Wat mij betreft was het dan ook voldoende als de vier verenigingen een federatie hadden gevormd met een sterk bureau, maar met in beginsel per onderdeel afzonderlijke zeggenschap.

Ik hoop, dat GGZ Nederland een sterk branche-apparaat krijgt met een eigen spreekbuis van voldoende power voor de onderscheiden sectoren."



Bart Verpalen is directeur van de RIBW Twente

woonvormen cliënten een veilige woonplek en de mogelijkheid om van daaruit te werken aan individuele doelen.

Willen cliënten ook in de toekomst zoveel mogelijk deel blijven nemen aan de samenleving (acceptatie, normalisatie en integratie), dan zullen de RIBW's zich in de nabije toekomst verder moeten ontwikkelen tot organisaties die zich nog sterker maken (dan nu al het geval is) om een brug te slaan tussen de GGZ en de maatschappij.

De RIBW-verstrekking en de beschermende woonvormen vormen voor de uitbouw van de begeleidingsfunctie goede randvoorwaarden.

De fusiegolf is voor een aantal RIBW's te vroeg op gang gekomen. Het continueren van de geboden zorg lijkt moeilijk te waarborgen vanwege een fusie. Ook brengt het wijzigen van kleinschalige structuren veel onduidelijkheden met zich mee.

Duidelijk is ook, dat de verworvenheden moeilijker zijn in te bedden in een grotere, aanbod gestuurde organisatie. Een meer netwerkachtige organisatie (zie scenario 3) is een betere voedingsbodem voor het gedachtegoed van normalisatie en sociale integratie. Dit organisatorisch vorm geven is één van de uitdagingen van de toekomst. In ieder geval zal nog intensiever dan nu samengewerkt moeten worden met andere maatschappelijke organisaties: gemeente, maatschappelijk werk, woningbouwverenigingen, sociale dienst, sociale arbeidsvoorziening, etc.

Alleen op deze wijze kan het gedachtegoed definitief worden behouden.

*Hein Hoekstra en Sonja van Rooijen zijn beleidsmedewerkers bij de NVBW en vanaf 1 juli beleidsmedewerkers bij GGZ Nederland.*

### **Opleiding, nascholing en deskundigheidsbevordering\***

Bij de veranderingen in de zorg geboden door RIBW's is voortdurend aandacht voor de taakhoud van de begeleiders van belang. Begeleiders gaan soms casemanagers heten en vervullen functies als ondersteuner, belangenbehartiger, trajectbegeleider en bemiddelaar. Zo'n begeleider krijgt een belangrijke taak als intermediair tussen de cliënt en voorzieningen in de GGZ of daarbuiten en is daarmee een andere begeleider met andere gewenste vaardigheden dan de huidige begeleider.

\* Onder deskundigheidsbevordering wordt verstaan:

Elke activiteit die tot doel heeft op bewuste en systematische wijze de kwalificaties van de medewerkers te ontwikkelen.

Het begrip deskundigheidsbevordering fungeert als verzamelnaam voor verschillende activiteiten: scholing, training van vaardigheden, intervisie, supervisie, begeleiding, themadagen, etc. Belangrijk criterium voor deskundigheidsbevordering is het planmatig, bewust en daarmee ook evalueerbaar karakter van de activiteit. De kwalificaties van begeleiders ontwikkelen zich in de loop van de beroepsontwikkeling als vanzelfsprekend resultaat van onbewuste en bewuste leerprocessen in de dagelijkse beroepspraktijk. Deskundigheidsbevordering echter is een op zichzelf staande activiteit, die weliswaar nauw verbonden kan zijn met de beroepspraktijk, maar die een eigen doelstelling en uitvoering heeft. De doelstelling van de deskundigheidsbevordering wordt gesteld in termen van kwalificaties van de medewerker.



In de toekomst blijven een aantal van de voormalige NVBW-activiteiten op het gebied van nascholing bestaan: de basis-cursussen voor begeleiders “psychiatrie, psychosociale kwetsbaarheid en rehabilitatie” en “planmatig werken in beschermende woonvormen”, de in-company training Methodisch werken, de studiemiddagen en congressen en de vaste in-company trainingen. Aangezien het cursusaanbod van de opleidingsinstituten in de geestelijke gezondheidszorg, de RINO’s en het CONO niet voldeed aan de kwaliteitseisen van de sector beschermd wonen, werden deze basiscursussen door de NVBW zelf ontwikkeld in samenwerking met de RIBW’s. Deze activiteiten zullen ook door GGZ Nederland worden georganiseerd. Een deel van de cursussen zal worden verbreed naar de gehele groep van begeleiders/hulpverleners in de langdurige zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast zijn er ontwikkelingen die andere eisen stellen aan deskundigheidsbevordering of die nieuwe onderwerpen voor deskundigheidsbevordering aandragen.

- Er wordt steeds meer transmuraal gewerkt: hulpverleners en begeleiders uit verschillende GGZ-instellingen werken samen bij de zorg en begeleiding van (groepen) cliënten.
- In regio’s zijn en worden ook functioneel en bestuurlijk stappen gezet om het geheel van de zorg nu en in de toekomst geïntegreerd aan te bieden. Men streeft naar een gezamenlijk



#### Nascholing en deskundigheidsbevordering op maat

aanbod, tot uitdrukking komend in de zorgcircuits, gezamenlijke zorgprogramma’s, gezamenlijke toegang tot de zorg, gezamenlijke crisishulpverlening, etc.

Dit betekent, dat nascholing voor werkers niet primair gericht moet zijn op het werken binnen een instelling, maar op het werken voor een bepaalde doelgroep van

cliënten in een regio, uitgaande van samenwerking tussen instellingen.

Organisaties zullen de voortdurende ontwikkeling van de deskundigheidsbevordering van begeleiders en andere medewerkers steeds meer als onderdeel van de algemene beleidsvorming en beleidsuitvoering zien.

RIBW’s zullen steeds meer (moeten) gaan werken met opleidingsplannen en zullen deze ook in toenemende mate (moeten) afstemmen op hun regio-partners.

Gezien de vele en snelle ontwikkelingen binnen de organisatie en inhoud van de zorg zal de trend van de afgelopen jaren zich voortzetten. Reguliere beroepsopleidingen voorzien nog steeds slechts ten dele in het realiseren van de gewenste deskundigheden bij (toekomstig) personeel. Bij- en nascholing in de vorm van in-company trainingen, studiedagen en congressen blijft van groot belang. Dit soort opleidingsactiviteiten is in het algemeen beter en sneller in staat om aan te sluiten bij de nieuwste ontwikkelingen. Daardoor is er meer sprake van een opleidingsaanbod op maat met een grotere effectiviteit.

door Sylvia Schalken

# Idealen en rehabilitatie

*Zijn moeder is 80 jaar. Ze kreeg haar normen, waarden en idealen mee tussen de twee wereldoorlogen. Haar oudste zoon leek, precies zoals het hoorde, het meest te beantwoorden aan het priesterprofiel. Hij werd verkenners bij de katholieke scouting, misdienaar en koorknaapje en haalde hoge cijfers voor godsdienst en latijn. Maar het liep niet zoals zijn moeder hoopte. Op z'n zestiende werd de acoliet/koorzanger 'een rooie rakker'. Van het kerkelijk perspectief bleef niets over. Na talloze baantjes en opleidingen kwam hij uiteindelijk terecht bij de RIBW Oost-Brabant. Zijn moeder volgde alles met belangstelling en zorg, steunend waar zij kon en keurde niets af.*

*Wat heeft dit met rehabilitatie te maken? Moeder had haar eigen idealen en bedacht de perspectieven die daarbij hoorden. Maar de vaardigheden van de kinderen groeiden en ze kozen hun eigen koers.*



*Ze namen hun lot in eigen hand. En moeder toonde zich daarbij een 'rehabilitatiemedewerkster' terwijl ze het woord niet eens kent. Ze respecteerde de koers en de eigen doelen van haar kinderen en zelden was ze teleurgesteld als het anders uitpakte dan ze gehoopt had. In de rehabilitatie gedachte is het goed om onderscheid te maken tussen de eigen doelen van de cliënt en die van de begeleider of zelfs van de instelling. Dat is één van de grondslagen, net als goede zorg trouwens. Rehabilitatie wijkt daarin nauwelijks af van het opvoeden van kinderen. Als zijn moeder belt, vraagt ze heel soms met enige twijfel: "Je doet toch wel goed werk he?"*

*Sylvia Schalken is medewerkster Communicatie en PR bij GGZ Oost-Brabant.*



Vanuit GGZ Nederland en qua doelgroep naar de gehele langdurige GGZ. De kwaliteit van het gebodene in cursusland vereist voortdurend aandacht. Er zijn op veel terreinen talloze aanbieders. Het is en blijft moeilijk voor instellingen, zoals RIBW's, om het cursusaanbod van de een met dat van de ander te vergelijken. Vaak ontbreekt het aan de tijd en know-how om tot een gefundeerde keuze te komen. Lange en dure trajecten worden ingekocht die vervolgens niet (geheel) blijken aan (te) sluiten bij de opleidingsvraag. Wellicht dat de regionale samenwerking leidt tot een bundeling van deskundigheid bij het inkopen van opleidingen. Dit zou niet alleen leiden tot een kostenbesparing, maar ook tot een hoger (leer-)rendement van ingekochte opleidingen en trainingen.

*Anja van der Vorst, was beleidsmedewerker van de NVBW en vanaf 1 juli stafmedewerkster bij GGZ Nederland.*

### Het DAC als vrijstad

Op dit moment is het vrijwel zeker dat dagbesteding, en dus de DAC's, gefinancierd gaan worden via de voorgestelde flexibilisering van de AWBZ: 'de Zorg op Maat- regeling'. Aan de ene kant is men daar in het veld blij mee. Men heeft het gevoel dat het



Het DAC: spel van de GGZ.

gelukt is zich als sector te profileren; AWBZ-financiering houdt een vorm van erkenning in. De RIBW-ondersteuning en het DAC-aanbod zijn complementaire vormen van GGZ-zorg. De DAC's vervullen in het kader van de vermaatschappelijking van de GGZ dan ook een vitale spilfunctie in de geestelijke gezondheidszorg. Maar wat zullen de consequenties van AWBZ-financiering zijn voor het werkveld dat zich in veel opzichten meer ziet als maatschappelijke dan als GGZ-voorziening?

Wat betekent het voor de filosofie van de DAC's, waar men de bezoekers zo min mogelijk als GGZ-cliënt tegemoet treedt?

Van zaken als diagnostiek en indicatie wil men, uit principe, zo min mogelijk weten; het DAC beoogt een zeer laagdrempelige en maatschappelijke voorziening te zijn. En wat betekent het voor de min of meer zelfstandige positie die de DAC's nu innemen; een derde van de DAC's kent nog steeds de zelfstandige stichting als organisatievorm, een vijfde is aangehaakt aan een RIBW, tien procent aan een Riagg en zo'n vijf procent aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De overige veertig procent is anders georganiseerd, bijvoorbeeld als gevolg van een fusie.

Stichting Dagactiviteitencentrum Kennemerland, Amstelland en de Meerlanden nam het initiatief de gevolgen van flexibilisering van de AWBZ voor DAC's te onderzoeken. De stichting ontving

daarvoor een subsidie van het ministerie van VWS. Een projectgroep waarin de GGZ-instellingen in de regio vertegenwoordigd waren, kwam in de zomer van 1997 met conclusies en aanbevelingen. De projectgroep wijst erop dat dagbesteding een geheel eigen, zelfstandige positie inneemt en vraagt zich dan ook af of de AWBZ wel de meest geëigende financieringswijze is.

Vermaatschappelijking zou vorm moeten krijgen via een 'joint venture' met de gemeentes en de DAC's zouden zich op middellange termijn moeten ontwikkelen naar een terrein buiten de directe invloedssferen van de geestelijke gezondheidszorg. Er wordt gewezen op een van de meest kenmerkende doelstellingen van het DAC: deelnemers zijn er nauw betrokken bij de vormgeving, de cultuur, de omgangsvormen en het aanbod. Dat werkt emancipatorisch, draagt bij aan het herstel van de greep op het eigen leven en krijgt een logisch vervolg in 'consumer run' projecten.

Niet alleen managers en beleidsmakers stellen zichzelf en elkaar vragen met betrekking tot de financiering van DAC's, zeker in het licht van het debat over 'Thuis in de GGZ'. Ook van de kant van de cliënten maakt men zich zorgen, getuige de brief die Cliëntenbond en LPR in februari 1997 gezamenlijk stuurden aan Minister Borst. In deze brief constateert men onder meer een "sluipende medicalisering/psychiatisering van de dagactiviteitencentra in de GGZ" en vraagt men "met klem te voorkomen dat de vermaatschappelijking en flexibilisering, die in de praktijk is gebracht door het ontstaan van dagactiviteitencentra, ongedaan

wordt gemaakt door het DAC onderdeel te maken van een sterke medische verstrekking." Overigens geeft men aan structurele financiering van dagactiviteitencentra te ondersteunen.

Het DAC zou binnen een nieuwe maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg een functie als vrijstad moeten krijgen! Vrijstad in die zin dat alle mensen met psychische problemen er welkom zijn. Een plek waar bezoekers weinig moeten en veel kunnen en waar het aanbod samen met de bezoekers bepaald en ontwikkeld wordt. In zo'n DAC moet zeker sprake van zorg zijn, maar dan zorg in de zin van betrokkenheid en niet van betutteling.

*Winkie Zeldenrust is coördinator van het Landelijk Steunpunt Dagbesteding en Arbeidsrehabilitatie (LSDA).*



# De Ribw's en geïntegreerde geestelijke gezondheidszorg:

**In de geestelijke gezondheidszorg discussiëren alle betrokkenen soms heftig over de beste organisatievorm voor de geestelijke gezondheidszorg in de regio. In sommige regio's is gekozen voor fusie van de bestaande instellingen als RIBW, Riagg en algemeen psychiatrisch ziekenhuis. In andere regio's heeft men ten behoeve van de samenwerking overeenkomsten gesloten. Allerlei argumenten pro en contra spelen een rol in de discussie. En het roept ook vragen op. Hoe staat het daarbij met de invloed van de organisatorische vorm op de inhoud van de geboden zorg? Wat voor gevolgen heeft de gekozen organisatievorm in een regio voor de geboden zorg? Is er invloed te verwachten en hoe kijken de nauw betrokkenen daartegen aan?**

## Organisatie en zorgbeleid

Men mag immers veronderstellen dat een organisatievorm wordt gekozen om de zorg en de doelstellingen van de zorgaanbieders te faciliteren. Maar hoe staat het met aspecten die vooral voor cliënten van belang zijn; de toegankelijkheid van de zorg - ofwel indicatiestelling -, aspecten die de kwaliteit van het leven bepalen - aandacht voor de gezondheid, de huisvesting, aandacht voor werk en dagbesteding en het ontwikkelen van een sociaal netwerk-? Tenslotte komt de aard van de zorg aan bod. Het gaat hierbij met name om methodische aspecten als de rol van begeleidingsplannen en de rehabilitatie-methodiek.

Aan een panel bestaande uit nauw betrokken personen in beide regio's (zie kader) hebben wij vragen voorgelegd. Op basis van de

antwoorden kunnen we een 'quick scan' presenteren. We hebben daarbij niet de pretentie dat de gevonden antwoorden op de vragen ook in de andere regio's van toepassing zijn.

## De RIBW Eindhoven en De Kempen

De RIBW Eindhoven en De Kempen (GGZ E) is een voorbeeld van een zelfstandige RIBW, die samenwerkt op basis van samenwerkingsovereenkomsten. Ook in andere regio's van het land werken RIBW's op deze wijze samen met andere GGZ-instellingen in de regio. Vanuit één inhoudelijke visie verlenen de GGZ-partners gezamenlijk de zorg. Met de GGZ E heeft de RIBW een samenwerkingsovereenkomst getekend. De GGZ E is een fusie-organisatie van het algemeen psychiatrische ziekenhuis De Grote Beek en de Riagg Eindhoven en De Kempen. De ondertekenaars willen al samenwerkend een gezamenlijk zorgbeleid opzetten voor het wonen in de geestelijke gezondheidszorg. Deze instel-

**In de RIBW Eindhoven en de Kempen namen aan het gesprek deel Eric van Dalen (begeleider), Riet Augustijn (coördinator hulpverlening), Mirjam Steenman (cliënte), Riki van de Hurk (hoofd van een woonvorm), Hillebrand Wind (hoofd woonvorm), Rini Balvers (directeur) en Ton Koole (cliënt).  
Deelnemers aan het gesprek in RIBW Oost-Brabant:  
Jan Boselie (directeur), Gerry Kappen (inhoudelijk coördinator), Anja van Paemel (begeleidster), Marianne Gearats (begeleidster), Gert Rijkee (voorzitter cliëntenraad)**



door Jan Knepper

# GLIBW, gereformeerd en landelijk

De Gereformeerde Landelijke Instelling voor Beschermende Woonvormen (GLIBW) is een wat vreemde eend in de bijt van de RIBW's. Hoewel de GLIBW een erkenning als RIBW heeft is ze niet gebonden aan een bepaalde regio. Het gehele land valt onder het werkingsgebied. De GLIBW beheert op dit moment een zestal beschermende woonvormen. Onlangs is toestemming verkregen om door te groeien naar zeven voorzieningen met elk 24 plaatsen. In totaal kunnen dus 168 plaatsen gerealiseerd worden.

De GLIBW streeft naar een landelijk gespreid aanbod van voorzieningen, met name in die gebieden waar de gereformeerde gezindte het sterkst is vertegenwoordigd. Hierbij gaat het om de volgende plaatsen: Assen, Kampen, Ermelo, Ede, Boskoop, Hendrik-Ido-Ambacht en Kapelle (Zeeland).

Op landelijk niveau werkt de GLIBW nauw samen met de GLIAGG en het Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis. Gezamenlijk wordt een viertal dagactiviteitencentra beheerd, namelijk in Kampen, Barneveld, Dordrecht en Kapelle.

Er blijkt een sterke behoefte te bestaan bij cliënten aan voorzieningen die werken vanuit de eigen levensbeschouwing. De wachtlijst van de GLIBW (ruim 75 geïndiceerde cliënten), geeft aan dat veel mensen vragen om specifieke gereformeerde zorg. Het erkend en herkend worden in datgene wat voor je zelf van levensbelang is, namelijk je levensovertuiging, biedt voor hen een grote mate van veiligheid. Het gereformeerde karakter van de voorziening komt niet alleen tot uiting in het woon- en leefklimaat, waar ruimte is voor het gezamenlijk lezen uit de bijbel, zang en gebed.

Ook is er ruimte binnen de begeleiding om te spreken over het geloof, 'moeiten' in het geloof en eventuele samenhang tussen geloofsproblematiek en psychiatrisch ziektebeeld.

Werken aan en vanuit de gereformeerde identiteit is een belangrijk thema binnen het zorgbeleid en het personeelsbeleid van de GLIBW. Hoe geef je vorm aan de eigen identiteit bij het methodisch rehabiliterend bezig zijn met de cliënten? Hoe werkt de eigen levensbeschouwing door in de cultuur van de voorzieningen? Hiervoor is een interne opleiding ontwikkeld voor de personeelsleden van de GLIBW. Het blijft een uitdaging om in een tijd, waarin levensbeschouwing in de brede zin des woords weer meer aandacht krijgt, invulling te geven aan Bijbels genormeerde zorg- en hulpverlening.

De landelijke spreiding van de voorzieningen levert voor de GLIBW tal van knelpunten op. De regelgeving wordt steeds meer afgestemd op de regio. Overleg met meer regionale zorgverzekeraars, het verwerven van gelden vanuit het Zorg op Maat-fonds en contacten met regionale instanties vragen extra tijd en aandacht. Ondanks dat konden verschillende zorgvernieuwingprojecten gerealiseerd worden. Zo is aan bijna iedere voorziening een begeleid wonen project gekoppeld en zijn er plannen om samen met GLIAGG en GPZ een project voor psychiatrische thuiszorg op te zetten. Binnen de dagactiviteitencentra zijn projecten voor arbeidsrehabilitatie opgezet en onlangs is in Kapelle een professioneel opgezette winkel geopend. In dit consumer-run-project verkopen cliënten naast de producten van de dagactiviteitencentra, die aan hoge kwaliteitseisen voldoen, ook andere cadeau-artikelen.

Zorgverlening vanuit gereformeerde identiteit heeft toekomst omdat de cliënt van de GLIBW vraagt om deze vorm van zorg. Graag zijn we bereid om de expertise die we hebben opgebouwd op het gebied van levensbeschouwelijke zorg te delen met anderen.

Jan Knepper is directeur van de GLIBW





lingen willen geïntegreerde zorg bieden binnen een circuit met de naam langdurige en complexe zorg GGZ E/RIBW Combinatie. Inhoudelijk benadrukt men een zo groot mogelijke autonomie van de cliënt bij het vormgeven van zijn leven en van de 'rehabilitatie-gedachte'.

Gezamenlijk ontwikkelt men zorgbeleid of brengt geïntegreerde zorg al in de praktijk. In de praktijk betreft het in 1997 casemanagement en woonondersteuning en dagbesteding/arbeidsrehabilitatie. De plannen zijn er om vanaf januari 1998 een geïntegreerde indicatiestelling in te voeren.

De samenwerking met GGZ E vindt dus vooral plaats met de afdeling Complexe en Langdurige hulpvragen van GGZ E. Voor het thema wonen heeft dit geleid tot afspraken over de integratie van de ambulante woonbegeleiding en het casemanagement. In de toekomst gaat de RIBW het huisvestings- en begeleidingsaanbod verder differentiëren met een centrale rol voor het beschermd wonen. De ambulante woonbegeleiding vindt plaats in samenwerking met het langdurige zorgcircuit van de GGZ E.

Voor het onderwerp dagbesteding en arbeidsrehabilitatie heeft de RIBW eveneens een overeenkomst gesloten met GGZ Eindhoven en met het ontmoetings- en activiteitencentrum De Boei.

De RIBW heeft bovendien afspraken met aanpalende sectoren zoals de sociaal pedagogische diensten, de instellingen voor ver-



De 5000ste plaats beschermd wonen in een nieuwbouwwijk in Best.

slavingszorg, de maatschappelijke dienstverlening (met name voor dak- en thuisloze cliënten) en een forensisch psychiatrisch centrum. Voor de ouderwordende cliënten heeft de RIBW bovendien afspraken gemaakt met het ouderencircuit van GGZ E.

### De RIBW Oost-Brabant

De RIBW Oost Brabant stevent af op een fusie, zoals inmiddels in vijf andere regio's het geval is. Na een periode van bestuurlijke fusie tussen het IPZ Oost Brabant, de RIBW Oost Brabant en de Riagg Noord-Oost Noord-Brabant komt er per 1 januari 1998 één stichting Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Brabant. Eén Raad van Bestuur gaat negen 'bedrijfseenheden' aansturen: vier subregionale centra en vijf aandachtsgebieden. De zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten is één van de vijf aandachtsgebieden. In dit aandachtsgebied gaat het om de ontwikkeling en de afstemming van behandel- en zorgbeleid voor langdurig zorgafhankelijke cliënten ten aanzien van de woon- en dagbestedingsfuncties. Ook het verder ontwikkelen en uitbouwen van centra voor ontmoeting en dagbesteding behoort tot deze bedrijfseenheid. De directeur van deze bedrijfseenheid is de directeur van de (voormalige) RIBW Oost Brabant..

De RIBW Oost Brabant heeft het beschermd wonen vanuit de historie ontwikkeld als onderdeel van een netwerk van GGZ-



zorg voor langdurig zorgonafhankelijke cliënten in samenwerking met andere GGZ-instellingen. De eerste woonvorm in deze regio is gerealiseerd door het toenmalige algemeen psychiatrische ziekenhuis Coudewater. In overleg met de andere GGZ-partners, met name het IPZ Oost-Brabant, de Riagg Helmond e.o en de Riagg Noord-Oost Noord-Brabant zijn eerst in de vorm van samenwerkingsprojecten initiatieven ontwikkeld om te komen tot een integraal, samenhangend en op de behoefte afgestemd netwerk.

Daarvoor werkt men in Oost Brabant ook al langer nauw samen met aanpalende sectoren. De RIBW beheert samen met de stichting KIM gezinshuizen in Grave en Reek. Medewerkers van KIM zorgen voor het vinden van gezinsouders en het werven van subsidies om de noodzakelijke veranderingen aan de woonruimtes te realiseren. De RIBW is verantwoordelijk voor de begeleiding van de bewoners met psychische of psychosociale problemen.

In samenwerking met de SMO (Stichting Maatschappelijke Opvang Helmond) beheert de RIBW een sociaal pension. Ook de Riagg Helmond en de gemeente Helmond zijn nauw bij het project betrokken. De SMO verzorgt de huisvesting en de uitvoering van de praktische begeleiding. De RIBW biedt specialistische begeleiding bij psychiatrische problematiek.

De RIBW is sinds april 1995 bestuurlijk

gefuseerd en zal na bijna drie jaar juridisch fuseren. Eerst hebben de besturen zich verbonden. Vervolgens is men een integratieproject ingegaan om zorgonderdelen te integreren. Vanaf 1 januari 1998 wil men vervolgens verder tezamen met de langdurige zorg en woonfuncties van het IPZ Oost-Brabant in de bedrijfseenheid langdurige zorg en wonen van de stichting GGZ Oost-Brabant.

#### De toegankelijkheid

In beide regio's schakelt men over van een indicatiecommissie die alleen indiceert voor het beschermd wonen naar een 'brede' en regionale indicatiecommissie voor het geheel van voorzieningen voor cliënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn.

In beide regio's komt iemand nu nog voor beschermd wonen in aanmerking als hij langere tijd (twee jaar) in aanraking is of zal zijn met een hulpverlenende instelling in de geestelijke gezondheidszorg. Een cliënt moet verder wel een zekere mate van zelfstandigheid hebben. Het aantal cliënten dat wordt afgewezen is minimaal. Zware verslaving is een contra-indicatie. Ook de mate

van beschikbare begeleiding in verhouding met de begeleidingsbehoefte is bepalend of een cliënt wordt geïndiceerd. Wordt een cliënt niet geïndiceerd dan moet de verwijzer zelf een andere instelling/vorm van begeleiding zoeken.

Beide regio's gaan op korte termijn de



Dagbesteding dichterbij huis...



indicatiestelling drastisch wijzigen. In Oost-Brabant gaat vanaf 1 januari een regionale indicatiecommissie van start. Zo'n nieuwe commissie indiceert niet langer alleen voor een gedifferentieerd aanbod van zorg (niet alleen huisvesting, maar ook dagbesteding en sociale netwerkontwikkeling).

In de loop van 1998 gaan ook de GGZ E en de RIBW Eindhoven gezamenlijk indiceren voor het wonen en andere vormen van langdurige ondersteuning en behandeling. De commissie zal gaan over de diverse vormen van beschermd wonen, de ambulante woonbegeleiding en de dagbesteding. Een opvallend verschil is dat in Oost-Brabant de nieuwe indicatiecommissie nadrukkelijk multidisciplinair van samenstelling is. In Eindhoven en De Kempen bepaalt naast multidisciplinariteit ook vertegenwoordiging door de beide zorgaanbieders de samenstelling. Deze samenstelling is overigens in de regelgeving zo omschreven.

In beide regio's nemen de regionale indicatiecommissies de verantwoordelijkheid op zich om een passend hulpaanbod te doen aan een cliënt. Als voor een cliënt niet direct een geschikt hulpaanbod voorhanden is, dan zoekt men naar tijdelijke oplossingen. In Oost-Brabant verwacht men veel van de nieuwe situatie. Een cliënt gaat bij negatieve indicatie niet terug naar de verwijzer, maar eenmaal door de éne deur naar binnen vervolgt deze een traject binnen de gefuseerde instelling. Er ontstaat dan een helder beeld voor een cliënt wanneer zorg wel en niet geleverd wordt en over de alternatieven. Men verwacht veel van de éne commissie die toewijst uit een breed aanbod van wonen - ambulante woon-

begeleiding tot beschut wonen (in nauwe samenwerking met het psychiatrisch ziekenhuis). Voor cliënten komt een breed scala van mogelijkheden beschikbaar. Van huisvesting met 24-uurs begeleiding per dag tot enkele uren per week. De grootte van de groepen verschilt van 5 tot 12 bewoners in de woonvormen. Er komt veel variatie in de begeleiding: van groepsbegeleiding tot individuele begeleiding. Er komen op termijn ruim drie honderd plaatsen voor begeleid wonen. Huisvesting en begeleiding in een sociaal pension behoren eveneens tot de keuzemogelijkheden. Ook met de sector maatschappelijke opvang en de verslavingszorg blijven sterke verwijzrelaties.

In tegenstelling tot in Oost-Brabant ziet men in Eindhoven en De Kempen die ene GGZ-stichting niet 'als een plus-variant'.(-) 'Als je de kwaliteit van zorg ook kunt garanderen door goede samenwerkingsprotocollen, dan hoef je organisatorisch niet in elkaar te vloeien.'. Men vreest vooral 'verplichte winkelnering'; de gekozen oplossing zal al te gemakkelijk binnen het aanbod van de éne stichting gevonden (moeten) worden.

### **Kwaliteit van leven**

Vele factoren bepalen de kwaliteit van leven. Vanuit het cliëntenperspectief in de geestelijke gezondheidszorg zijn daarbij de aandacht voor de gezondheid (somaïsch en psychisch), adequate huisvesting, mogelijkheden voor werk- en dagbesteding en het onderhouden en ontwikkelen van een sociaal netwerk de belangrijkste.



# Veel werk verzet

De sector beschermd wonen, en als vertegenwoordiger daarvan de Nederlandse Vereniging van Beschermd Wonen, neemt inmiddels een duidelijk plek in de GGZ-sector in.

Hoewel deze stelling simpel in een zin wordt neergezet, moeten we ons realiseren dat dit niet zonder meer tot stand is gekomen en dat veel werk is verzet om dit te bereiken. De eerste taak die destijds uitgevoerd moest worden was het reorganiseren van een veelheid van zelfstandige instellingen tot Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen, overeenkomstig uitgangspunten die in beleidsvisies en wet- en regelgeving waren vastgelegd. We kunnen constateren dat, op een enkele plek na, aan deze beleidsuitgangspunten coöperatief uitvoering is gegeven door de betreffende instellingen. De veertig RIBW's zijn een volwaardige partner geworden binnen de GGZ.

Naast de vorming van de RIBW's, die antwoord moesten geven op de wens tot vermaatschappelijking van de GGZ, via het zo geïntegreerd mogelijk in de samenleving, huisvesten en begeleiden van bewoners, diende de capaciteit van de RIBW's te groeien om o.a. aan de intramurale zorg de mogelijkheid te bieden om hun cliënten uit te plaatsen. Na een moeizame aanloop kunnen we thans constateren dat, met name de laatste jaren, de omvang van de capaciteit groeit. De capaciteit van de RIBW's bedraagt in 1996 5511 plaatsen, inclusief de capaciteit van de psychiatrische woonvoorzieningen. Ook voor de komende jaren is in een verdere groei voorzien. Ik denk dat het niet teveel is gezegd dat de RIBW's een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de ontwikkeling van allerlei vormen van dagstructurering en vormen van begeleid zelfstandig wonen. Zonder hun inzet, en in het spoor van hen de overige GGZ-partners, zouden deze zorgvormen niet zo'n snelle ontwik-

keling hebben doorgemaakt. Het belang van deze zorgvormen voor cliënten, is inmiddels overduidelijk bewezen. Dit waren in vogelvlucht de ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Nu een nieuwe start waarbij de NVAGG, NVBW, NVGGz en de NeVIV zijn gefuseerd tot GGZ Nederland. Dat betekent: betere belangenbehartiging ten behoeve van instellingen en hun cliënten in de GGZ, daarnaast versteviging in de zorg en een betere afstemming van het aanbod.

Eén GGZ-koepel hoeft overigens niet te betekenen dat de rol van de NVBW, als onderdeel van deze organisatie, is uitgespeeld. De specifieke wijze van het verlenen van begeleiding en opvang van psycho-sociaal kwetsbaren in de samenleving moet onze aandacht blijven vragen. Zeker in een maatschappij die dermate complex in elkaar zit dat steeds meer mensen een beroep doen op hulp van de geestelijke gezondheidszorg. Vanuit een gezamenlijke visie die regionaal wordt vertaald in samenwerkingsverbanden waarbij wordt gekomen tot een netwerk van voorzieningen die naadloos op elkaar aansluiten en waarbij zorg op maat aan cliënten wordt geboden, kan een adequaat antwoord worden geleverd aan deze toenemende behoefte aan zorg.

Ik hoop dat de sector beschermd wonen zich ook binnen de nieuwe opzet kan blijven ontwikkelen en zich sterk blijft maken voor het bieden van wonen en begeleiden in een zo normaal mogelijke opzet binnen onze samenleving. Dit ter verbetering van de zelfstandigheid van de cliënten en ter voorkoming van stigmatisering.



Dr. Els Borst-Eilers is minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)



#### Aandacht voor de gezondheid

De begeleiders van beide RIBW's letten op de gezondheid van de bewoners. Aan de ene kant erkennen zij dat de cliënten wat hun gezondheid betreft hun eigen verantwoordelijkheid hebben, maar aan de andere kant letten zij op tekenen van ongezondheid. Zij letten op variatie in het menu en verwijzen naar een dokter als iemand teveel in gewicht afvalt. Als een bewoner er opvallend ongezond gaat uitzien, dan stellen de begeleiders dit aan de orde. In Den Kornier, een beschermende woonvorm voor 48 bewoners in Eindhoven neemt de aandacht voor de voeding een belangrijke plaats in. Dat lijkt vooral ingegeven doordat van oudsher in een centrale keuken voor alle bewoners gekookt werd. Ook hebben de begeleiders in deze RIBW aandacht voor bewegen. Bij de ouder wordende cliënt komt dat nadrukkelijk in de begeleidingsgesprekken aan de orde.

In beide RIBW's is er vrijheid van huisartsenkeuze. In de woonvormen komen diverse huisartsen en de keuze van de huisarts wordt vooral bepaald door de gebruikelijke overwegingen. Is een huisarts beschikbaar? Vrouwelijke cliënten kiezen desgewenst voor een vrouwelijke huisarts.

Ook als psychische zorg nodig is, zijn de bewoners net zo vrij als iedere burger in de keuze van een behandelaar. Ongeacht de regio is dit veelal een behandelaar van de Riagg of het algemeen psychiatrische ziekenhuis in de regio, waarbij de verwijzing verloopt via de huisarts. Tenzij een cliënt al regelmatig contact heeft met een psychiater.

#### Adequate huisvesting

Uit een tevredenheidsonderzoek in de RIBW Oost-Brabant blijkt dat nu al 90 tot 95 procent van de bewoners tevreden is over de huisvesting. Vijf tot tien procent is ontevreden. De ontevredenheid heeft betrekking op tekort aan opbergruimtes voor fietsen en bromfietsen, een gemeenschappelijke telefoon met onvoldoende privacy, de wens om tot een sfeervollere inrichting te komen van de gemeenschappelijke ruimte, de eigen kamers en de gemeenschappelijke tuin en meer ruimte in deze tuin.

Ook in Eindhoven is de tevredenheid over de huisvesting groot, zoals blijkt uit een onafhankelijk onderzoek (in overleg met de bewoners). De ontevredenheid hier uit zich in klachten over "geluidsoverlast", het gebrek aan grotere centrale ruimten voor bezigheden en gezelligheid!

#### Werk en dagbesteding

De begeleiders in beide regio's besteden veel aandacht aan de dagbesteding van de cliënten. De begeleiders proberen vaak meerdere malen met een cliënt passende mogelijkheden te vinden. Soms zonder resultaat. Stil blijven zitten, niets doen, geen zinvolle dagbesteding hebben mag nog steeds, maar het is dan een bewuste keuze van een bewoner.

Deelname aan het verrichten van huishoudelijke taken wordt wel van iedere bewoner verwacht.

In de regio Eindhoven speelt het probleem van de afstand naar een activiteitencentrum. Wie vanuit Bladel naar Eindhoven moet voor zo'n centrum heeft een hele afstand te overwinnen. In de

komende tijd wil men in de regio 'de witte plekken' wegwerken. Het opgerichte Platform zal samen met GGZ E en De Boei dit aanpakken. De RIBW onderneemt zelfstandig geen initiatieven meer. Men doet dit gezamenlijk.

Ook in Oost Brabant is het overbruggen van afstand eveneens een groot bezwaar. Als voor bewoners de afstand te groot is, zoeken zij vormen van dagbesteding het liefst 'in pandig'. In de woonvorm De Berken is het intern bieden van dagbesteding altijd al een punt van aandacht geweest. Elke bewoner kon bij binnenkomst de keuze maken uit een van de projecten, bijvoorbeeld het onderhoud van de tuin. Groot verschil met de arbeidstherapie in het algemeen psychiatrische ziekenhuis vindt men dat in de beschermende woonvorm een cliënt een eigen keuze kan maken en (verplichte) deelname aan groepstherapeutische activiteiten niet aan de orde is.

#### Sociaal netwerk

Kleinschalig wonen is wellicht een voorwaarde, maar levert niet automatisch integratie in buurt of wijk op. Ook niet als nabijheid van een winkelcentrum of goede bereikbaarheid met het openbaar vervoer in de keuze van een locatie zwaar weegt en deel uit maakt van het 'programma van eisen' dat is gehanteerd bij de uiteindelijke keuze.

In beide regio's zoeken begeleiders naar oplossingen op basis van de individuele behoefte. Wil een cliënt naar een vereniging, dan zullen begeleiders hierbij ondersteuning aanbieden. Het collectief optreden als 'beschermende woonvorm' vindt slechts op

bescheiden schaal plaats. De buurt moet wel weten 'dat je er bent, maar dat mag niet leiden tot opgelegd overleg of contact'.

De mate van buurtcontact is niet alleen afhankelijk van de inspanningen van begeleiders in de woonvorm, maar ook van de bereidwilligheid van de buurt. Bewoners van steden als Oss of Eindhoven zoeken dat contact minder dan bewoners in Gemert of een nieuwbouwwijk in Best.

#### De aard van de geboden zorg

Wat de aard van de geboden zorg betreft zijn drie aspecten aan de orde gesteld. Hoe staat het met de scheiding van behandelen en ondersteunen, het methodisch handelen met behulp van begeleidingsplannen en hoe gaat men in de beide regio's om met de revalidatievisie?

#### Scheiden van behandelen en ondersteunen

In Eindhoven betreuren de begeleiders de scheiding die is ontstaan tussen beschermd wonen en begeleid wonen als gevolg van de regiovisie. Op grond van de regiovisie is hoog ingezet op het casemanagement. Ook ambulante woonbegeleiding van de RIBW is ingebracht in het casemanagement. Met als gevolg overigens dat in de regio ruim 800 cliënten op deze wijze worden begeleid en een deel tevens wordt behandeld in de thuissituatie. Maar ook met het gevolg dat de strikte scheiding tussen begeleiden en behandelen, zo kenmerkend voor de RIBW, losgelaten lijkt. De vraag is nog principiëler als blijkt dat voor deze cliënten de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid ligt bij een arts/psy-



chiater, tevens directeur. RIBW's verlenen niet-behandelingsgerichte zorg. Voor veel RIBW's is het belangrijk dat de regie van deze zorg niet in handen komt van mensen die de eindverantwoordelijkheid hebben voor de medisch-psychiatrische zorg. Voor een aantal RIBW's in gefuseerde regio's geldt dat de regie van de voormalige RIBW-zorg bij een behandelaar ligt. De medewerkers, afkomstig van deze RIBW's, maken zich bezorgd of de niet behandelingsgerichte zorg wel voldoende prioriteit houdt.

Bij de hier beschreven voorbeelden is het opvallend genoeg net andersom: de regie van het begeleid wonen van de zelfstandige RIBW E en de Kempen ligt bij behandelaars, terwijl in Oost Brabant de eindverantwoordelijkheid ligt bij begeleiders.

Het is echter vooral de vraag wat het loslaten van de strikte scheiding voor gevolg heeft voor een cliënt. Dat hoeft niet groot te zijn zolang deze zorg op maat aan huis krijgt, waar nodig met crisis-opvang/-behandeling en woonbegeleiding.

#### Methodisch werken

In beide RIBW's werken de begeleiders met begeleidingsplannen, waarin is aangegeven welke begeleiding een cliënt krijgt. In ieder geval is op papier voor elke cliënt zo'n begeleidingsplan aanwezig. In beide regio's lijken met name de cliënten daarbij nauwelijks aan de theorie en de vereisten van een methodische benadering te hechten. Het schriftelijk ondertekenen van het plan lijkt een for-



#### Wat brengt de toekomst?

mele zaak. Men erkent vooral het belang van regelmatig contact met een begeleider over hoe het met hem of haar gaat, over de contacten met familie, het omgaan met huishoudgeld, dagbesteding etc..

Door het werken met begeleidingsplannen stellen begeleiders regelmatig in gesprekken met cliënten aan de orde welke nieuwe initiatieven nodig zijn. Vrijblijvend zijn deze gesprekken niet; de uiterste consequentie is dat na verloop van tijd de begeleiding zelfs kan worden gestopt, omdat cliënt en begeleider tot de conclusie komen dat verdere begeleiding niet meer nodig is.

Door het werken met begeleidingsplannen heeft elke cliënt invloed op het zorgaanbod. De begeleider bepaalt daardoor steeds minder de gang van zaken voor cliënten. Onderhandelen is in de plaats gekomen van voorschrijven of betuttelen.

Voor de toekomst blijft het begeleidingsplan in Oost Brabant een belangrijke rol spelen. Een op te richten zorgtoewijzingscommissie gaat deze plannen regelmatig toetsen.

In Eindhoven en De Kempen spreekt men niet (meer) over begeleidingsplan, maar over rehabilitatieplan. Ook hier speelt de individuele behoefte van een cliënt een belangrijke rol. Niet alleen in de dagelijkse gang van zaken voor een individuele cliënt, ook wordt nagegaan 'welke consequenties alle individuele wensen van cliënten moeten hebben voor het toekomstige beleid van de RIBW'.



door Theo Festen

# Mythe

*Geestelijke Gezondheidszorg is nog altijd een multiculturele samenleving. Iedere instelling heeft zijn eigen cultuur en iedere cultuur heeft zijn eigen scheppingsmythe, waarin ook verhaald wordt hoe de andere culturen zijn ontstaan.*

*De psychiatrische ziekenhuizen geloven dat de instellingen voor beschermd wonen zijn ontstaan toen hun een rib uit het lijf genomen werd. En zo zijn ze het ook blijven voelen: een rib uit hun lijf.*

*De meeste RIAGG's hangen diezelfde mythe aan, al denken sommige RIAGG's dat instellingen voor beschermd wonen niet echt bestaan; zij zijn slechts de afspiegeling van het RIAGG-verlangen tot extramuralisering. De aanhangers van die eerste mythe probeerden de aanvankelijk nog beeldschone RIBW's te verleiden tot het eten van hun boom van kennis. Maar de psychiatrische ziekenhuizen verhinderden dat. En boze tongen beweren dat je nog altijd kunt merken dat de RIBW's niet van die boom van kennis hebben gegeten. De RIBW's zelf houden vol dat zij ontstaan zijn uit de oerknal,*



*zonder tussenkomst van welke verwekker dan ook.*

*Zo koestert ieder zijn eigen mythe, tot voor kort daarin bijgestaan door de eigen koepel. En zo had ieder zijn reden om de ander te verwensen of om de ander te werven.*

*Hoeveel minder spannend is de wereld nu geworden. De afzonderlijke koepels zijn verdwenen en opgegaan in één GGZ Nederland. Gezamenlijk proberen zij de mythes te vergeten en belijden ze de noodzaak van een maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg. Van martelaren of verleiders zijn we belijders geworden en die stonden - zo meen ik me te herinneren uit mijn roomse jeugd - lager in aanzien. We zijn in het tijdperk van het rationele denken aangeland. Proefondervindelijk is vast komen te staan dat beschermd wonen de kathalsator is om te komen tot een maatschappelijke geestelijk gezondheidszorg. De werkelijkheid is altijd minder spannend dan de mythe maar wel effectiever.*

*Theo Festen was tot 1 juli 1997 directeur van de NVAGG*



### Rehabilitatie

De rehabilitatie-benadering is een bijna algemeen erkende benadering in de sector beschermd wonen. Ook voor de toekomstige ontwikkeling blijft deze benadering in beide regio's van belang. Van een richtingenstrijd tussen de Individuele Rehabilitatie versus andere rehabiliteitsstromingen blijkt in beide regio's weinig. In beide RIBW's zijn de medewerkers speciaal geschoold en is de rehabilitatie-visie de rode draad in de begeleiding. In Oost Brabant is men zelfs van mening al voor deze benadering te hebben gekozen voor het begrip deze naam kreeg.

Ook voor de toekomst heeft men wat de rehabilitatievisie betreft alle vertrouwen. In beide regio's is men vast besloten de rehabilitatievisie verder te ontwikkelen.

In de regio Oost-Brabant wordt de rehabilitatievisie al gehanteerd bij de opname van een cliënt. Vanaf de intake wordt een rehabilitatiedeskundige betrokken om zoveel als mogelijk het sociale netwerk te handhaven en de mogelijkheden voor werk en dagbesteding - ondanks de opname - in stand te houden.

### Bevindingen

De organisatievorm heeft, zoals uit deze 'quick scan' in deze twee regio's blijkt, niet rechtstreeks invloed op de inhoud van de zorg.

Noch wat de toegang tot de zorg, noch de aard van de zorg of allerlei aspecten met betrekking tot de kwaliteit van het leven betreft, zijn er majeure verschillen. Noch voor de éne, noch voor de andere organisatievorm dringen zich zorginhoudelijke argu-

menten op. Voor de cliënt zijn er vooralsnog weinig verschillen te ontdekken. Voor de begeleiders en het management zijn de inhoudelijke problemen en uitdagingen om adequate zorg te verlenen nagenoeg dezelfde.

Om met name vanuit het cliëntenperspectief meer nuances te vinden is (satisfactie-) onderzoek onder met name cliënten en personeel nodig. Dat kan wellicht meer overeenkomsten en verschillen tussen kwaliteit en aard van de zorg opleveren bij te onderscheiden organisatievormen.

In GGZ-regio's lijken meer de historisch gegroeide situaties en voorkeuren van vooral het betrokken management de doorslag te geven voor de keuze van de éne of de andere organisatievorm. Ook andere overwegingen als streven naar efficiency, afbouw van capaciteit of flexibele inzet van personeel spelen vermoedelijk meer een rol.

In de regio waar een fusie voor de deur staat, heeft de hele organisatie daarom meer vertrouwen in fusie en waar autonome organisaties samenwerkingsafspraken hebben, toont men meer vertrouwen in deze organisatievorm.

Veranderingen roepen, ook buiten de GGZ, vaak psychologische weerstanden op. Het streven naar stabiliteit, het vermijden van risico, het vasthouden van (machts)posities, het vermijden van onzekerheid, het behouden van eigen identiteit zijn even zovele motieven om voor de ene of de andere organisatievorm te kiezen. Grootchalige stichtingen geven schaalvoordelen en als de zorg in kleinschalige settings wordt of blijft aangeboden, hoeft dat

geen nadelen op te leveren.

Grootschaligheid hoeft een individuele rehabilitatie van cliënten niet in de weg te staan. Kleinschaligheid kan het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen bevorderen, maar zouden fusie-organisaties dat niet kunnen?

Een voor cliënt en medewerker transparante organisatie is nodig, maar noch die ene stichting, noch de samenwerkende regio geeft daarvoor garantie.

Een toekomst met integrale zorg, geen schotten, soepele indicatie en zorgtoewijzing, aandacht voor de kwaliteit van het leven en voortbestaan van rehabilitatie lijken in beide regio's, ondanks de verschillende organisatievorm, nauwelijks omstreden.

### Kencijfers van de RIBW's

#### Oost Brabant

Capaciteit beschermd wonen bedraagt 100 plaatsen per 31 december 1996, uitbreiding tot 1203 plaatsen reeds in ontwikkeling. De capaciteit volgens planningsnormen is 217 plaatsen (beschermd wonen).

De capaciteit begeleid zelfstandig wonen is 72.

Het aantal medewerkers is 80 (57 fte)

DE RIBW kende tussen 1991 en 1995 een forse groei van 25 naar 100 plaatsen

De RIBW beheert woonvormen in Gemert, Boekel, Uden, Oss, Helmond en Boxmeer. Tevens beheert de stichting drie ontmoetings-

tings- en dagactiviteitencentra in Helmond, Uden, Oss en Boxmeer.

#### Eindhoven en De Kempen:

De capaciteit beschermd wonen bedraagt 145 plaatsen per 31 december 1996, uitbreiding op korte termijn tot 183 (vergunningen aanwezig)

De capaciteit volgens planningsnormen is 193 plaatsen (beschermd wonen).

De capaciteit begeleid zelfstandig wonen bedraagt 75 cliënten (4 plaatsen beschermd wonen in substitutie).

Het aantal medewerkers is 70 (fte 57).

*Lourens Henkelman is programma-secretaris van het ZON (Zorgonderzoek Nederland).*

*Martin van 't Klooster was beleidsmedewerker bij de NVBW, thans beleidsmedewerker bij GGZ Nederland.*



door Annemarie Kooistra

# Het blijft mensenwerk

Wat vinden cliënten van de ontwikkelingen van de afgelopen tien jaar en de toekomst van het beschermd wonen over tien jaar? Aan de hand van de casus van mijnheer Jansen trekken zij een aantal conclusies. Bert Arts, Tineke van den Boogaart en Eduard Gerdes zijn zelf de afgelopen tien jaar een moeizame weg gegaan. Van opname in een psychiatrisch ziekenhuis naar een beschermende woonvorm en nu weer zelfstandig wonen met of zonder begeleiding. Wat zouden zij in de huidige zorgverlening willen veranderen en wat zijn hun wensen voor de toekomst?

**'Betrokkenheid en solidariteit tussen cliënten en hulpverleners zal belangrijker zijn dan het professioneel naleven van protocollen', zegt Bert Arts. 'Solidariteit in plaats van diagnostiek is volgens mij het belangrijkste principe voor de langdurige zorg', aldus Eduard Gerdes. 'De financiële kant van de zaak zal steeds belangrijker worden bij een voortschrijdende ambulantisering,' is de mening van Tineke van den Boogaart. 'Niet opnieuw afhankelijk worden door teveel op jezelf teruggeworpen en in je eentje achter de geraniums,' is de conclusie van deze drie cliënten.**

## eigen wensen

Bert Arts: 'Mijnheer Jansen is er in tien jaar zeker op vooruit gegaan. Maar ik vraag me wel af wat hij zelf te zeggen heeft over zijn leven! Is hij daar gelukkig mee? En heeft hij nog perspectieven?

In 2007 zouden er naast individuele begeleiding in een woning ook andere vormen van wonen moeten zijn. In je eentje achter de geraniums kan en mag toch niet de bedoeling zijn van de huidige beleidsmakers? Om huisvestig en zorg te scheiden? Je belandt meestal in de geestelijke gezondheidszorg omdat je in je eentje spaak bent gelopen. En dat isolement dreigt weer als je niet behoorlijk veel verschillende zorg om die persoon heen organiseert. Volgens mij moet je meer personen dan alleen je persoonlijke begeleider ontmoeten. Natuurlijk is dat ook niet absoluut. De eigen wensen van de cliënt blijven voor mij voorop staan.'

## variëteit

Tineke is het gedeeltelijk met Bert eens maar maakt zich zorgen om de toekomst wanneer ambulant wonen steeds meer doorgevoerd wordt. 'Alleen afhankelijk van je persoonlijk begeleider die je af en toe op komt zoeken, is te beperkt en zeker geen zorg op maat. Juist verschillende mensen ontmoeten is belangrijk. Met de een kun je beter opschieten dan met de ander. Van de een kun je wat leren en van de ander krijg je persoonlijk contact of aandacht. Die verscheidenheid in contacten zou dan veel meer gestimuleerd moeten worden. Verder moeten begeleiders niet altijd uitsluitend op de eigen wensen van cliënten afgaan. Juist actiever stimuleren is belangrijk.'

Eduard: 'Het bestwil principe komt hier om de hoek kijken. Als begeleider moet je alert zijn of het wel goed gaat met je cliënt. Zo niet, dan kun je proberen meer variatie aan te brengen.'

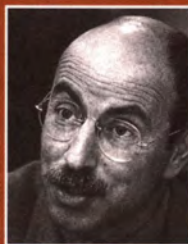


door Hans Simons

# Maak je ook sterk voor preventie

*Ik heb het van het begin af aan vreemd gevonden dat het beschermd wonen zo laat van de grond is gekomen. Vanuit mijn ervaring als bestuurder van een grote stad heb ik zo vaak mensen ontmoet voor wie opname in het algemeen psychiatrisch te overtrokken is, maar die ook niet op eigen benen kunnen staan. Het zijn mensen met psychische problemen die support, soms ook een veilige plek nodig hebben, maar geen behandeling.*

*Ik merk in de geestelijke gezondheidszorg, maar ook in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg, dat als je mensen aanspreekt op*



*hun persoonlijke potenties, op wat ze wel kunnen, dat ze dan verdere persoonlijke groei meemaken. Het is goed dat ook voorzieningen als beschermende woonvormen daaraan bijdragen.*

*Ik hoop dat de beschermende woonvormen met de Riaggs zich sterk maken voor een geestelijke gezondheidszorg in de maatschappij en dat ze nog meer dan tot nu toe nadruk gaan leggen op preventie. Alles wat je ter voorkoming van een opname kunt doen is meegenomen.*

*Van 1990 tot 1994 was drs. H.J. Simons, staatssecretaris van Volksgezondheid*



## Mijnheer Jansen

Mijnheer Jansen, een cliënt met een lange carrière in de geestelijke gezondheidszorg, woont in 2007 zelfstandig in een woning van de woningbouwvereniging. Het is een soort aanleunwoning, onderdeel van een woon-zorgcomplex. Dankzij inspraak tussen de regionale GGZ -instelling en de woningcorporatie heeft hij deze woning gekregen.

Mijnheer Jansen heeft meer dan 25 jaar in een psychiatrisch ziekenhuis gewoond en in 1997 woonde hij nog in een beschermende woonvorm. Sinds tien jaar woont hij weer zelfstandig en krijgt begeleiding van een woonbegeleider uit een GGZ-instelling. In 1997 adviseerde de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg de minister namelijk om huisvesting en zorg voor een groot aantal cliënten in de geestelijke gezondheidszorg te scheiden. Maar liefst 8000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen en beschermende woonvormen moesten worden afgebouwd. Woonvoorzieningen, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie waren voortaan geen onderdeel meer van de geestelijke gezondheidszorg, maar moesten worden aangeboden door algemene maatschappelijke en gemeentelijke voorzieningen.

De woonbegeleider komt meestal elke dag even langs. Een keer per week komt er een huishoudelijke hulp. De belangrijkste taak van de woonbegeleider is toe te zien dat Jansen zijn medicijnen neemt en hij voldoende eten in huis heeft. De begeleider is de belangrijkste contactpersoon van Jansen. Hij regis-

seert de ondersteuning op het gebied van het wonen, de besteding van de dag en de sociale contacten. Maar ook het bijstellen van medicijnen en het regelen van gesprekken met de huisarts en de psychiater hoort tot zijn takenpakket. Soms moet mijnheer Jansen worden opgenomen. Maar meestal duurt zo'n opname niet langer dan twee weken.

De warme maaltijd gebruikt Jansen in het nabijgelegen dagactiviteitencentrum. Hier drinkt hij weleens een kop koffie of een borreltje en hij neemt ook weleens deel aan een gezamenlijk uitje of feestje, dat het DAC organiseert. Sociale contacten heeft hij niet zoveel. Hij leidt net als vroeger nogal een teruggetrokken leven. Een paar familieleden zoeken hem wel wat vaker op dan vroeger in het psychiatrisch ziekenhuis. Wel heeft hij contact met een oudere dame in de buurt, die af en toe voor hem boodschappen doet en hem helpt met de was. Deze dame krijgt regelmatig uitleg en advies van de woonbegeleider en als er iets bijzonders is, belt zij hem om raad.

Je kunt niet zeggen dat Jansen contact onderhoudt met de bureu. In de buurt beschouwt men hem als een zonderlinge en in zichzelf gekeerde man, maar men heeft hem geaccepteerd. Het helpt hen te weten dat de woonbegeleider Jansen ondersteunt.

Jansen heeft het laatste jaar een poes van de dierenbescherming in huis genomen en daar zorgt hij goed voor.

### grenzen

Tineke: 'Begeleiders zouden beter zicht moeten krijgen op het welbevinden van cliënten in plaats van te willen voldoen aan de steeds hogere eisen die gesteld worden aan hun professie. De strijd tussen professionaliteit en menselijkheid zal steeds groter worden.

Begeleiders stellen zich steeds zakelijker op en dat gaat ten koste van het contact met ons. Ik vind dat een belangrijk aandachtspunt

voor de toekomst.' Tineke vervolgt: 'Cliënten kunnen soms niet voldoen aan de hoge wensen die begeleiders stellen. En begeleiders moeten de uren en taken die zij per cliënt besteden steeds meer verantwoorden, zodat er nauwelijks tijd overblijft voor gewoon contact. Vrijwilligers moeten dan dat gat opvullen, maar ik weet niet of ik daar wel afhankelijk van wil zijn en of ik me daar wel lekker bij voel.'



**Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg geven steeds meer zelf aan welke activiteiten zij van belang vinden om hun deelname aan het maatschappelijk leven te vergroten. Als het aan hen ligt, zal in de toekomst deze ontwikkeling toenemen. In de kaders een aantal voorbeelden van zulke door cliënten gestuurde initiatieven en projecten.**

Het LCCI (Landelijke Coördinatiepunt Cliëntenbeheer en Innovatie) werd eind 1996 opgericht door een aantal cliënten die in 1995 een werkbezoek brachten aan de Verenigde Staten. Zij bezochten ondermeer een aantal consumer run projecten op het gebied van rehabilitatie. Consumer run projecten zijn projecten die door cliënten zelf beheerd en uitgevoerd worden.

Het LCCI stimuleert ontwikkelingen en projecten in de geestelijke gezondheidszorg op het gebied van zorginnovatie, met name cliëntenbeheer (consumer run) en rehabilitatie vanuit het cliëntenperspectief. Het LCCI wordt bemensd, beheerd en gestuurd door cliënten zelf. Het LCCI heeft een aantal criteria opgesteld, waaraan consumer run projecten minimaal moeten voldoen om voor dit predikaat in aanmerking te komen. Een belangrijke criterium is dat de organisatie van een project - zowel wat rechtspersoon als medewerkers betreft - voor 51 procent uit ervaringsdeskundigen bestaat. Het LCCI staat ervoor dat vanuit het cliëntenperspectief consumer run projecten pas echt zullen leiden tot werkelijke zorgvernieuwing.

Een van de eerste projecten is de servicedesk voor telefonische en schriftelijke informatie door cliënten zelf opgezet en uitgevoerd.

Een ander initiatief op termijn is het opzetten van een not-for-profit adviesorganisatie, die advies en ondersteuning verleent aan initiatieven op het gebied van cliëntgestuurde projecten.

Eduard: 'Er zitten grenzen aan het professionaliseren van de zorgverlening. Met vriendendiensten en maatjesprojecten los je volgens mij niet het manco op dat Tineke schetst.

Instellingen moeten een meerspoors beleid voeren met zowel professionele

als semi-professionele zorg. Voor het wonen geldt dat er een zekere rust moet komen: cliënten moeten niet van hot naar haar worden gesleept.

Cliënten moeten niet gedwongen worden om steeds weer opnieuw te veranderen.

'Op mij als cliënt heeft die constante druk inderdaad grote invloed. Steeds maar weer vooruit en verder moeten. Ik vind dat er grenzen zijn aan rehabiliteren. Ik woon nu begeleid en daar heb ik het naar mijn zin. Moet ik dan nu al weer op zoek gaan naar een zelfstandige woning? Terwijl ik het eindelijk naar mijn zin heb!'

#### **eigen gebruiksaanwijzing**

Bert kan na zes jaar weer begeleid zelfstandig leven zonder extra litium. 'Als je je eigen gebruiksaanwijzing leert kennen, dan kan zwakte kracht worden. Ik draag liever het risico om met die gebruiksaanwijzing binnen de RIBW te leven dan buiten in de maatschappij'.



Bert Arts (42) is momenteel adviseur van de bewonersraad in RIBW Nijmegen. Hij was gedurende twee en half jaar voorzitter van dezelfde bewonersraad. Daarnaast is hij lid van de steungroep beschermd wonen van de LPR (Landelijke Patiënten- en Bewonersraden in de geestelijke gezondheidszorg) en lid van het Basisberaad. Bert heeft zes jaar in een beschermende woonvorm van de RIBW Nijmegen gewoond. Momenteel woont hij zelfstandig.



Tineke heeft aandacht en rust nodig. 'Die krijg ik in de RIBW. Ik woon daar beschermd. Misschien moet ik wel elders wonen als dat van hogerhand verkondigd wordt, maar het geeft wel onrust. Natuurlijk kan ik daar met mijn begeleider over praten, maar dat is niet genoeg. Dat is nog geen normalisatie van zorg. Ik zie echt niet in waarom je op alle terreinen zou moeten rehabiliteren en niet iets constants kunt houden. Dat is toch iets wat iedere burger heeft, jullie hoeven toch ook niet elke keer te verkassen?'

Bert vindt dat de RIBW wel pretendeert zo gewoon en normaal mogelijk te zijn, maar dat begeleiders dat meer in de praktijk zouden moeten brengen. 'Gewone menselijke belangstelling in plaats van papieren wijsheden. Ook sommige huishoudelijke hulpen voeren

In Midden-Brabant geven cliënten de cursus 'Herstellen doe je zelf' aan professionals. In 12 interactieve bijeenkomsten leren cliënten en begeleiders over hun ervaringen met herstelprocessen. De cursus is opgezet om cliënten zelf de richting te laten bepalen van hun rehabilitatieproces. Niet de hulpverlening, maar de cliënt zelf zet het traject in van zijn rehabilitatie.

Hulpverleners ondersteunen hen bij dit proces.

Rehabilitatie als blik op de toekomst. De eigen ervaringen van cliënten met herstelprocessen zijn de uitgangspunten van het werkboek, dat de leidraad is voor de cursus. Het project wil aantonen dat de cliënt niet alleen cliënt is, maar ook zelfstandig burger. In plaats van door hulpverleners te worden ingepast in een diagnose of probleemanalyse, verwoorden cliënten zelf hun persoonlijke en maatschappelijke situatie in een eigen taal en bedenken zij hun eigen oplossingen. Het leven van de cliënt en zijn toekomstgerichte plannen zijn het uitgangspunt.



Tineke van den Boogaart (47) woont zelfstandig en krijgt begeleiding van de RIBW Breda. Tineke heeft zestien jaar gewoond in een of meerdere van de woonvormen en dependances van de RIBW. Zij heeft de bewonersraad van de RIBW opgezet en was circa acht jaar voorzitter van de raad. Momenteel is zij vicevoorzitter van de steungroep beschermd wonen van de LPR.

tegenwoordig 'therapeutische' gesprekken met ons. Vroeger was dat niet zo. Als cliënt ben je beter af bent met een huishoudelijke hulp van de kruis zorg. Door de roostertijden van 15 minuten per klant en alle protocollen die begeleiders en cliënten moeten naleven, wordt het steeds bureaucratischer en komt de wet- en regelgeving boven de klant te staan.'

#### op safe

Tineke vult aan: 'Begeleiders krijgen in hun opleiding en bijscholing tegenwoordig weer dat therapeutische mee. Dan ben je weer terug bij af. In de toekomst zou de RIBW niet zo professioneel hoeven te zijn op alle mogelijke gebieden.

Eduard: 'Soms zijn begeleiders zo getherapeutiseerd dat zij alleen maar op safe durven spelen. Zij durven geen fouten meer te maken. En denken dat zij perfect moeten zijn, maar wij zijn nu eenmaal geen perfecte cliënten! Het blijft mensenwerk.

Natuurlijk moet de begeleider wel professioneel kunnen handelen en ingrijpen. Maar dat is eerder uitzondering dan regel. Eigenlijk geldt alleen in crisissituaties dat begeleiders professioneel moeten ingrij-



# Breng eerst de Ribw op sterkte

*"Van lid van de raad van bestuur van GGZ Friesland naar directeur van een machinefabriek lijkt een hele grote stap. Voor mij valt dat wel mee. Ik ben een manager in hart en nieren. Wat dat betreft maakt het niet veel uit of je een verhuisbedrijf leidt, een machinefabriek of een RIBW. Veranderingsprocessen houden een enorme uitdaging in zich. De fabriek, die ik ga leiden, gaat zijn positie verbreden, nieuwe markten aanboren. Toen ik in Friesland kwam was er nog nauwelijks sprake van een RIBW. Nu ik weg ga zijn we het stadium van de RIBW al weer voorbij. De RIBW was klaar voor fusie. Maar dat geldt niet voor alle RIBW's.*

*Een RIBW moet pas aan fusie met een algemeen psychiatrische ziekenhuis denken, als het APZ niet meer hoeft af te bouwen of in ieder geval die plannen zijn uitgewerkt. Je haalt anders de afbouwproblemen regelrecht in eigen huis. Om nog een graantje van die afbouw mee te kunnen pikken, kun je beter sterk als afzonderlijke organisatie staan in plaats van misschien een afdeling binnen een grote GGZ-moloch te zijn. De RIBW moet daarnaast eerst goed tot ontwikkeling zijn gekomen voor dat er sprake kan zijn van een fusie. Een periode van vijf of zes jaar is door de bank genomen veel te kort. De RIBW is nog niet volgroeid. Mensen binnen de RIBW hebben hun kwaliteit nog niet kunnen tonen. Bij een fusie zoeken die al snel een andere baan.*

*Je ziet dat het management binnen de RIBW-wereld verschilt wat betreft invalshoek en zwaarte. Veel directies zijn druk doende het eigen tentje van de grond te krijgen. Die hebben nog maar weinig tijd gehad om in de regio een eigen, sterke positie in te nemen ten opzichte van de andere GGZ-*

*partners. Veel RIBW's zijn gefocust op de zorg en in veel mindere mate op strategie in het algemeen en de toekomst binnen de regionale GGZ in het bijzonder. Het is dan niet gemakkelijk om met APZ en RIAGG over fusie te praten. Je komt daar in een totaal andere wereld van het vaak al honderd jaar oude psychiatrisch ziekenhuis, dat in de loop der jaren veel aan managementstrategie heeft gedaan, en aan kwaliteits- en protocolontwikkeling. Bij een dergelijke situatie is het ook de vraag op welk niveau het RIBW-management moet insteken.*

*Een RIBW moet voor een eigen plaats kiezen. Daar past geen behandeling in. De zorg in een RIBW gaat uit van heel andere uitgangspunten dan de zorg in een psychiatrisch ziekenhuis. Dat onderscheid moet vertaald worden in de omschrijving van de erkenning.*

*Die omschrijving moet weer nader worden uitgewerkt in een apart pakket kwaliteitseisen. De taak van de overheid daarbij is het ontwikkelen van visie en een instrument om de zorg te sturen en last but not least een systeem om de kwaliteit te toetsen door bijvoorbeeld onafhankelijke certificeringsinstituten. De huidige regelgeving is een on-af produkt. Het afmaken kun je niet aan het veld overlaten. Als die verstrekking goed is omschreven met daarnaast een hanteerbaar pakket kwaliteitseisen hoeft je niet zo bang te zijn voor het verlies van de identiteit van de RIBW.*

*Eigenlijk is een fusie van de zorgaanbieders niet een voorwaarde voor een goed geïntegreerde zorg. Wel een goede samenwerking. Die kun je ook*



creëren door een holding in het leven te roepen, die borg staat voor een flexibele zorg dwars door alle verbanden heen. Die holding hoeft niet meer in te houden dan één verbindende directeur met een politiek getint bestuur, dat nauw toeziet op de samenwerking.

Je ziet trouwens dat bij fusies soms persoonlijke belangen van directeuren meespelen. Men lonkt naar het salaris van een ziekenhuisdirecteur en heeft een comfortabel, veilig gesteld pensioen op het oog.

De grootste misrekening is dat fusiedragers in de toekomst de fusievertragers zijn.

Kortom mijn advies is breng eerst je RIBW op sterkte voor je aan fusie denkt. Want die heeft natuurlijk ook voordelen, vooral op het gebied van personeelsbeleid.

Het is jammer, dat binnen de NVBW de afgelopen jaren de inhoudelijke discussie de boventoon voerde. Discussie over

management, organisatievormen en strategie kwamen niet van de grond. Het ontbrak de NVBW aan een netwerk om de zorg van een RIBW verder te ontwikkelen. Er was geen ruimte voor onderzoek naar de verdere mogelijkheden. Maar daar komt gelukkig verandering in met het instellen van een eigen leerstoel. Ik juich dat van harte toe. Men had daar eerder geld voor over moeten hebben. Maar ja, een gezonde blik over de grens was voor velen al te kostbaar en louter verspilling. Gelukkig is er nu geld voor de leerstoel beschikbaar.

Ondanks dat ik het veld verlaat ben ik benieuwd naar de resultaten. Ik wens de sector veel succes.”



*Gerard Huiskes was directeur van RIBW Friesland en is momenteel directeur van machinefabriek*



pen. Als ik decompenseer, dan is er geen medezeggenschap meer, dan moet de begeleider ingrijpen. Nood breekt wet.'

Bert vindt dat begeleiders cliënten beter moeten voorbereiden op zulke situaties door deze van tevoren bespreekbaar te maken. Dat geldt ook voor bijvoorbeeld oudere mensen die je soms moet dwingen als zij niet te benaderen zijn. Ook bij moeilijke doelgroepen moet je als begeleider blijven proberen ze te stimuleren. Bert: 'Volgens mijn ervaring zijn mensen zelfs in een psychose benaderbaar. Maar het hangt wel af van de manier waarop je ze dan benadert. Het gaat dan om afspraken over hele concrete dingen. Ook in een psychose is iemand gebaat bij een concrete afspraak.'



Eduard Gerdes (32) woont sinds anderhalf jaar begeleid zelfstandig met vijf medecliënten als 'gewoon burger' in Den Haag. De RIBW 's-Gravenhage huurt deze woning van de woningcorporatie en zes bewoners betalen de RIBW huur. Eduard woonde twee jaar in een van de woonvormen van de RIBW. Eduard is voorzitter van de bewonersraad van de RIBW en voorzitter van de steungroep beschermd wonen van de LPR.

GGZ-cliënten in de regio Zaanstreek, Waterland en West-Friesland krijgen in het kader van de nieuwe geïntegreerde GGZ-verstrekking - die met ingang van 1 januari 1998 van start gaat - een procent van het totale regionale budget (f. 200.000,-). Het geld is bestemd voor een Inloophuis in Enkhuizen. Cliënten in deze regio hebben zelf hun keuze voor dit project aangegeven, dat maatschappelijk wordt gedragen door de gemeente, de Raad van Kerken en de woningcorporatie. De regionale GGZ is medefinancier van het project. Het Inloophuis krijgt ondersteuning van het team integrale zorg voor specifieke problematiek aan psychiatrische cliënten en het dagactiviteitencentrum in Enkhuizen. Een groot aantal cliënten uit de geestelijke gezondheidszorg maakt wekelijks gebruik van activiteiten van het Inloophuis.

#### gewoner

Bert vervolgt: In de toekomst zouden er meer dwarsverbanden tussen hulpverleners en maatschappelijke instanties moeten komen. Voorop staat dat hulpverleners betrokken en solidair zijn met cliënten. Een hulpverlener moet hart en lef hebben om los te komen van bestaande stramien en protocollen. In de toekomst zal het accent veel meer op betrokkenheid en solidariteit tussen cliënten en werkers komen te liggen dan op medezeggenschap. Eigenlijk moet het nog veel 'gewoner' worden.

En de RIBW? Ik denk dat de RIBW over 10 jaar niet meer bestaat. Maar ik hoop wel dat het circuit langdurige zorg in de geestelijke gezondheidszorg de uitgangspunten en de identiteit van het beschermd wonen zal overnemen. Dat betekent dat er zorg op maat, kleinschalig, op de grens van zorg en samenleving wordt aangeboden. Dat betekent ook dat de samenwerkingsverbanden tussen ggz-instellingen en diensten- en dagactiviteitencentra veel sterker moeten worden en dat nog meer dan nu het credo van vermaat-



schappelijking van de geestelijke gezondheidszorg wordt waargemaakt.

Mijn angst is denk ik niet zo ongegrond dat binnen de vereniging GGZ Nederland de langdurige zorg slechts een luttel element wordt en dat de overzichtelijkheid van datgene wat de afgelopen jaren bereikt is - de identiteit van het beschermd wonen - dreigt te verdwijnen.'

#### solidariteit

Eduard: 'de tijd is rijp om de langdurige zorg te herschikken.' Eduard zit momenteel in een initiatief van acht RIBW's die een aantal voorzetten daarvoor doet. De principes daarvan berusten op solidariteit in plaats van op diagnostiek en behandelen. Eduard: 'De kracht van de RIBW is dat cliënten samen met begeleiders proberen kwaliteit te leveren. Dat heeft zeker zijn invloed op het ggz-veld. Het op zichzelf wonen is een redelijk coherent begrip geweest van waaruit gewerkt is. Ga je de andere kant uit, dan ben je weer bezig om de boel te verpsychiateren. Maar juist de variatie in het aanbod is belangrijk.'

#### zak- en kleedgeld

Tineke: 'In de toekomst zal de financiële positie van cliënten steeds belangrijk worden. Cliënten kunnen alleen weer aan het maatschappelijk verkeer deelnemen als zij het ook financieel redden. Zij moeten bijvoorbeeld in staat zijn om cursussen te volgen. Dat betekent dat je zak- en kleedgeld ook 'op maat' moet zijn.

Bert vult aan: 'Wat de boel inderdaad kan verzieken is het armoede-

vraagstuk. Steeds meer ggz-cliënten vallen in deze groep. Ik zie heel veel medebewoners die het financieel niet redden. Binnen de RIBW heb je nog een aardig vangnet, maar zodra je op jezelf woont, kun je niet meer meedoen met allerlei activiteiten en dan val je weer terug. Sommige cliënten gaan er honderden guldens op achteruit. Die achteruitgang is niet alleen onrechtvaardig, maar ook gevaarlijk.

Tineke: 'Je wordt weer opnieuw afhankelijk gemaakt. Eindelijk loopt je leven weer wat beter en dan moet je weer iets anders. De begeleiding raadt aan om geld te sparen voor slechtere tijden, maar ik wil nù leven. Gelukkig krijg ik daar weer zin in. Maar dan moet het ook zo kunnen blijven.'

*Annemarie Kooistra was beleidsmedewerker bij de NVBW en sinds juli 1997 beleidsmedewerker bij GGZ Nederland.*

door Jan Achttienribbe

## En nu verder!

*Het perspectief geschilderd, het doel omschreven, de belangen veilig gesteld, instemming van de leden, een nieuwe vereniging, een nieuw bestuur!*

*Ziezo, klaar?*

*Geen tijd voor achterover leunen, geen tijd voor zelfgenoegzaamheid, geen tijd om de totale verantwoordelijkheid op het nieuwe bestuur en de nieuwe organisatie af te wentelen.*

*Het is nu tijd voor actieve en kritische leden.*

*Juist in een startfase, aan het begin van de bekende overgangperiode is het zaak, om het door iedereen van hoog tot laag geroemde 'beschermd wonen' als specialiteit in de GGZ-sector te bewaken. Het breed ingezette bestuurlijk en organisatorisch ingebedde circuit voor langdurig zorgafhankelijke cliënten zal ook écht sterk uit de verf moeten komen.*



*De argumenten hiervoor zijn vanuit de NVBW aangedragen en zijn gehonoreerd. Niet voor niets ben ik de afgelopen jaren als voorzitter van de NVBW publiekelijk trots geweest op deze vereniging. De creativiteit, de ontwikkeling, in samenspraak met de cliënt hield de geestelijke gezondheidszorg op dit terrein levendig en alert.*

*U begrijpt dat ik het toch niet kan laten om uw eigen erfenis een bruisende toekomst toe te wensen.*

*In wederzijds respect voor opvattingen van anderen heb ik dan ook een groot vertrouwen in die toekomst. Mijn dank gaat hierbij uit aan u, leden en medewerkers, die in de afgelopen jaren in mij het vertrouwen hebben gehad.*

*Jan Achttienribbe was de laatste voorzitter van de NVBW*



## Literatuur

Boersma F., P.H.J.M. Heydendael, M.H.R. Nuy en A. Vissers: Kenmerken van Maatschappelijk Gehandicapten. Universiteit Nijmegen (1980).

Borssum Waalkes, J.B. van. Hebben de beschermende woonvormen nog toekomst?, Maandblad Geestelijke volksgezondheid nummer 42 (1987)

Droës J. en J. van Weeghel. Perspectieven van psychiatrische rehabilitatie, Maandblad Geestelijke volksgezondheid nummer 49 (1994)

Elvers N. en J.P. Wilken: Professionalisering en beschermende woonvormen. Projectgroep Psychiatrie, Rijksuniversiteit Utrecht (1982).

Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid: Eindrapport Beschermende Woonvormen. GHIGV, Leidschendam (1983).

Giel R.: Onze moeite met moeilijke mensen. In: Tijdschrift voor Psychiatrie, nr. 26, p. 244-26 (1984).

Ginneken, P. van. Begeleiden volgens plan, systematisch werken in beschermende woonvormen, Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 95-19, Utrecht (1995).

Haak F.: Beschermd Wonen in Zandvoort en Hoofddorp. In: Schrameijer F. (red.): Beschermd Wonen: Aanvulling of alternatief? NcGv Utrecht (1987).

Hardeman W.J.: Het pensiontehuis en andere beschutte woonvormen. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 1977/4, 241-248.

Haveman M.J.: Verslag van een inventariserend onderzoek naar psychiatrische hostels en pensiontehuizen over het jaar 1980. GHIGV, Rijswijk (1982).

Haveman M.J., N.W. Poeljoer en E.S. Tan: Vervangende zorg voor lang opgenomen patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Verslag van een landelijk substitutie onderzoek. Maastricht, Rijksuniversiteit Limburg (1986).

Heerma van Voss A.J.: Querido, een levensverhaal. In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, (1991) nr. 7/8, 722-811.

Hollander D. den: Beschermd Wonen: wonen naar menselijke maat, maar voor wie? In: Tijdschrift voor Ziekenverpleging nr. 39 (1986), p. 387-397.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Beschermd en begeleid wonen, inventarisatie van de stand van zaken van de kwaliteitsontwikkeling in de sector beschermd en begeleid wonen, IGZ, Rijswijk (1996).

Interdepartementale Werkgroep Beschermende Woonvormen: Aanbevelingen voor een beleid ten aanzien van hostels voor psychiatrische patiënten en pensionatehuizen voor psycho-sociaal kwetsbare mensen. Staatsuitgeverij 's Gravenhage (1981).

Jansen E.: The role of the Halfway House in Community Mental Health Programs in the United Kingdom and America. In: American Journal of Psychiatry, 126, 10, 1498 (1970).

Kooistra J. ed.: Dagbesteding en Beschermende Woonvormen. Vakgroep Ontwikkeling en Socialisatie, Rijksuniversiteit Utrecht (1987).

Kooistra J. en J.P. Wilken: Dagbesteding in beschermende woonvormen.

In: Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 90-1, p. 32-42 (1990).

Landelijk Steunpunt Dagbesteding en Arbeidsrehabilitatie: Overzicht dagbestedings- en arbeidsrehabilitatieprojecten. Nieuwsbrief 1 (1993).

Lieshout P. van: Beschermende Woonvormen: een nieuwkomer in de gezondheidszorg. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 64, p. 7-12 (1986).

Loenen, G. van. Van chronische psychiatrische patiënt naar brave burger?, over de moraal van psychiatrische rehabilitatie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid nummer 52 (1997)

Londen J. van: Enige sociaal-psychiatrische en psychohygiënische aspecten van het wonen. In: Tijdschrift voor Psychiatrie. 14, 251 (1972).

Ministerie van VoMil: Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij 's Gravenhage (1974).

Ministerie van VWS: Discussienota gedifferentieerd wonen binnen de RIBW, VWS (afdeling GVC), Rijswijk (1995).

Ministerie van VWS: beleidsbrief GGZ, Rijswijk (1997).

Ministerie van WVC: Nieuwe Nota voor de Geestelijke Gezondheidszorg. Rijswijk (1984).

Ministerie van WVC: Definitief Regeringsstandpunt ten aanzien



van beschermende woonvormen voor ex-psychiatrische patiënten en psycho-sociaal kwetsbaren. Rijswijk (1984).

Ministerie van WVC: Knelpuntennotitie dagbesteding en dagopvang voor psycho-sociaal kwetsbare personen. Rijswijk (1986).

Ministerie van WVC. Verstrekkingsbesluit bijzondere ziektekostenverzekering. Regeling hulp door of vanwege een regionale instelling voor beschermd wonen. Rijswijk (1988).

Ministerie van WVC. Onder anderen, geestelijke gezondheidszorg en geestelijke gezondheid in maatschappelijk perspectief. Rijswijk (1993).

Nationale Raad voor de Volksgezondheid: Advies Dagbesteding en dagopvang in de GGZ. Zoetermeer (1987).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen en Stichting Landelijke Patiënten- en Bewonersraden: Rapport inzake een regeling voor bewonersraden in beschermende woonvormen. Houten/Utrecht (1986).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen: Wonen en werken in een beschermende woonvorm. NVBW, Houten (1988).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen.

Perspectiefnota.

NVBW, Houten (1990).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen. Werken met begeleidingsplannen, Houten (1991).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen. Zorg op menselijke maat, naar een maatschappelijk georiënteerde geestelijke gezondheidszorg. NVBW, Houten (1993).

Nederlandse Vereniging van Beschermende Woonvormen. Van bewoner naar cliënt, dienstverlening waarbij de cliënt centraal staat, NVBW, Utrecht (1995).

Petry D. en M. Nuy: De Ontmaskering. De terugkeer van het eigen gelaat van mensen met chronisch psychische beperkingen. SWP Utrecht (1997).

Projectgroep Psychiatrie: Onderzoek Beschermende Woonvormen. IPAW, Rijksuniversiteit Utrecht (1982).

Putten, M. van en T. van der Veen. Filosoof Harry Kunneman: "Dat gehamer op methodiek berooft werkers van het hart van hun beroep". Tijdschrift voor de sociale sector, (nummer 10 1994).

Reinders J.E.: Het half-way house systeem van de Richmond Fellowship. In: Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk, 15, no. 11,245 (1969).

Rietveld A.A.: Regionale Instellingen voor beschermende woonvormen zijn er nog lang niet. In: Het Ziekenhuis 15, 18, p. 705-706 (1985).

Rooijen, S. van. Gewoon goed, Kwaliteitszorg in de sector beschermd wonen, NVBW, Utrecht (1995).

Rooijen, S. van, D. van der Meer en J.W. van Zuthem. Thuis Best, zorgverlening aan huis voor mensen met psychiatrische problemen, Project Ambulante Woonbegeleiding, NVBW, Utrecht (1996).

Rooijen, S. van en J.W. van Zuthem. Ambulante woonbegeleiding in de praktijk, Deviant, tijdschrift tussen psychiatrie en maatschappij, jaargang 3 nummer 12, (1997).

RVZ: Thuis in de GGZ; zorg, wonen en welzijn voor psychiatrische patiënten die langdurig van zorg afhankelijk zijn, voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, Zoetermeer (1996).

Schrameijer F. (red.): Beschermd Wonen: Aanvulling of alternatief? NcGv, Utrecht (1987).

Tholen A.J., R. Giel, H.W. Hoek, A. De Jong en D. Wiersma: De psychopathologie in voorzieningen voor langdurig verblijf (1988).

In: Tijdschrift voor Psychiatrie 1, 54-72.

Wijers A.F.: Groenhoven, een geschiedenis. Stichting Groenhoven, 's Hertogenbosch (1988).

Wiegant H.: Beschermd wonen gezien vanuit de bewonersraden. In: Schrameijer F. red: Beschermd Wonen, Aanvulling of alternatief? NcGv, Utrecht (1987).

Wilken J.P.: De slag om de beschermende woonvormen -een overzicht en een verkenning. IPAW. Rijksuniversiteit Utrecht (1981).

Wilken J.P.: Onderzoek Populatiekenmerken Beschermd Wonen. SBWU/Universiteit Utrecht (1989).

Wilken J.P.: De RIBW als alternatief: een exclusieve voorziening. In: Slooff C.J. en W.M.A. Verhoeven red.: Ontwikkelingen in en rond de verblijfspsychiatrie. Reed Healthcare Communications, Leiderdorp (1992).

Wilken J.P., L.H.W.M. Kaiser en D. den Hollander: Wonen en Rehabilitatie. SWP Utrecht (1994).



Winants, B. en R. Rijkschroeff. Bewonersraadpleging/ visitatie in de sector beschermd wonen, een kwaliteitsbeoordeling vanuit het bewonersperspectief, Verweij-Jonker Instituut, Utrecht (1995).

Zeldenrust, W. en J.W. van Zuthem. Dagbesteding en arbeidsrehabilitatie in de geestelijke gezondheidszorg, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, nummer 51 (1996)

Ziekenfondsraad. Regeling Ziekenfondsraad substitutie in de geestelijke gezondheidszorg Amstelveen (1991).

Zuthem, J.W. van. Vijf jaar Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen, Maandblad Geestelijke volksgezondheid, nummer 49 (1994)







