

‘ZODAT WE NIEMAND VERGETEN!’

In opdracht van het PlatformGGz door haar werkgroep Langdurige zorg

PERSPECTIEF VAN MENSEN IN DE LANGDURIGE VERBLIJFSZORG

Visie op kwaliteit van langdurige geestelijke gezondheidszorg

Peter Verdonk, vormgever



November 2010

Wergroep Langdurige zorg (PlatformGGz prov. Utr.)

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	3
Visie	4
Doelgroep	4
<i>Waarom deze doelgroep?</i>	5
Doelstelling	7
De weg waarlangs	7
Kwaliteitsverbetering	8
Bijlage: toelichting op de afgelegde werkbezoeken	15
Bijlage: werkbezoek verslagen	18
Bezoek aan Noord Holland Noord. Toelichting op het werken met FACT teams.	18
Impressie van bezoek aan Breburg in Etten Leur	23
Verslag bezoek GGz Eindhoven	26
Bezoek aan GGNet in Warnsveld	28
Een bezoek aan afdeling ouderenpsychiatrie van GGz Drenthe in Assen.	30
Gesprek met Wubbien Wesselink, hoofdbehandelaar Psychiatrie & Somatic, (Zon en Schild, Symforagroep)	32
Werkbezoek aan Duurzaam Verblijf Beilen	34
Kort verslagje van recent bezoek aan BAVO zorgboerderij Tiengemeten	37

INLEIDING

Het is met de kwaliteit van de langdurende zorg op verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen niet altijd goed gesteld, en de zorg sluit niet aan bij de wensen van de mensen die er verblijven. Deze ervaringen van kwetsbare personen met ernstige psychische problemen en hun naastbetrokkenen waren aanleidingen tot het opstellen van deze notitie. Een Utrechtse werkgroep is deze uitdaging aangegaan. Zij heeft de afgelopen maanden gezocht naar kwaliteitscriteria vanuit het perspectief van de kwetsbare mensen die op langdurige zorgafdelingen verblijven. Door goede voorbeelden in het land te bezoeken, en daar met bewoners, naast-betrokkenen en hulpverleners over te praten, kwam de werkgroep tot een visie op kwaliteit in de langdurende zorg. De kwaliteitscriteria die in deze notitie staan kunnen handzaam zijn om het cliëntenperspectief in beeld te krijgen, wanneer GGz-instellingen werken aan verbeteringen in de zorg aan kwetsbare mensen, die vaak jarenlang, ja vaak hun hele leven in voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg wonen.

VISIE

Een belangrijk uitgangspunt is dat mensen met een ernstige psychische beperking (net als mensen zonder psychische beperking) een menswaardig bestaan willen leiden. Zij willen fatsoenlijke huisvesting, voeding, lichamelijke verzorging, kleding.

Een tweede uitgangspunt is dat de mensen met een beperking meer zijn dan alleen de beperking of het probleem; zij zijn mensen die het recht hebben keuzes te maken op alle levensterreinen: veiligheid, relaties, wonen, daginvulling, werk, ontspanning e.d.

DOELGROEP

Een groot deel van de mensen die voor psychische problematiek in behandeling zijn (gericht op genezing, beter maken), is na verloop van tijd in staat het leven weer op te pakken. Op het aspect of de toestand waarin zij kwetsbaar waren, is die kwetsbaarheid verdwenen of hanteerbaar geworden; zij kunnen zich handhaven, al of niet met een beperking. (in bijlage 1 wordt nader op het begrip kwetsbaarheid ingegaan)..

Een aantal mensen blijkt na verloop van tijd echter niet genezen te zijn. Bij hen blijft de kwetsbaarheid op een bepaald aspect of in een bepaalde toestand aanwezig. Zij blijken zich zonder hulp van anderen (nog) niet te kunnen handhaven, Deze groep valt in principe onder de term langdurende zorg. Deze zorg kan allerlei hulp en ondersteuning omvatten: medicatie, begeleiding bij persoonlijke verzorging, wonen, financiën, daginvulling, etc.

Er is een gradatie in het 'zich niet kunnen handhaven'. Bij sommigen is de invloed van de beperking op de verschillende levensterreinen gering. Zij zijn in staat met ondersteuning een eigen leven te leiden. Bij anderen heeft de beperking grote invloed op andere levensterreinen, zijn er meerdere psychische beperkingen aanwezig of zijn er naast beperkingen op psychisch terrein ook beperkingen op lichamelijk terrein. Deze mensen hebben op meerdere levensgebieden hulp nodig.

Ook is de mate van het 'zich niet kunnen handhaven' niet constant. Een aantal mensen met psychische beperking weet geleidelijk aan met hulp van anderen weer een zekere mate van zelfstandigheid te bereiken.

Veel van deze mensen wonen zelfstandig, al of niet met begeleiding, of in een beschermende woonvorm met begeleiding op verschillende levensterreinen. Voor hen zijn initiatieven belangrijk die gericht zijn op 'herstel', zoals 'Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid' (HEE), vaak initiatieven die vanuit cliëntenorganisaties zijn gestart en waarbij cliënten worden betrokken¹.

In deze notitie richt de werkgroep zich op mensen die in langdurige verblijfsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen verblijven. Het blijkt dat de problematiek Nnet alleen ernstig is, maar dat deze van betrokkenen mensen (bewoners genoemd) behoorlijk divers is.

Dit zijn allereerst mensen die zodanig last hebben van psychische problemen dat zij binnen de bescherming van het terrein moeten blijven wonen; mensen die kwetsbaar zijn door blijvende psychotische stoornissen en/of ernstige gedragsproblematiek, en/of chronische verslaving.

Vaak komen daar in de loop der jaren somatische problemen bij. Op de afdelingen voor ouderen hebben de bewoners meestal zowel psychiatrische als somatische hulp en zorg nodig. Deze afdelingen vormen vaak de (gesloten) eindbestemming van bewoners die het grootste deel van hun leven op het instellingsterrein hebben gewoond.

Daarnaast is er de groep mensen die via een justitiële maatregel (Rechterlijke Machtiging) op langdurige verblijfsafdelingen wonen. Ze verblijven hier langdurig zolang ze 'een gevaar voor zichzelf of een gevaar voor de omgeving/de ander' betekenen, en hebben een intensieve behandeling en ondersteunende (levens) begeleiding nodig. Wanneer er een moment aanbreekt dat dat gevaar in mindere mate geldt, kunnen ze òf buiten de instelling wonen met een voorwaardelijke machtiging, òf de RM wordt helemaal opgeheven (en dan blijven ze zeer zelden vrijwillig op het terrein wonen).

Voor de leesbaarheid zal in het hierna volgende gesproken worden van bewoner(s), waarmee in deze notitie de 'kwetsbare mens met psychische problematiek die op een langdurige afdeling woont' wordt aangeduid.

Waarom deze doelgroep?

Voor deze doelgroep is gekozen omdat uit ervaringen van cliënten en familie naar voren komt dat de zorg aan deze mensen op veel plekken in het land 'schraal' is (de goede instellingen niet te na gesproken). Er is vaak te weinig of geen tijd om die aandacht aan mensen te geven die hen helpt weer grip op hun leven te krijgen. De huisvesting is vaak

¹ Een andere belangrijke benadering vanuit de zorgaanbieder zijn de initiatieven rond een Maatschappelijk Steun Systeem, bemoeizorg en FACT-teams (voor een beschrijving zie bijlage 3), waarbij actief de GGz-cliënt in zijn omgeving wordt benaderd en er oog is voor de verschillende levensterreinen en de mogelijkheden en wensen van de cliënt hierbij.

van dien aard dat de bewoners faciliteiten (toilet, douche, keuken, soms kamer) moeten delen met andere bewoners die zij niet hebben uitgekozen. Dit leidt niet zelden tot spanningen op een afdeling. Het wonen op een langdurige afdeling brengt vaak met zich mee dat de zorgverleners door beperkte middelen niet in staat zijn die zorg en aandacht te verlenen die past bij de individuele bewoners. Om een afdeling ordentelijk te laten draaien beataan er vaak min of meer dwingende dagindelingen en wordt er aanbodgericht gewerkt: er worden dan activiteiten aan de bewoners aangeboden die niet aansluiten bij de individuele bewoner. Mensen worden steeds meer afhankelijk. Zoals een van de deelnemers het zei: 'Je moet niet eerst de cliënt al zijn vaardigheden afnemen op grote langdurige verblijfsafdelingen, en dan na verloop van tijd stimuleren dat hij die vaardigheden zich weer eigen gaat maken'.

Een tweede reden om voor deze doelgroep te kiezen is dat in het (landelijk) beleid zwaar wordt ingezet op 'herstel'. Zo stelt GGZ Nederland dat iedere GGZ-cliënt het hersteltraject in kan.

Wellicht is het goed onderscheid te maken tussen herstel als cliëntproces en herstel als resultaat van zorg en behandeling. Herstel als cliëntproces houdt in dat chronisch psychiatrische patiënten met langdurige en ernstige stoornissen in staat zijn zich verder te ontwikkelen en te groeien, en met hun ziekte een betekenisvol leven kunnen opbouwen (Deegan, Anthony, Farkas, Spaniol). Boevink gaat hier met HEE ook van uit en beschrijft herstel als een langdurig proces waarin cliënten hun leven zo veel mogelijk leven zoals zij dat willen; met hun psychische kwetsbaarheden. Herstellen is het (her)ontdekken van de eigen individuele en collectieve kracht van mensen met langdurige ernstige psychische klachten. Zij leren opnieuw een voor hen zinvol leven op te bouwen ondanks de klachten. Rehabilitatie is wat hulpverleners doen; herstellen is wat cliënten zelf doen.

Als GGZ-Nederland het erover heeft dat iedere cliënt het hersteltraject 'in kan' dan hebben ze daarin groot gelijk, tenzij GGZ-Nederland met 'herstel' bedoelt dat het niet alleen om het herstelproces van de cliënt gaat, maar om 'herstel' als eindproduct of eindstadium van zorg. Dat eindresultaat wordt gemeten met maten als symptoomvermindering, beter sociaal en maatschappelijk functioneren, toename van maatschappelijke participatie, afname van klachten e.d.

De Utrechtse werkgroep vindt 'herstel' het proces van de cliënt zelf. Ook bewoners van de langdurige afdelingen hebben wel degelijk recht op kwaliteit van leven en moeten de mogelijkheid hebben zich verder te ontwikkelen. Als mensen vanwege hun kwetsbaarheid de beschutting van een intramurale voorziening nodig hebben, dan zal de context aan een aantal voorwaarden moeten voldoen om hen in staat te stellen een kwalitatief goed leven te leiden. In hun situatie wil 'herstel' niet per se zeggen dat het beleid erop gericht moet zijn om te 'vermaatschappelijken' en zelfstandig of buiten de instelling te gaan wonen. Een betere kwaliteit van leven, zoals cliënten dat zelf willen, ook binnen de bescherming van de langdurige verblijfsafdelingen is 'herstel'. Juist voor deze mensen moet daarom de beste huisvesting gerealiseerd worden. Zij verblijven (nee wonen!) immers heel lang – zo niet hun hele verdere leven – in deze afdelingen.

DOELSTELLING

Doelstelling van de werkgroep is te bevorderen dat mensen met een psychische beperking die vanwege hun beperking op een langdurige afdeling wonen en voor wie er (nog) geen perspectief op herstel is, toch een menswaardig leven kunnen leiden. De werkgroep wil daarom bevorderen dat er condities gecreëerd worden die de bewoners kunnen helpen een eigen perspectief in het leven te ontwikkelen. Voor een aantal mensen kan dit betekenen dat hen veiligheid geboden wordt, die zij elders niet kunnen krijgen. Voor een aantal mensen met ernstige psychische problemen kan het betekenen dat zij buiten de instelling wonen in een beschermde woonvorm (RIBW, of verpleeghuis in de wijk).

DE WEG WAARLANGS

De werkgroep heeft plaatsen bezocht die goed beantwoorden aan de doelstelling die hierboven staat verwoord. Deze zogenoemde 'good practices' staan beschreven in haar bijlage 2.

Daarnaast heeft de werkgroep proberen te beschrijven wat voor bewoners belangrijk is. Deze kwaliteitscriteria staan hieronder en kunnen handzaam zijn wanneer GGz-instellingen het cliëntenperspectief in beeld willen hebben en willen werken aan verbeteringen in de zorg aan kwetsbare mensen.

KWALITEITSVERBETERING

Aan welke criteria moet worden voldaan?

KWALITEITSCRITERIA:

1. MATERIËLE VOORZIENINGEN

- 1.1. Huisvesting: de bewoner heeft een eigen woonruimte met eigen sanitaire voorzieningen. Het is achterhaald om mensen bij elkaar te zetten op meerpersoons kamers. Mensen hebben dan geen keus met wie zij willen samenwonen. Het schaadt de privacy en kan tot onderlinge agressie leiden.
 - 1.1.1. Het streven moet zijn: ieder een eigen huis/appartement met eigen sanitaire voorzieningen.
 - 1.1.2. Veiligheid in huis en op het terrein. Mensen moeten zich veilig voelen op hun kamer, op de afdeling, in hun appartement. Daar moet toezicht op zijn.
 - 1.1.3. Huisvesting en zelfstandigheid: er moet keuze zijn om zelf/samen eten in te kopen en te bereiden, of om te gaan eten in het cliëntenrestaurant. Uiteraard moet hier budget voor zijn of een ander soort afspraak, zoals een cliëntkaart.
 - 1.1.4. In het huis/appartement zijn mogelijkheden voor de bewoners het naar eigen smaak en regels in te richten (denk ook aan rokers/niet-rokers).
 - 1.1.5. Er zijn huisregels, liefst gezamenlijk opgesteld, waarin o.a. afspraken over het schoonhouden en de schoonmaak van het appartement geregeld zijn. Wat kan de bewoner zelf? Waar heeft hij hulp bij nodig? Ditzelfde geldt voor de was.
- 1.2. Waar bewoners niet of moeilijk met geld kunnen om gaan moet het financieel beheer geregeld zijn via budgetbeheer, bewindvoering. Vele bewoners van langdurig verblijf op het instellingsterrein zullen waarschijnlijk ook een mentor hebben, of soms familieleden die een handje meehelpen. De Triadekaart van Ypsilon is een goed hulpmiddel om in een gesprek vast te stellen wat de bewoner zelf wil- en kan doen, en waar hij hulp bij nodig heeft van verpleging of naastbetrokkenen.
- 1.3. Voor het bewaren van persoonlijke bezittingen moeten er voorzieningen zijn (kluisjes).
- 1.4. de kwaliteit van de fysieke toestand van de verblijfsafdelingen is belangrijk maar niet het enige aandachtspunt: enkel verhuizing naar moderne (appartement)huisvesting is niet voldoende om verbetering van kwaliteit van leven

te bevorderen. Voorkomen moet worden dat het een keten van lege zondagen blijft. Een zinvolle, gestructureerde dagbesteding is een voorwaarde om van het wonen een succes te maken.

2. INHOUD VAN DE ZORG

2.1. *Gelijkwaardigheid*. De houding van de zorg- en dienstverleners aan bewoners is er een van streven en denken op basis van 'gelijkwaardigheid'. Toch zal het handelen vaak plaats vinden op basis van 'ongelijkwaardigheid'. De focus van de professional op het kwetsbare deel van de mens, op de beperking, brengt dat vaak met zich mee en is soms moeilijk om te buigen.

Gelijkwaardigheid in de relatie is een lastig begrip: niet iedereen is in staat om altijd op een gewenste manier zijn of haar wil te bepalen, bijvoorbeeld bewoners die chronisch psychotisch of dement zijn. Toch is het ook voor hen heel goed mogelijk om hun behoeften te uiten² en ook om een herstelproces aan te gaan.

Ook is dit de plaats om het begrip *wederkerigheid* te introduceren. Hulpverleners zullen zich steeds moeten verplaatsen in de situatie van de bewoners, en zich moeten realiseren dat ook zij ooit hulp nodig zullen hebben en in een meer afhankelijke positie kunnen geraken. En anderzijds zullen ze krachten en mogelijkheden en vaardigheden van de bewoner ontdekken, waarover zijzelf weer niet beschikken. Bewoners willen ook graag op hun beurt iets betekenen voor anderen; het versterkt hun gevoel van eigenwaarde. Wij halen hier de uitspraak van een verpleegkundig specialist aan: *Het gaat er om hoe je bent als mens. Het gaat niet om professionele distantie, maar om professionele nabijheid.*

Er is hier sprake van een coachende opstelling.

Hulpverleners bejegenen bewoners op basis van gelijkwaardigheid: er is geen kleinerende houding en bejegening jegens kwetsbare mensen met psychische problematiek in de zin van dat zij altijd examen moeten afleggen of op een belerende toon gewezen worden op “de huisregels”, bv. En zeker met sancties moet de uiterste spaarzaamheid betracht worden! Toepassing hiervan moet altijd geëvalueerd worden.

Er zou binnen de zorg aan deze doelgroep meer ingezet moeten worden op de presentiebenadering; behandeling gericht op genezing is vaak niet meer aan de orde en het accent ligt op het bieden van ‘comfort’ en ondersteuning op de verschillende levensterreinen in aansluiting op de wens van de individuele bewoner.

² Denk in dit verband ook aan het vervangen van de term wilsonbekwaam in “oordeelsonbekwaam alleen in bepaalde situaties”. In andere situaties is men weer wel oordeelsbekwaam.

2.2. Voldoende en adequate behandeling:

2.2.1. Er wordt aangesloten bij het perspectief van de bewoner.

Behandelmethodieken voor 50 + jarigen niet toepassen op jong volwassenen.

2.2.2. Het behandelplan wordt zoveel mogelijk samen met de bewoner opgesteld. Bij

behandelplanbesprekingen is hij aanwezig.

2.2.3. De behandeling is adequaat en voldoende

2.2.4. Er zijn voldoende contactmomenten met de hulpverlening, een en ander overeenkomstig de behandelovereenkomst.

De ZZP indicatie wordt gevolgd en uitgevoerd.

2.3. activiteiten worden geboden die aansluiten op de behoeften en kwaliteiten van kwetsbare mensen met psychische problematiek

2.4. in aansluiting op ontwikkeling bij de individuele bewoner is er sprake van activering en rehabilitatie dwz oog voor groei. Maar de asiel- en verpleegfunctie blijft nodig: niet alle bewoners hebben het perspectief en de mogelijkheid om zelfstandig te wonen, ook niet op het terrein.

OMSTANDIGHEDEN

2.5. Invloed en zeggenschap: de bewoner heeft invloed op de zorgverlening en er zijn regelmogelijkheden om zorg op maat te realiseren

2.6. Keuze: de bewoner kan kiezen uit groeps- danwel eigen activiteiten.

2.7. De dagbesteding die aangeboden wordt door de instelling moet aansluiten bij de bewoners opdat zij er enige zingeving aan kunnen ontleen. Instellingen moeten zich verplichten de mogelijkheden van cliënten te faciliteren, bijv. kunstuitingen te stimuleren (artotheek); mogelijk is dat ook exploitabel te maken. Het is zeer zinvol voor de cliënten. We wijzen ook op de noodzaak van de inzet van een functionaris om het netwerk van bewoners uit te breiden. Zeer veel bewoners zoeken een maatje om samen activiteiten mee te ondernemen.

2.8. Eigen initiatief: bewoners kunnen geheel op eigen initiatief actief worden en worden ondersteund en aangemoedigd.

2.9. Wanneer de bewoners werkzaamheden verrichten voor de instelling, zoals post bezorgen, tuinonderhoud, werkzaamheden op de boekbinderij, werken in de winkel of in het restaurant, moet daar een (vrijwilligers) vergoeding tegenover staan.

3. *Dwang en Drang*

Dit is ook de plek om een ander aspect van de zorg en behandeling aan bewoners van langdurige intramurale zorg te bespreken. Op het terrein van de instelling zijn meestal nog enige gesloten afdelingen. Hier verblijven zo lang als nodig is de mensen met een forse problematiek, waarvan het (tijdelijk) niet verantwoord is ze op open afdelingen te laten wonen of in een eigen appartement. De gesloten afdelingen beschikken meestal over een separeer, die in noodgevallen ook gebruikt wordt in bijna alle instellingen. De zorg over het gebruik van separeers is in Nederland de laatste jaren sterk toegenomen, en de afgelopen jaren hebben vele instellingen zich middels een project ingespannen het separeren, en vooral de duur van het separeren, terug te dringen. Langzamerhand gaat dat lukken. Er zijn in de afgelopen jaren alternatieven voor separeren ontwikkeld, die vaak voldoende zijn om separeren te voorkomen.

Op gesloten afdelingen leven dus mensen met een forse problematiek samen, en dicht op elkaar. Dit feit alleen al leidt vaak tot problemen. De aanwezigheid van de hulpverleners op de groep is noodzakelijk, maar ook inzet op een gastvrije houding en bejegening voorkomt vaak al onderlinge oplaaiende ruzie's en agressie. En natuurlijk is ledigheid vooral hier 'des duivels oorkussen'. Er stevig op uit met gemotiveerde hulpverleners doet vaak wonderen, is gebleken op sommige instellingen. Samen klusjes doen op of buiten het terrein heeft prima resultaten opgeleverd.

Het nadenken over (het vermijden van) dwangtoepassingen is vooral in het afgelopen jaar sterk toegenomen. Instellingen ontwikkelen intensive care afdelingen om de meest problematische cliënten met een aanhoudende problematiek, zoals zelfbeschadigingen en suïcidaliteit, intensief in een één op één setting te kunnen behandelen. Daarna lukt het hen vaak weer beter zich te handhaven op een afdeling of in een eigen appartement.

Tot slot:

In 2008 zijn er door cliënten, naastbetrokkenenen en afgevaardigden van diverse belangenorganisaties, de volgende 9 criteri voor dwang en drang opgesteld; deze zijn:



De negen geboden

1. **Maak beleid** over dwang en drang na raadpleging van cliënten en naastbetrokkenenen.
2. **Voorkom** het gebruik van dwangmaatregelen.
3. **Gebruik alternatieven.**
4. **School personeel** in het voorkomen van dwangmaatregelen en in het gebruik van alternatieven.
5. **Betrek naastbetrokkenen** wanneer er sprake is van dwang, zonder de regie van de cliënt aan te tasten.
6. **Werk** aan het gevoel van **veiligheid** voor personeel en cliënt.
7. **Registreer** vrijheidsbeperkende maatregelen om inzicht te krijgen in het terugdringen van dwang.
8. **Evalueer** vrijheidsbeperkende maatregelen zowel met cliënten als op instellingsniveau.
9. **Informeer** cliënten actief, tijdig en regelmatig over regels, rechten en plichten, mogelijkheden voor second opinion, klachtenregeling en het inschakelen van patiëntenvertrouwenspersonen

5. Kwetsbaar; een nadere omschrijving

Het begrip 'kwetsbaar' heeft [hier in dit document](#) het kenmerk in zich dat het gerelateerd is tot een bepaald aspect, of een bepaalde toestand waarin de kwetsbaarheid zich openbaart; de betrokkene is op dat aspect of in die toestand niet in staat zich te handhaven en heeft [daarbij](#) hulp van anderen nodig. Het blijft vast gekleefd aan de relatie [\(veelal onzichtbare\)](#) beperking [versus ondersteunende/](#) hulp.

Het begrip 'kwetsbaarheid' van een persoon kent twee kanten: de beperking van de persoon zelf en de omgeving die hulp biedt.

-  in een omgeving waar het de norm is dat mensen op eigen kracht zich moeten handhaven of als gemeenten en zorgorganisaties blijven hameren op zelfredzaamheid en autonomie, zal de cliënt of de burger niet snel om hulp vragen, wanneer hij het belangrijk vindt om aan de norm te voldoen. Waar geen ruimte is voor afwijkend gedrag, worden mensen met een beperking al snel kwetsbaar.
-  Daarnaast is de notie in de samenleving of omgeving over tekortkomingen en wat wel of niet aanvaardbaar is aan verandering onderhevig; een voorbeeld is de ontwikkeling waar de norm in de samenleving steeds meer lijkt te worden: alles zelf doen en eigen verantwoordelijkheid. Los van wat andere krachten in de samenleving invloed uitoefenen zijn natuurlijk ook de cliënten zelf in staat aan de beeldvorming bij te dragen.

“Maatschappelijk kwetsbare groepen hebben een bijzondere positie in onze samenleving. Ze staan in een sterke afhankelijkheidsrelatie waarbij ze vooral ontvangen en waarbij de krachten van henzelf en hun omgeving niet of te weinig worden aangesproken. Tegelijkertijd wordt hun eigen verantwoordelijkheid voor de situatie waarin ze zich bevinden, benadrukt. Moderne zorg en een inclusieve samenleving hebben belang bij een andere visie die het versterken en verbinden van personen, groepen, organisaties, buurten en gemeenschappen centraal stelt. Het “empowermentparadigma³” vertolkt deze andere visie.” (Tine van Regenmortel)

³ Paradigma: 'een constellatie van overtuigingen, waarden en handelwijzen die door leden van een bepaalde samenleving worden gedeeld' (Van Dale)

Het is juist in de zorg de uitdaging om vanuit het besef dat de mens meer is dan de zorgvraag alleen of de beperking alleen, meer te focussen op de mogelijkheden van mensen en dat de relatie met de hulpverlener een meer gelijkwaardiger wordt.



Snoezelkamer (GGz Eindhoven)



Verwenzorg (Symfora te Amersfoort)

BIJLAGE: TOELICHTING OP DE AFGELEGDE WERKBEZOeken

Naast het ontwikkelen van een visie op intramurale psychiatrische zorg zijn er ook een aantal werkbezoeken gebracht aan instellingen en afdelingen waarvan bekend is dat zij zich (ook) speciaal met langdurige verblijfszorg bezig houden. De kennismaking met deze goede praktijken hebben ons weer een stapje verder gebracht bij het opstellen van het visiestuk en de criteria voor kwaliteitsverbetering.

Wonen

Wij waren op diverse instellingen waar ingezet wordt op de kwaliteit van wonen. Enkele instellingen zijn al sinds het begin van deze eeuw begonnen met het vervangen van de oude afdelingen, met soms nog meerpersoonskamers, door appartementen complexen op het terrein, waarbij alle cliënten een eigen woonruimte hebben met zithoek, slaapkamer, douche/wc, berghok. Eigen voordeur, eigen sleutel. Het werkt geweldig. Steeds meer instellingen doen hun best om dit ook voor hun verblijfscliënten te realiseren. Wij zagen deze appartementencomplexen in Heilo (NoordHolland Noord), bij GGz Eindhoven, maar ook bij de pas geopende Mauritzhof in Bussum (Symforagroep).

Behalve complexen waarin iedereen een eigen 'flatje' heeft, zijn er ook woonvormen, waarbij grotere huizen opgedeeld zijn in meerdere woonunits. Dit zagen we o.a. in Etten-Leur (Breburch) en in Wolfheze (Gelderse Roos), maar ook in de zorgboerderij van BAVO Europoort op Tiengemetten. Ook dit zorgt voor veel meer vrijheid en het gevoel van zelfstandigheid.

Hier moet ook bij genoemd worden de bungalow op het terrein van GGNet in Warnsveld. Deze bungalow was eerst bestemd voor een groep van 8 cliënten. Nu wonen er twee paren, elk met een compleet ingericht appartement!

Een heel bijzondere woonvorm is verder Duurzaam Verblijf, in Beilen (GGz Drenthe). Dat is een compleet, onder architectuur gebouwd, dorpje. Iedereen heeft een eigen huisje, fris geschilderd in voornamelijk rood. Het heeft een bijzondere uitstraling, ook omdat het principe van healing environment hier in praktijk is gebracht.

Er moet natuurlijk op ingezet worden dat alle cliënten van de doelgroep, zoals die in het visiestuk beschreven staat, binnen zeer korte tijd over een eigen woonruimte zullen gaan beschikken. Er moet met kracht geprotesteerd worden tegen zorgverzekeraars die uitsluitend nog willen investeren in bouwactiviteiten voor cliënten die buiten de instelling (gaan) wonen.

De organisatie van de behandeling

Op diverse manieren wordt geëxperimenteerd met behandelmethoden en – interventies. Momenteel neemt het werken met FACT teams hand over hand toe. Wij zagen dat in Heilo (NoordHolland Noord) het mooiste gedemonstreerd, en waren er compleet voor gewonnen! Het werken met FACT staat beschreven bij het werkbezoek. Een bijzondere vorm van het werken met FACT is Duurzaam FACT. Deze methode is speciaal ontwikkeld voor klinisch verblijf binnen de instelling. Het staat beschreven bij GGZ Breburch (Etten-Leur).

Maar ook op andere manieren proberen afdelingen hun behandeling vernieuwend en efficiënt in te richten. Bv. door inschakeling van stageaires. Zo werkt GGNet (Warnsveld) samen met Hogeschool Windesheim. Elk jaar komen er 10 stageaires de afdelingen versterken. Dit zorgt voor een bijzonder goed effect op medewerkers en cliënten. Het werkt taakverlichtend en cliënten krijgen meer aandacht. Ook de Fontys Hogeschool in Brabant zorgt voor deze dienstverlening tot wederzijds voordeel, o.a. bij GGZ Eindhoven.

Naast stageaires wordt graag gebruik gemaakt van de inzet van gastvrouwen en vrijwilligers. Zij zorgen ervoor dat net de een op een benadering mogelijk is, die vaak nodig is. Bij de beschrijving van de werkbezoeken komt men ze tegen.

En natuurlijk, last but not least, werken zo langzamerhand op alle instellingen ervaringsdeskundigen, en hun inzet wordt zeer gewaardeerd! Zij worden op diverse manieren ingezet, bv. bij het individueel afnemen van onderzoeksvragen in het kader van een project (Altrecht - Zorg naar wens voor langverblijvers in de GGZ), maar ook houden zij zelfstandig individuele- en groeps gesprekken met de bewoners. Dat blijkt heel effectief te zijn. Bewoners komen vaak meer los, en vertellen meer dan in een gesprekje met de verpleging. Kunst is voor de ervaringsdeskundige om dit goed te communiceren met het behandelteam, en om zijn onafhankelijke zelfstandigheid te bewaren, al is hij/zij in dienst van de instelling.

Ouderenpsychiatrie

Het Nederlands Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie (NKOP) is een netwerkorganisatie waarin zes divisies Ouderen van geestelijke gezondheidszorg organisaties hun krachten hebben gebundeld. De partners (Altrecht, GGZ Drenthe, GGZ Eindhoven, GGZinGeest, GGZ Noord-Holland-Noord en de Symfora groep) streven zowel gemeenschappelijke doelen als eigen doelen na, met het kenniscentrum als overkoepelende organisatie waarin de besluitvorming is geregeld. Het kenniscentrum is in 2003 geopend en vanaf 2008 een zelfstandige stichting.

Wij konden een bezoek brengen aan twee van deze zes divisies: 1) de afdelingen ouderenpsychiatrie van GGZ Drenthe, waar André Visser vertelde over Functioneringsgerichte Rehabilitatie, die hij en zijn team daar bij de ouderenafdelingen in praktijk brengt. 2) En ook hadden we een gesprek met Wubbien Wesselink, hoofdbehandelaar Psychiatrie en Somatiek van de Symforagroep. Bij dit laatste behandelprogramma is vooral de ontwikkeling van een palliatieve afdeling voor terminale patiënten uniek. Zie de verslagen.

Bijzondere locaties

Een bezoek aan een zeer bijzondere locatie was Duurzaam Verblijf in Beilen. Hier verblijven een kleine 100 oudere OGGZ cliënten. Ze zijn afkomstig uit Amsterdam en Rotterdam, en hebben behalve naast een psychiatrisch- vaak ook een drugsverleden. Ze zijn 'uitgezworven', en mogen hier zo lang als ze willen blijven wonen in een vriendelijke setting, mooie huisjes, veel mogelijkheden tot dagbesteding, zeer behulpzame hulpverleners. Er is een hek om hen te beschermen, maar als het kan mogen ze ook zelf boodschappen doen in het dorp. Zie verslag.

Een andere bijzondere locatie is de BAVO zorgboerderij op Tiengemeten. (hier is geen uitgebreid verslag van). In een grote, verbouwde boerderij wonen een kleine 30 (jong) volwassenen, elk in een eigen appartementje. Het zijn allen cliënten van BAVO-Europoort, die vastgelopen zijn in hun leven; in de

behandeling, en deze kans om op een boerderij op een eiland te mogen gaan wonen en werken aangegrepen hebben. Ze gedijen er prima!

Dit is een tussenbalans, na een jaar met dit onderwerp bezig geweest te zijn. We hebben zelf veel geleerd, veel gezien. Er zijn ook onderwerpen waar we nu niet expliciet op gericht waren, hoewel ze wel genoemd worden in de verslagen. Bv. herstelondersteuning, en het maatschappelijk steunsysteem. Maar ook het terugdringen van dwang en drangtoepassingen. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen moet nog verder uitgediept worden, evenals het blijven speuren naarvoorbeelden van gevarieerde dagbesteding, die ook echt zinvol is voor cliënten bewoners.

Dit visiestuk is ontstaan in gezamenlijk overleg tussen de leden van de werkgroep; te weten:

Bert Aben	Hanneke van Dijk	Sjef Kemps	Ties van de Ven
Paul van de Biezen	Polle Henkelman	Ria Trinks	Gee de Wilde

BIJLAGE: WERKBEZOEK VERSLAGEN

Bezoek aan Noord Holland Noord. Toelichting op het werken met FACT teams.

Het bezoek bevatte 4 onderdelen, het bijwonen van de bespreking van het FACT team, bezoek aan het crisiscentrum, bezoek aan het wooncomplex op het terrein, een bezoek aan een woning, waar 3 GGz-cliënten gezamenlijk een huishouding voeren.

De regio Noord Holland Noord is verdeeld in 6 regio's waar een FACT-team (Functie Assertive Community Treatment) werkzaam is. Er 2 teams voor Alkmaar, en voor de regio's West Friesland en rond Hoorn, Den Helder en Heiloo elk 1 team.

Een FACT team bestaat uit meerdere personen en disciplines: psychiater, psycholoog, casemanager, spv, trajectbegeleider, ambulante woonbegeleider etc.

Per team worden 160 tot 200 chronische cliënten bediend; cliënten die thuis wonen of in een beschermende woonvorm. Veel cliënten die stabiel zijn hebben regelmatig contact met hun casemanager of met andere hulpverleners in het kader van het behandelplan.

Cliënten die niet stabiel zijn komen in aanmerking voor bespreking in het FACT-team. Dagelijks worden binnen een half uur per team cliënten besproken aan de hand van het FACT-bord; per dag zijn dat 20 a 25 cliënten.

Het FACT bord is een Excel overzicht dat via een beamer op een scherm wordt geprojecteerd. Het overzicht bevat een aantal rijen met de namen van de cliënten en een aantal kolommen waar gegevens per cliënt zijn ingevuld, zoals diagnose, comorbiditeit, netwerk, de casemanager, welke medicatieafspraken er zijn, wie de contactpersoon is vanuit het sociale netwerk, wat de juridische status is van de patiënt (RM) en andere bijzonderheden die aandacht vragen, zoals bezoek aan de huisarts, het laboratorium of een afspraak met huisvesting of advocaat. De voorlaatste kolom is onderverdeeld in de 5 dagen van de week en wie er op bezoek gaat met welk doel (laatste kolom).

Cliënten komen op het FACT bord voor intensivering van behandeling en zorg

- Bij crisis of toename van symptomen
- Overlast/verwaarlozing
- Dreigende (her)opname
- Ernstige somatische problemen
- Aanpassingen in de behandeling (medicatie, IPS)
- Continue intensieve ACT (GAF-score van lager dan 40)

Cliënten komen op het FACT bord voor intensivering van contact en informatie

- Geen afspraken kunnen maken / houden
- Zorgmijdend gedrag
- Tijdens en na opname (GGz, Ziekenhuis, gevangenis)

- 'life-event' (verhuizing, overlijden naasten)
- Wettelijke groep (BOPZ / forensisch)
- Nieuwe patiënten.

Op het terrein van GGz Noord Holland Noord crisiscentrum, dat alleen bestemd is voor de cliënten van de FACT teams. Cliënten kunnen daar tijdelijk (max. 3 maanden) verblijven, waarbij de casemanager en behandelaar beslissen over opname en ontslag (in overleg met de cliënt) en verantwoordelijk zijn voor de zorg (continuïteit van zorgverlener) tijdens de opname. Deze werkwijze had overigens wel een verandering van teamsamenstelling tot gevolg: omdat veel hulpverleners moeilijk konden wennen aan de veranderde werkwijze (minder afdelingsgericht, maar meer cliëntgericht) hebben velen voor een andere werkring gekozen. Bij het aantrekken van nieuwe hulpverleners was de cliëntgerichtheid en werken volgens de FACT methodiek naast professionaliteit een belangrijk aandachtspunt.

Kenmerkend voor de werkwijze is dat de FACT-teams en het crisiscentrum nauw samenwerken

Een en ander betekent dat GGz Noord Holland Noord met 24 bedden op 1000 cliënten kan volstaan.

In 2 nieuwe wooncomplexen, een complex met 2 woonlagen en 1 complex met 3 woonlagen, zijn de mensen gehuisvest, die blijvend op het terrein wonen.

Elke cliënt heeft een eigen appartement (eigen voordeur, hal, woonkamer met keukenblok, slaapkamer, natte cel, hobbykamer/bergruimte).

Elke woonlaag heeft een huiskamer voor gemeenschappelijk gebruik door de bewoners.

Voor deze cliënten is een aantal gastvrouwen aangesteld, die tegen vergoeding activiteiten met de cliënten ondernemen; werden in het begin de maaltijden aangevoerd door een externe leverancier, geleidelijk, geleidelijk aan hebben cliënten samen met de gastvrouwen het heft in eigen hand genomen en zijn zelf de maaltijden gaan verzorgen (hetgeen een kostenbesparing met zich mee bracht (van € 16,- p.p. naar € 6,- p.p per maaltijd)). Ditzelfde is gebeurd met de schoonmaak en de wasuitbestedingen. Het is gelukt uiteindelijk externe contracten te ontbinden, en deze huishoudelijke klussen zelf, en gezamenlijk, in eigen beheer onder te brengen

FACT in een klinische setting voor Duurzaam Wonen

GGZ Breburg Groep/Zorggroep Psychose & Autisme heeft de ACT ontwikkeling breed ingezet en binnen de behandelcentra Psychose. Dat betekent dat we twee ACT teams hebben (in Tilburg en Breda) en 9 FACT teams verspreid over de regio van Tilburg en Breda. Daarnaast zijn er twee Vroeg Interventie eerste Psychose (VIP) teams gestart. De doelgroep is veelal ambulante, maar ook woonachtig in Beschermd en Beschut wonen.

Uitgangspunten voor Duurzaam Wonen

Binnen genoemde zorggroepen beschikken we tevens over een Behandelcentrum Duurzaam Wonen, waar we een project gestart zijn waarin we de volgende doelstelling beogen:

FACT Duurzaam Wonen biedt cliënten optimale zorg binnen een helende omgeving om de cliënt centraal te stellen een menswaardig bestaan te leiden en te kunnen werken aan een persoonlijk herstelproces. Om dit te kunnen realiseren worden de volgende twee principes aan de herstelondersteunende zorg toegevoegd: FACT en Healing Environment.

Doelgroep:

Cliënten binnen een klinische setting met psychotische klachten en cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die een lange intensieve relatie aangaan met de GGZ.

De keuze om elementen van ACT ook in een klinische omgeving te gaan toepassen is een betrekkelijk nieuwe ontwikkeling.

Een van de uitgangspunten daarbij is dat de klinische woonomgeving ook zoveel mogelijk benaderd wordt als een maatschappelijk verband met contacten en mogelijkheden in de wijk.

Werkwijze – methode op hoofdlijnen

Het FACT team Duurzaam Wonen gaat in eerste instantie werken vanuit de principes die ook in een FACT team gehanteerd worden, zoals:

- Het multidisciplinaire team heeft als het gaat om cliënten die op het digibord staan een gezamenlijke caseload.
- De coördinatie van de zorg vindt plaats via het digibord.
- Het team werkt outreachend en is gericht op maatschappelijke integratie
- Er wordt gebruik gemaakt van ervaringsdeskundigheid (zowel van cliënten als van familieleden), verslavingsdeskundigheid en trajectbegeleiding.
- De zorg wordt geleverd daar waar de cliënt verblijft(ook bij doorstroming, tijdelijke opnamen elders, etc).
- Er wordt gewerkt vanuit evidence based practices
- Het familie/steunsysteem wordt intensief betrokken.

De formatie binnen het FACT team Duurzaam Wonen is t.o.v. een FACT-ACT team aangevuld met een huisarts.

Klinisch FACT versus FACT

Hoewel we merken dat de FACT methodiek goed toepasbaar is binnen een klinische setting is een aantal aspecten ook anders:

Verschillen in de doelgroep:

De doelgroep van FACT Duurzaam Wonen verschilt van een ander FACT team in die zin dat alle cliënten woonachtig zijn op een klinische locatie waar ook het FACT team zelf gehuisvest is. Zij zijn in de regel meer gericht op het interne netwerk en activiteiten dan extern gericht. De rehabilitatiedoelen zijn gezien de mogelijkheden of leeftijd wat meer gericht op stabilisatie of ondersteuning van bepaalde ADL/HDL functies dan we in de doelgroep van de andere FACT teams zien. Cliënten die zich meer richten op rehabilitatie en persoonlijke ontwikkeling, en toch klinisch (beschut) wonen, hebben contact met het gewone FACT team in deze regio.

Communicatie tussen FACT team en afdeling

Het FACT team Duurzaam Wonen heeft altijd te maken met afdelingsteams en teams woonbegeleiding. Dit vraagt een andere aanpak en communicatie dan de teams voorheen gewend waren. En hierin zien we ook een verschil met de andere FACT teams.

Behandelbeleid vanuit een FACT team

Het behandelbeleid wordt vastgesteld in het FACT team en vervolgens voor een deel ook uitgevoerd door de afdelings en woonbegeleidingsteams. Enerzijds vraagt dit, zoals hierboven aangegeven, meer van de communicatie. Anderzijds geeft het de woonbegeleidings – en afde-

lingsteams meer ruimte om te focussen op zaken als leefklimaat, familiecontacten. themagerichte activiteiten , etc.

Drie behandelaren met ieder een aandachtsgebied

Het FACT team heeft drie behandelaren in dienst die ieder hun specifieke aandacht hebben voor enkele afdelings-/woonbegeleidingsteams. Deze constructie vraagt extra aandacht voor het aspect van shared caseload omdat het risico bestaat dat je vooral gericht bent op de ‘eigen afdelingen’.

De somatische arts als lid van het FACT team

Op het terrein van Duurzaam Wonen bestaat een somatische dienst waar cliënten terecht kunnen voor huisartsenzorg. Een van de somatische artsen is lid geworden van een FACT team om psychiatrische en somatische zorg goed op elkaar af te stemmen. We ervaren dit als een meerwaarde.

Andere aandacht voor maatschappelijke integratie

Zoals eerder vermeld is de doelgroep van Duurzaam Wonen meer intern dan extern gericht. Voor het FACT team geldt dat het een uitdaging is om enerzijds het interne netwerk goed te benutten, maar tegelijk ook creatief in te zetten op maatschappelijke integratie en daarmee de “onzichtbare muren” van een ggz locatie te slechten.

Healing environment als concept

De verantwoordelijkheid voor de klinische woonomgeving is een andere dan daar waar voornamelijk sprake is van ambulante zorg. Gezien de huidige woonsituatie vinden we het van belang om de komende jaren extra in te zetten op Healing environment. Het FACT team Duurzaam Wonen stelt daarin zijn concrete doorbraakdoelen.

Onderzoek

Om de effecten van deze nieuwe ontwikkeling te meten wordt twee jaar lang onderzoek (case study) gedaan naar effecten van behandeling. We vergelijken onderzoeksgegevens met die van een controle groep en gebruiken de volgende meetinstrumenten:

- effecten van behandeling (ROM: HONOS, Mansa).
- cliënttevredenheid
- medewerkerstevredenheid
- effecten op cliëntendoorstroom en kosteneffectiviteit

Juli 2010, Etten-Leur. GGZ Breburg Groep

Tom van Mierlo, Linda Peeters en Marij de Roos.

Impressie van bezoek aan Breburg in Etten Leur

Inzet van het bezoek is informatie over de hulpverlening aan de groep langdurige cliënten binnen de GGz-instellingen, voor wie de herstelbenadering geen aanknopingspunt biedt. Of zoals ook wel gezegd: de vergeten restgroep, die uitbehandeld is, de 'asielgroep'.

De 'gids' was Ton van Loon.

Breburg is ontstaan uit een fusie van GGz Breda (fusie tussen Riagg, Hooghuys, De Mark en RIBW) en GGz Midden Brabant (fusie tussen Riagg en Jan Wier in Tilburg e.o.). Het is een organisatie met 2.300 fte aan personeel.

Breburg Etten-Leur is het terrein van het vroegere Hooghuys, de psychiatrische kliniek, gesticht door een orde van RK-religieuzen (nonnen).

Het is een open complex dat midden in het dorp ligt en waarvan de wegen onderdeel van de stratenstructuur van Etten-Leur vormen. Het vroegere hoofdgebouw biedt als 'poort' van weerszijden een doorkijk op de achterliggende straten.



Verder is er een restaurant, café en dierenweide op het terrein.

Wat betreft de zorg kent Breburg 4 aanmeldinglocaties (Breda, Tilburg, Waalwijk, Etten-Leur) met daarbinnen een zgn. 'zorgpadenstructuur'. Voor de regio Breda is er een de stad Breda een locatie voor crisisopname.

Breburg zet in op de herstelbenadering wat betreft de hulpverlening. Dit is wel een verandering geweest, maar belangrijk hierbij is dat het management en de hulpverlening erachter stonden.

In de regio Breda zijn er voor de langdurende zorg 5 FACT-teams,:

- 3 teams in de regio met elk ongeveer 250 cliënten
- 1 team in Etten-Leur voor beschermd wonen (80 a 90 cliënten met perspectief op herstel)
- 1 klinisch fact-team voor de chronische cliënten op het terrein. (115 cliënten), de zgn. vergeten groep. Dit zijn de cliënten
 - De groep mensen die in de 60-er en 70-er jaren zijn opgenomen
 - De mensen met dubbele diagnostiek
 - De mensen met een psychose die (nog) niet te behandelen is
 - Oudere mensen met psychiatrische problematiek en somatische problemen.

Elk team bestaat uit een psychiater, psycholoog, trajectbegeleider, 6 casemanagers en een ervaringsdeskundige.

Van het klinisch team maakt ook een huisarts deel uit. Het doel is dat ook een medewerker van de dagactiviteiten deel gaat uitmaken van het klinisch team.

Het klinisch fact-team is ongeveer een half jaar bezig. Wat betreft de werkwijze is er veel opgestoken van de aanpak in Noord Holland; bespreken van de cliënten aan de hand van de FACT-methodiek. De insteek is dat de FACT-aanpak leidend is, m.a.w. dat het klinische in de FACT-methodiek wordt ingepast. De samenwerking gaat steeds beter.

Verder is er een aantal van 40 a 50 vrijwilligers inzetbaar.

Enige tijd terug is gestart met het werken met de triadekaart; gevolg is dat een aantal cliënten weer contact heeft met de familie en dat de familie zich meer betrokken gaat voelen.

Voor een aantal cliënten wordt bewindvoering of mentorschap geregeld; voorkeur is dat iemand van de familie dit op zich neemt, maar er wordt ook gebruik gemaakt van de stichting Bewindvoering voor meerderjarigen in Roosendaal.

Het lijkt tegenstrijdig: herstelbenadering en bewindvoering, maar het proces van herstel is fluctuerend en in dat proces past bewindvoering om te voorkomen dat in tijden dat het minder gaat er grote schulden worden gemaakt.

De verwachting is dat de asielgroep steeds kleiner wordt, als de FACT-methodiek werkt. Gestreefd wordt de instroom naar de 'restgroep' zo klein mogelijk te houden en de 'nieuwe' cliënten zo veel mogelijk te helpen in hun leefsituatie of ze daar naar zo spoedig mogelijk terug te laten keren.

Maar naar de mening van Ton van Loon moet er geïnvesteerd worden in de kwaliteit van leven en hulp van de 'restgroep', omdat daar nogal wat achterstand is wat betreft huisvesting en dagactiviteiten: mensen moeten zich thuis kunnen voelen.

Voor het omzetten van 'bedden' naar ambulante plaatsen is de hulp van de zorgverzekeraar nodig in de regio, maar het zou helpen als dit landelijk ook ondersteund zou worden.

Wat betreft de huisvesting: de gebouwen dateren uit de 70-er jaren en daarna.

Er is een aantal appartementen waar 1 cliënt woont, maar het merendeel woont in een huis waar ieder een eigen kamer heeft maar wel keuken en sanitaire voorzieningen men anderen deelt, variërend van twee personen tot 4 personen. De mensen konden zelf kiezen met wie ze samen wilden wonen. Zo'n wooneenheid krijgt in principe een eigen budget voor het dagelijks levensonderhoud. Mensen doen boodschappen in het dorp.

Er is een gesloten afdeling met mogelijkheden voor crisisopname van cliënten van het terrein die in crisis raken, en 'time-out' kamer. (sinds de hulpverleners meer op de afdeling zijn is het gebruik van de isoleercel drastisch verminderd). Daarnaast een halfgesloten afdeling.

Er start een pilot, waarbij een aantal meer persoonswooneenheden worden verbouwd tot eenpersoonsappartementen.

Wat betreft dagbesteding: een aantal cliënten neemt deel aan arbeidsprojecten (tuin-onderhoud) waarbij zij een vergoeding krijgen.

Voor de oudere cliënten gaat de dagactiviteiten naar de afdeling omdat veel mensen minder mobiel zijn.

Tot slot de is een bezoek gebracht aan de gesloten en halfgesloten afdeling en een eenpersoons en meerpersoons appartement.

Verlag bezoek GGz Eindhoven

We hebben gesproken met Bart 't Groen, Nick Craeghs, en Karin Bonewald.

Ook GGz Eindhoven heeft zorg over de langdurige zorg voor kwetsbare cliënten, voor wie het perspectief van herstel niet of nog niet aan de orde is en voor wie de asiel- of oasefunctie belangrijk is.

GGz Eindhoven heeft 4 afdeling voor langdurige zorg: twee gesloten afdelingen en twee open afdelingen. In totaal verblijven er 70 mensen op deze afdelingen.

De gesloten afdelingen kent twee eenheden:

- een afdeling met 12 cliënten (zorgzwaarte 7) en een team van 15 mensen, waarbij er steeds 3 op de afdeling zijn; elke cliënt heeft een eigen kamer met toilet en douche. Er is een gemeenschappelijke huiskamer, activiteitenruimte, tuin, snoezelkamer en separeer.
- een afdeling met 27 cliënten en een team van 13 mensen.

Wat betreft de open afdelingen: er zijn woningen met 7 mensen (eigen kamer, gemeenschappelijke toilet, douche keuken etc.); er wordt nieuwbouw uitgevoerd, waarbij de appartementen 36 m2 beslaan.

Voor dagactiviteiten:

- mensen gaan naar het dagactiviteitencentrum de Boei
- medewerkers van de Boei komen naar de afdeling (met name de afdelingen met oudere cliënten)
- jaarlijks is er vakantie in Luyksgestel
- er zijn mogelijkheden voor internet in de huiskamer.
- Programma op de kamer.

Er is een vergezel-project, waarbij een vrijwilliger als maatje optreedt voor een cliënt van de langdurige zorg. Er zijn echter weinig vrijwilligers.

Wat betreft MSS: in de wijken wonen kwetsbare burgers, voor wie een maatschappelijk steunsysteem wordt ontwikkeld. Doel is dat bij nieuwe cliënten er zoveel mogelijk wordt gestreefd naar behandeling en begeleiding in de thuissituatie en zo weinig mogelijk op te nemen in de langdurige zorg. Zo is er een ontmoetingsplek in een woonhuis in een wijk ontwikkeld voor cliënten, dat gerund wordt door de buurt met ervaringsdeskundigen.

Maar het dilemma is er dat er toch kwetsbare mensen zijn aangewezen op wonen op het terrein; als die mensen die op de langdurige zorg zijn aangewezen, op het terrein gehuisvest blijven, er een tekort ontstaat aan adequate huisvesting.

De vraag is of het maatschappelijk steunsysteem ook ontwikkeld kan worden voor de mensen die op het terrein van de GGz Eindhoven wonen: Veel mensen lopen doelloos over het terrein en worden niet geprikkeld op het niveau, waarop mensen normaal contacten onderhouden: aan de praat raken met anderen (presentiebenadering).

Gesprek met Karin Bonewald van CBB

Het CBB is elke dag open van 9.00 tot 12.00 uur voor inloop en advies. Er werken 6 betaalde ervaringsdeskundigen.

Er zijn verschillende projecten:

- Gastteam voor het hoofdgebouw
- Klusteam voor op en buiten het terrein
- Vrijwilliger bij de kapel
- Maatjesproject
- Dwang en drang
- Klaverblad: een bezinningshuis voor mensen met een doodswens (gaat in oktober weer open)
- Respijthuis: cliënt bepaalt zelf (met toestemming van de psychiater in het kader van DBC)
- Herstel

Crisiskaart (ervaringsdeskundige + vrijwilliger).

Bezoek aan GGNet in Warnsveld

We werden ontvangen door Ties van de Ven (ondersteuner Familieraad) en Bert Keijzer (teamleider De Mate).

Het ging over de langdurende zorg met verblijf en de rol en inbreng van de familie.

GG-net is zich ervan bewust dat de familie deel uitmaakt van het systeem/netwerk van de cliënt en besteedt aandacht aan de rol van de familie. Er is een familieraad, die ondersteund wordt.

De Mate is een afdeling, waarin volwassenen (20jaar tot 60/70 jaar) zijn opgenomen. Het is geen gesloten afdeling.

De insteek is om de cliënten als individuele mens met rechten en plichten te benaderen: in het behandelplan stellen cliënt en hulpverlener gezamenlijke doelen. De insteek is tevens gericht op rehabilitatie; niet probleemgericht maar ontwikkelingsgericht: 'het is de kunst de goede snaar bij mensen te raken'. De verandering in deze richting heeft de afgelopen jaren plaats gevonden en het gaat goed; 'de insteek is verandering van onderen af'.

Wat dat betreft worden er voorzieningen getroffen om mensen met de buitenwereld in contact te brengen zoals draadloos internet aansluiting op de afdeling (waren er hierbij eerst porno-filters, geleidelijk zijn die porno-filters verdwenen).

Er zijn huisregels en de mensen worden er wel aangehouden, maar meer op basis van overleg en gesprekken dan met sancties; 'je moet wel duidelijk zijn.' Er wonen mensen met dubbele diagnostiek: hard-drugs zijn verboden; soft-drugs en drank ook maar het gebruik ervan leidt tot gesprekken en bijstellen van de gezamenlijke doelen. ('wegsturen is geen optie, want dan moet je geen mensen met drankprobleem opnemen').

Separeren past niet in deze benadering en er is geen separeerruimte meer in het gebouw van De Maten; separeren komt nauwelijks meer voor, en als het nodig is, wordt een ambulance gebeld die de betrokkene vervoert naar de separeerruimte elders op het terrein.

Verder zijn er 'gastvrouwen' (betaalde krachten) op de afdeling aanwezig, die een ondersteunende rol vervullen naar de bewoners.

Bij de cliëntbespreking wordt de familie uitgenodigd, als de cliënt het daarmee eens is.

De staf staat open voor contacten met de familie; er is een folder opgesteld 'richtlijn en checklist over omgang met familie en andere belanghebbenden van de cliënten van de Mate', bestemd voor de medewerkers van de Mate en voor de familie. Hierin staat bijvoorbeeld het overzicht van de tijden waarop de staf bereikbaar is, en wat de familie en medewerkers van elkaar kunnen verwachten.

Bijzonder is dat de Mate een leer/werkafdeling is. De afgelopen jaren hebben er 10 stagiaires een 30-weeken stage gelopen. In het begin was er wel weerstand bij de staf, maar geleidelijk aan is dit omgeslagen in een positieve waardering: stagiaires brengen vaak jeugdig enthousiasme mee en frisse ideeën. Een aantal heeft na afloop van hun opleiding gesolliciteerd en er zijn er vijf aangesteld.

Na het gesprek bezochten we de afdeling de Mate en een bungalow, waar 4 cliënten in twee paren sinds twee weken woonden. Zij verbleven al 25 jaar bij GGNet, en hadden daarvan al 12 jaar een relatie met elkaar. Dit is geen uitzondering; op alle GGZ verblijfsterreinen komen dergelijke langdurende relaties voor. Maar wij hadden nog nooit gehoord dat een GGZ instelling dan ook het initiatief neemt om deze paren eigen, aparte huisvesting te geven. Het onderhouden van een (sexuele) relatie is volgens mij eigenlijk nergens bij een GGZ instelling goed, menswaardig geregeld. Voor mensen die daar jaren wonen eigenlijk onbegrijpelijk.

Een bezoek aan afdeling ouderenpsychiatrie van GGz Drenthe in Assen.

Op donderdag 10 juni bezochten we de afdeling Vlint van GGz Drenthe in Assen. We werden ontvangen door Andre Visser, als verpleegkundig specialist verbonden aan het project 'Functioneringsgerichte rehabilitatie van ouderen met chronisch psychiatrische beperkingen' en aan het Centrum voor Consultatie en Expertise.

De Vlint is een 'besloten' afdeling voor ouderen die naast psychiatrische behandeling en begeleiding ook lichamelijke verpleging en verzorging nodig hebben. De meeste patiënten verblijven voor langere

tijd in De Vlint. Er is plaats aan 36 patiënten verdeeld over drie groepen.

Er zijn een- en tweepersoonskamers. Elke groep heeft een eigen huiskamer. Verder is er een ruimte voor dagactiviteiten en een rustruimte. In de ruime hal hangt een bord met namen en foto's van de hulpverleners.

Samen met de Wieken (54 plaatsen voor ouderen met chronische psychiatrie) vormt De Vlint de Cluster Ouderen. Dit cluster maakt onderdeel uit van de divisie Noord van GGz Drenthe, die verder de clusters 'psychosen' en 'wonen' kent.

Andre Visser gaf een presentatie over 'functioneringsgericht rehabilitatie'.

Enkele punten daaruit:

- Waarom een visie? Iedereen doet maar wat, waarbij de zorg al of niet is gebaseerd op ingeslopen overtuigingen zoals "handen op de rug". Met een visie maak je bewust wat onbewust al aanwezig is.
- FGR gaat over het creëren van situaties waarin een bewoner de kans krijgt om dat te doen waar hij zich goed bij voelt. Functioneren geeft het gevoel de moeite waard te zijn.
- De theorie: constructionele gedragsanalyse: je zoekt positieve stimuli op en stopt negatieve stimuli of gaat ze uit de weg.
- Er zijn verschillende manieren om de cliënten te benaderen
 - Trekpaardstrategie
 - Sleptouwmethode (bijv. de geur van koken in de keuken trekt mensen aan die soms dan bereid zijn mee te doen)
 - (Weer) kennis maken met het onbekende
 - Huis en haard
- Doorwerking in systematisch handelen: aandacht voor de levensgeschiedenis, bejegening van cliënten (alles in de U-vorm of vragen: hoe wordt u het liefst tegemoet getreden? U of jij?) en actualiteit (hoe brengt u de dag door?)
- D Competenties
 - In staat om door probleemgedrag heen te kijken

- Mensen op sleeptouw kunnen nemen, buiten de gebaande paden treden
 - FGR combineren met dagelijkse werkzaamheden
 - Inleven
 - Bondgenoot kunnen zijn
 - Begrenzen, maar zonder iemand te laten “afgaan”. Ook cliënten hebben grenzen; je kunt iemand toch uit bed halen zonder hem/haar af te laten gaan.
- Implementatievoorwaarden: succes en valkuilen
 - Gedragen door management: opdracht
 - Gevoelde behoefte om iets met beleving en functioneren te doen
 - Behandelplannen en besprekingen aanpassen
 - Constructie: training, training on the job
 - FGR en zorgzwaarte
 - Naast elkaar?
 - Probleemgericht: uitleg naar patiënt en familie
 - Besef dat door het richten op wensen veel problemen vanzelf verdwijnen.

Kortom; de cliënt als mens beschouwen die een levensgeschiedenis heeft, die wensen heeft in de tegenwoordige tijd. Duidelijk uitleggen waarom iets niet kan en toch aangeven dat hij/zij er mag zijn. Mensen in hun waarde laten.

Gesprek met Wubbien Wesselink, hoofdbehandelaar Psychiatrie & Somatiek, (Zon en Schild, Symforagroep)

Psychiatrie en Somatiek is een programma voor patiënten met ernstige somatische klachten in combinatie met psychiatrische problematiek. Er wordt zowel klinische als ambulante behandeling geboden. Het programma is dienstverlenend naar de andere behandelprogramma's en biedt somatische zorg op de afdelingen. Bij ernstige somatische klachten kunnen patiënten uit andere behandelprogramma's tijdelijk verpleegd worden op de ziekenzaal van Berkenrode. Er is een intensief klinisch aanbod voor patiënten met een combinatie van ernstige somatische en ernstige psychiatrische klachten die leiden tot gedragsstoornissen. Ten slotte biedt het programma palliatieve terminale zorg, ook aan patiënten die niet in hun eigen woning of afdeling kunnen sterven.

Op het terrein van Zon en Schild vindt intensieve klinische zorg plaats in Berkenrode A (20 plaatsen) en Berkenrode B (17 plaatsen), en op Eikenstate C tenslotte nog 24 plaatsen.

Op Berkenrode gaat het voornamelijk om oude patiënten, die meestal gedurende hun hele leven psychiatrisch patiënt zijn geweest, en soms ook wel 50 of 60 jaar op dit terrein hebben gewoond. Vaak gaat het om patiënten met schizofrenie, die naast hun psychiatrische ziekte ook somatische klachten en ziektes hebben ontwikkeld.. Als je al zo lang ziek, en zo oud bent, moet je er vooral op inzetten hen een zo prettig en aangenaam mogelijk leven te bezorgen, en daarnaast hen een uitstekende verzorging en behandeling te bieden op lichamelijk gebied, is de overtuiging van Wubbien Wesselink.

Wubbien ontwikkelde voor deze groep een klinisch behandelprogramma voor een zo comfortabel mogelijk leven, ondanks handicaps en beperkingen. Zij draagt, als verpleegkundig specialist, uit dat juist verpleegkundigen met hun expertise het verschil kunnen maken bij de kwaliteit van zorg en daarmee de kwaliteit van leven voor deze kwetsbare groep patiënten. De kwaliteit van de verpleegkundige ligt in de behandeling van de patiënt die niet kan genezen, en die behandeling nodig heeft om zijn leven op de rails te houden.. Verpleegkundigen zijn verantwoordelijk dat deze zorg op een verantwoord niveau geboden wordt.

Op de Dag van de Verpleging, 12 mei, won Wubbien de Innovatieprijs 2010 met haar project Nurse Driven Behandelprogramma, voor de geboden kwaliteit van zorg en de grote verpleegkundige inbreng.

Eén van de uitgangspunten van het programma is: Bedenk verwenmomenten, daar genieten ze van. Ze leven op, en worden soms wat spraakzamer. Er komen plotseling weer wat korte zinnnetjes en opmerkingen. Eén van de succesnummers zijn de wekelijkse massages, die zij krijgen. Een verpleegkundige is daar enkele jaren geleden in haar vrije uren mee begonnen. Nu is het een vast onderdeel geworden van de afdeling dagbesteding. Woensdags komt Trudy, en daar kijken de bewoners naar uit! Ze zitten in een kringetje, de voeten in bakjes warm water, en Trudy masseert om beurten handen en voeten met een lekker geurtje massage olie. En dan komen kleine gesprekjes, soms alleen maar enkele woorden, los.

Zijn de patiënten van Berkenrode zowel geestelijk als lichamelijk meestal 'ver heen', de patiënten van Eikenstate C hebben een andere ziektegeschiedenis. Zij zijn pas op latere leeftijd psychiatrisch ziek geworden, hebben dus een veel langer 'normaal' leven achter de rug, en daarom zijn zij meestal nog levendig en is ook hun geheugen en andere functies nog niet zozeer aangetast. Op deze afdeling is het dan ook beter mogelijk om te overleggen wat de patiënt zelf zou willen, en om wat groeps activiteiten aan te bieden.

Slechts een week na het verkrijgen van de Verpleegkundige Innovatieprijs, op 20 mei, werd aan een ander, zeer bijzonder project de Anne Reynvaanprijs toegekend aan het verpleegkundig behandelteam van Berkenrode. Dat was het project: Stervensbegeleiding voor de psychiatrische patiënt.

Dit project heeft op Zon en Schild al een lange voorgeschiedenis, sinds geestelijk verzorger, Geeske Hofstra, al in 2001 het probleem van de palliatieve terminale zorg voor psychiatrische patiënten aan de orde heeft gesteld. Voor psychiatrische patiënten die erg ziek zijn en waarschijnlijk niet lang meer zullen leven is er soms geen plek om rustig dood te gaan. De afdeling is daar vaak niet op ingesteld. Tijd, gelegenheid, kennis, en adequate behandeling om dit stervensproces te begeleiden ontbreekt soms, ondanks goede bedoelingen en inzet van het team. Er is een werkgroep opgericht, en uiteindelijk kwam het besluit dat er een hospice zou komen.

In de loop van dit afgelopen jaar zijn daartoe de eerste kamers ingericht op Berkenrode. Rustige eenpersoons kamers, met daarbij plek voor bezoekende familieleden. Het verpleegkundig team zorgt voor rust, verzorging, behandeling. Verder wordt erg veel ingezet om het netwerk te herstellen voor zover dat verloren is gegaan. Familieleden worden opgespoord, en dit leidt vaak tot veel wederzijdse dankbaarheid.

Van het geld dat met de beide prijzen verworven is, heeft men besloten een voorlichtingsfilm te laten maken over stervensbegeleiding, o.a. voor andere instellingen. Een cineast is gevonden, en deze heeft vanaf september het stervensproces gevolgd van een terminale patiënte. Alle momenten zijn in beeld gebracht: Met verpleging, met familie, met de pastor (uiteraard na ieders toestemming). Het is een integer product geworden, dat vanaf begin december vertoond gaat worden.

Het project zal langzamerhand in de loop der komende jaren uitgebreid worden. Voor 2 jaar kon een projectleider aangesteld worden. Daarna moet het werk opgenomen zijn in het totale werk. Inmiddels is het de bedoeling dat er meer kamers beschikbaar komen, aanvankelijk alleen voor patiënten van Zon en Schild. Maar er zijn al meer contacten met andere groeperingen in de stad. Ook voor dak- en thuislozen wordt gezocht naar een dergelijke plek voor terminale zorg. En de uiteindelijke bedoeling is dat er een volwaardig hospice voor langdurige chronisch psychiatrische (O) GGZ patiënten op het terrein van de instelling komt.

Ook nu de extramuralisering van chronisch langdurige patiënten steeds meer toeneemt, zal er een moment aanbreken dat ook zij een rustige plek nodig hebben om dood te gaan, en vaak zal die er niet zijn in een (groeps) woning. Zolang het reguliere hospice hen niet opneemt, is het goed dat er dan een plek voor hen is waar ze wel welkom zijn. Wubbien en haar collega's en medewerkers zullen daar naar blijven streven.

Werkbezoek aan Duurzaam Verblijf Beilen

We werden heel vriendelijk en gastvrij ontvangen. Koffie en een lunch stonden klaar!

De presentatie en de rondleiding werd verzorgd door Tido Bos, Manager Algemene Zaken.

Duurzaam Verblijf Beilen is een onderdeel van GGZ Drenthe en Verslavingszorg Noord Nederland. Het bestaat uit 2 afdelingen: De Heuve; dit is de opname kliniek. Er verblijven 20 personen. De andere afdeling is de woonkliniek aan de Klateringerweg, voor 80 personen. Beiden zijn gesloten settings. De Klateringerweg maakt de indruk van een kleurig dorpje met

een opvallende architectuur, waarbij veel rood gebruikt is. Muren en hekwerk zijn zoveel mogelijk weggewerkt en aan het oog onttrokken. Over dit 'healing environment' project is een apart factsheet beschikbaar.

De opgenomen bewoners zijn afkomstig uit Amsterdam en Rotterdam., vnl. Surimaners en Antillianen.

Kenmerk van de doelgroep: Langdurig verslaafd. Ernstig psychiatrisch ziek (vnl schizofrenie). Ook vaak somatisch in slechte conditie. Dak- en thuisloos.. Nauwlijks nog een netwerk. Hebben zich onttrokken aan allerlei vormen van hulpverlening. Zijn vaak met drugs begonnen omdat dat bleek te helpen bij 'stemmen horen'. Zorgwekkende zorgmijders. Gemiddelde leeftijd 45 jaar.65 mannen, 15 vrouwen.

De gevolgen van middelengebruik zijn groot:

Depressie's; suïcide's; risicovol gedrag mbt vuile naalden en onbeschermd sex; steeds financiële problemen; instabiele woonsituatie; agressie en geweld, veroorzaakt dor craving.

Veel conflicten en grote druk op familie, die uiteindelijk meestal afhaakt

Degenen die hier opgenomen zijn hebben geen gewelds- of zedendelicten gepleegd. Het zijn 'kleine criminelen; Kleine diefstallen voor geld voor drugs. Veelvuldig met politie in aanraking, waarna vaak een ISD maatregel volgde (Insluiting Stelselmatige Dader). Om het niet tot een echt celstrafcircuit te laten komen, hebben deze mensen een RM gekregen voor meestal 2 jaar, met verblijfplaats Duurzaam Verblijf Beilen.

De doelstelling is: - Basiszorg geven (medisch:somatisch-psychiatrisch

- Instellen op medicatie (duurt meestal 2 jaar voordat enige stabilisatie en medicijn afstemming bereikt is)
- Woonzorg. Verbeterde kwaliteit van leven.

Het behandeldoel is per patient verschillend, gericht op cure, care, en soms palliatief..

Sommigen raken drugsvrij, sommigen krijgen methadon, en sommigen blijven proberen drugs te pakken te krijgen tijdens het boodschappen doen in het dorp. Dat dat gebeurt, wordt geaccepteerd. "Drugsvrij"zul je het Duurzaam Verblijf niet krijgen.

Waar steeds erg op ingezet wordt is: **Motivatie!** Voortdurend wordt de individuele bewoner benaderd, aangesproken. Al heeft ieder een prachtig eigen huisje: Eenzaam in het huisje blijven zitten/liggen is er niet bij. Steeds wordt nagegaan hoe het zit met het individuele dagprogramma. En ook wordt er van alles georganiseerd. Wanneer iemand niet verschijnt, gaat iemand poolshoogte nemen.

Maatschappelijk werk maakt veel werk van het opsporen van nog aanwezige familieleden. Groot succes: Op 9 oktober wordt de eerste Familiedag gehouden..

Elke ochtend wordt begonnen met een stafbespreking, Daartoe wordt een digibord gebruikt, waarop alle namen vermeld staan. Verder een signaleringssysteem: Wit = stabiel;Blauw= aandacht. Rood= alert. Alle medewerkers worden extra intern getraind. Ze moeten heel veelzijdig geschoold zijn, en over veel vaardigheden beschikken

Het allerbelangrijkste om agressie uitbarstingen te voorkomen, is: **Duidelijkheid!** Steeds zorgen voor eenduidige afspraken. Omdat er erg ingezet wordt op ieders individuele behandelplan en benaderingswijze, kan ook bij agressie zeer genuanceerd opgetreden worden. Wanneer iemand weer kans heeft gezien te gebruiken, en dreigt te decompenseren, wordt er in eerste instantie niet verwezen naar de separeer. (Die is niet op het terrein, maar op de Heuve, de opnamekliniek). Eén van de huisjes is in gebruik als Comfort Room. Zonodig kan iemand een dag en een nacht doorbrengen in de rustruimte van De Heuve.

Waar men op in zet:

Vaardigheden aanleren op allerlei gebied. Er zijn allerlei prachtige werkplaatsen op het gebied van hout, metaal, creatief. Sportzaal en fitness ruimte.

Zelfbeeld versterken

Zelfstandig kunnen functioneren in een begeleide omgeving (zelf kunnen kopen, wassen. Maaltijden kunnen in het restaurant gebruikt worden, of opgewarmd worden in de eigen magnetron, of zelf gekocht en klaargemaakt worden. Huisjes bevatten ook een tv toestel,en een koffiezetapparaat. Op deze wijze worden de ADL vaardigheden weer aangeleerd en hersteld.

Als na 2 jaar de RM door de rechter niet verlengd wordt, moet er herhuisvesting in Amsterdam of Rotterdam geregeld worden. De rechter verleent dan nog een verlenging van 3 maanden om deze zaken (door de gemeente/verwijzer) geregeld zijn.

Staatje:

Sinds de opening zijn er

115 cliënten opgenomen geweest.

4 zijn er overleden

3 zijn in detentie terecht gekomen

5 naar een FPK

10 terug naar de regio

1 naar de verstandelijk gehandicapten zorg

1 naar een verpleeghuis.

Mede ivm de financiering (Zorgzwaartepakket 7 +) moet de maximale bezetting van 100 cliënten wel gehandhaafd worden. Door zeer economisch beleid kan dit zeer luxe verblijf

financieel in stand worden gehouden. De extra kosten die de beveiliging (extra personeel) met zich meebrengen worden op een andere manier gefinancierd.

Wij kregen nog een interessante rondleiding langs alle sport ruimtes en werkplaatsen, alle faciliteiten, de winkel, het stiltecentrum, het gezellige restaurantje, de prachtige zaal, waar allerlei bijeenkomsten voor alle bewoners plaats vinden. En bovendien bezochten we enkele huizen types. Prachtig, met woon gedeelte, slaapgedeelte, keukentje, ruime douche/wc ruimte. Helemaal gebouwd volgens 'rolstoel' e.d. normen. Fleurig geschilderd, naar eigen smaak ingericht. Kortom: Een heel bijzonder bezoek!

Kort verslagje van recent bezoek aan BAVO zorgboerderij Tiengemeten

Uitgebreider bezoek dit voorjaar

Het eiland Tiengemeten is eigendom van Natuurmonumenten. Echte boeren wonen en werken er niet meer. De zorgboerderij wordt gehuurd van een Woningbouwcorporatie. Zorg komt van de BAVO. Het gaat om een 24 uren beschermde woonvorm.

Momenteel zijn er 27 bewoners, allen hier gekomen na een kortere of langere opname periode op BAVO. Men zit hier vrijwillig; het moet een bewuste keuze zijn. Velen zijn vastgelopen, en willen hier een nieuwe start maken.(24 mannen-3 vrouwen). Geen verslaving (meer).

De boerderij is voor een groot deel self supporting. Dit houdt in, dat iedereen, op zijn/haar niveau, mee moet werken in de diverse werkprojecten. Er is 2 hectare bouwgrond, waarop alle benodigde groenten verbouwd worden. Op de foto is de verwerking te zien van: Rode kool, spruitjes, mais, prei.

Heel belangrijk is ook de kookploeg. Hierin kan iedereen meewerken. Een vrouw zei: Elke dag alleen al anderhalf uur aardappels schillen(een gamel vol). Ook het meehelpen in de keuken bij de kok is zeer geliefd.

Verder is er de fietsenwerkplaats. 75 fietsen worden onderhouden voor verhuur aan toeristen 's zomers. Ook is er houtbewerking. In een winkeltje onder eigen beheer worden nestkastjes verkocht, maar ook zelfgemaakte houten tuinmeubelen, en groente.

Het is een monumentale boerderij! Er zijn, in 3 woonlagen, 30 appartementjes in gerealiseerd. Bewoners zijn hier zeer tevreden over.

De leidinggevende ploeg is zeer divers: Vanuit BAVO verpleegkundigen die zich hier echt toe aangetrokken voelen, groepsleiders en werkmeesters vanuit hun bepaalde vaardigheden en opleidingen. Er is een beheerdersechtpaar; de man werkt bij Natuurmonumenten, de vrouw werkt mee op de boerderij. De meesten reizen elke dag op en neer. Het beheerdersechtpaar woont in kleinere woning voor de boerderij. Er is 's nachts een wakende nachtdienst.

Cliënten die hier komen knappen zienderoge op! Medicijngebruik(slaapmedicatie m.n.) vermindert in de loop der maanden. Ze mogen net zo lang blijven als ze willen. Ze kunnen zelfstandig de wal op, bv. om kleren te kopen. Maar toch ook hebben velen daar geen behoefte aan, en blijven altijd op het terrein. De psychiater komt een maal per 6 weken. Familieleden en naastbetrokkenen die op bezoek willen komen, zijn altijd welkom!