

UTOPIA

Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie

C. de Heer-Wunderink

A.D. Caro-Nienhuis

S. Sytema

D. Wiersma



UTOPIA

Uitgave in de RGOc-reeks, nummer 16

UTOPIA

Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van
de RIBW Alliantie

C. de Heer-Wunderink
A.D. Caro-Nienhuis
S. Sytema
D. Wiersma

RGOc

Groningen, 2007

UTOPIA

Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de RIBW Alliantie door:

Rijksuniversiteit Groningen
Rob Giel Onderzoek*centrum* (RGO*c*)

ISBN 978-90-367-3106-5
NUR 875 (Psychiatrie)

Omslag en basisontwerp: Extra Bold, Groningen
Druk- en bindwerk: Grafische Industrie de Marne, Leens

Het Rob Giel Onderzoek*centrum* is een samenwerkingsverband tussen Lentis, de Stichtingen GGZ Friesland en GGZ Drenthe en het Universitair Centrum Psychiatrie van het Universitair Medisch Centrum Groningen

Inhoud

Voorwoord **9**

- 1 De wereld van de woonzorg **11**
 - 1.1 Van instituut naar samenleving 11
 - 1.2 De RIBW als schakel in de keten 14
 - 1.2.1 De RIBW en de zorg 15
 - 1.2.2 De RIBW en de GGz 15
 - 1.2.3 De RIBW in de maatschappij 17
 - 1.2.4 De RIBW en onderzoek 18

- 2 Het inventarisatieonderzoek **19**
 - 2.1 Inleiding 19
 - 2.1.1 Onderzoeksvragen 19
 - 2.1.2 Onderzoeksopzet 20
 - 2.2 Uitvoering van het onderzoek 21
 - 2.2.1 Een ronde langs de instellingen 21
 - 2.2.2 Administratieve gegevensverzameling 21

- 3 De participerende instellingen **25**
 - 3.1 Inleiding 25
 - 3.2 De RIBW als organisatie 25
 - 3.2.1 Bestuur en management 25
 - 3.2.2 Verzorgingsgebied 26
 - 3.3 De cliëntenzorg 29
 - 3.3.1 Organisatie 29
 - 3.3.2 Begeleidingsaanbod 33
 - 3.3.2.1 *Begeleid wonen of begeleid zelfstandig wonen?* 33
 - 3.3.2.2 *Begeleid wonen... en dan?* 35
 - 3.3.2.3 *Dagbesteding* 36
 - 3.3.2.4 *Werk en trajectbegeleiding* 38
 - 3.3.2.5 *Maatschappelijke opvang* 39
 - 3.3.3. Doelgroepen 40
 - 3.3.3.1 *Leeftijdgerelateerde doelgroep* 40

	3.3.3.2	<i>Autisme Spectrum Stoornis</i>	42	
	3.3.3.3	<i>Het syndroom van Korsakov</i>	43	
	3.3.3.4	<i>Dubbele diagnose en verslaving</i>	44	
	3.3.3.5	<i>TBS en forensische psychiatrie</i>	44	
	3.3.3.6	<i>Asielzoekers</i>	45	
	3.3.3.7	<i>Doven en slechthorenden en andere nieuwe doel- groepen</i>	45	
3.4		De RIBW in getallen	46	
	3.4.1	Beschermd wonen	46	
		3.4.1.1 <i>Kenmerken</i>	46	
		3.4.1.2 <i>Cliëntstromen</i>	49	
	3.4.2	Begeleid Zelfstandig Wonen	51	
3.5		Beschermd wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen nader bekeken	53	
3.6		Samenvatting	56	
4		De cliënten van de RIBW	59	
	4.1	Inleiding	59	
	4.2	Cliëntkenmerken	60	
		4.2.1 <i>Demografische kenmerken</i>	60	
		4.2.2 <i>Diagnose</i>	62	
		4.2.3 <i>GGz-carrière</i>	66	
		4.2.4 <i>Zorgzwaarte</i>	66	
	4.3	Cliëntenparticipatie	69	
		4.3.1 <i>Dagbesteding en werk</i>	69	
		4.3.2 <i>Inloop</i>	71	
	4.4	Samenvatting	72	
5		Samenvatting en verder onderzoek	75	
	5.1	Samenvatting	75	
		5.1.1 <i>De RIBW als organisatie</i>	75	
			5.1.1.1 <i>Doelstelling en visie</i>	75
			5.1.1.2 <i>Organisatie van begeleiding</i>	75
			5.1.1.3 <i>Capaciteitsontwikkeling: explosieve groei</i>	76
			5.1.1.4 <i>Ontwikkelingen in de zorg</i>	76
			5.1.1.5 <i>Woonwensen</i>	77

5.1.2	De cliënten van de RIBW	78
5.1.2.1	<i>Demografische kenmerken</i>	78
5.1.2.2	<i>Klinische kenmerken</i>	78
5.1.2.3	<i>Zorgzwaarte</i>	79
5.2	Verder onderzoek: de tweede fase van UTOPIA	80

Literatuurlijst	81
-----------------	-----------

Dankwoord	85
-----------	-----------

Bijlagen	87
----------	-----------

Bijlage 1	Codeboek UTOPIA	89
Bijlage 2	Overzicht Functiedifferentiatie	99
	Overzicht Organisatie begeleidende teams	100
	Overzicht Voorzieningen in eigen beheer	101
	Capaciteitsgroei RIBW's 2001/2006	102
Bijlage 3	Afkortingen en adressen	103

Voorwoord

De Vereniging RIBW Alliantie is een samenwerkingsverband van 22 RIBW-instellingen in Nederland. De RIBW's, Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen, bieden een beschermende woonomgeving en begeleiding aan mensen die langdurig psychisch gehandicapt zijn. Opname in een psychiatrische kliniek is voor hen niet (meer) noodzakelijk. De laatste jaren zijn de RIBW's zich in rap tempo aan het ontwikkelen, zowel in capaciteit als zorginhoudelijk. Onderzoek naar deze instellingen en de mensen die van hun begeleiding gebruik maken, is echter schaars. Om die reden heeft de Vereniging RIBW Alliantie in 2005 het Rob Giel Onderzoekcentrum (RGOc) in Groningen opdracht gegeven tot het uitvoeren van een longitudinaal onderzoek waarin alle RIBW's in Nederland participeren. Dit onderzoeksproject heeft de naam UTOPIA gekregen. UTOPIA staat voor 'Uit en Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de Vereniging RIBW Alliantie'. Het UTOPIA-project zal gedurende vijf jaar worden uitgevoerd.

UTOPIA is opgebouwd uit twee fasen: een eerste inventarisatiefase (die inmiddels is afgerond) en een tweede fase die gericht is op het onderzoeken van de *evidence* van de woonzorg. Het is voor het eerst dat deze instellingen, en de mensen die van hun begeleiding gebruik maken, op deze schaal participeren in een onderzoek.

Tijdens de eerste inventarisatiefase, die in maart 2006 van start is gegaan, zijn de RIBW-instellingen en hun cliëntenpopulatie in kaart gebracht. De resultaten hiervan zijn in dit rapport vastgelegd. Het geeft een uniek overzicht van de stand van zaken van zowel de RIBW als organisatie, als de cliëntenpopulatie die van de woonbegeleiding van de RIBW gebruik maakt. Het is als zodanig te gebruiken als een naslagwerk voor iedereen die met de RIBW te maken heeft, of meer over de RIBW en haar cliënten wil weten.

Wij hopen met dit onderzoek een positieve bijdrage te kunnen leveren aan de kwaliteit van de residentiële en ambulante Geestelijke Gezondheidszorg.

G.A.M. Zaat
Voorzitter Vereniging RIBW Alliantie

1 De wereld van de woonzorg

1.1 Van instituut naar samenleving

In de tweede helft van de twintigste eeuw zet in de psychiatrie wereldwijd een ontwikkeling in die leidt tot het herhuisvesten van chronische patiënten. In plaats van wonen op een instellingsterrein of een langdurige verblijfsafdeling van een psychiatrische kliniek worden mensen verhuisd naar woonvormen in de samenleving. Dit proces wordt extramuralisering of ook wel vermaatschappelijking genoemd.

In Nederland vindt deze ontwikkeling veel geleidelijker en in mindere mate plaats dan bijvoorbeeld in Italië, Engeland of Amerika waar men psychiatrische ziekenhuizen sluit. In de jaren '50 en '60 van de vorige eeuw ontstaan in Nederland verschillende woonvormen (Goeman & Van Zuthem, 2007). Er zijn GGz-instellingen die hun patiënten buiten het instellingsterrein willen huisvesten, maar er ontstaan ook woonvormen op particulier initiatief voor mensen die om wat voor reden dan ook niet zelfstandig kunnen wonen. Er is in deze periode echter nog geen sprake van overheidsbemoediging. Dat verandert begin jaren '80 met het uitbrengen van verschillende rapporten en adviezen ten aanzien van de ontwikkeling van beschermende woonvormen. Psychiatrische instellingen hebben bouwplannen ingediend voor het moderniseren van de ziekenhuizen en herhuisvesten van hun patiënten. Deze kostbare onderneming zet de overheid aan tot het onderzoeken van de mogelijkheden voor deze mensen bij de reeds bestaande woonvormen, buiten de psychiatrie. (Goeman & Van Zuthem, 2007).

Dit leidt in 1984 tot het regeringsstandpunt over beschermende woonvormen dat de komende jaren bepalend zal zijn voor het overheidsbeleid. In de Nieuwe Nota Geestelijke Volksgezondheid (1984) worden Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) genoemd als vervangende huisvesting voor langdurig opgenomen patiënten van het APZ. De groei van het aantal bedden in de RIBW, als gevolg van deze beleidsmaatregel, diende te worden gefinancierd met het terugdringen van het aantal bedden in psychiatrische klinieken en ziekenhuizen.

Verregaande veranderingen in de organisatie en structuur van de geestelijke gezondheidszorg blijven echter in deze jaren achterwege (Wiersma e.a., 2002). Zowel beleidsmatig als financieel zijn er drempels die het ontstaan van RIBW's in de jaren '80 doen stagneren. Wanneer in 1989 de verstrekking *hulp door of vanwege een RIBW* van kracht wordt, is dit een keerpunt en kunnen de RIBW's zich verder ontwikkelen (Goeman & Van Zuthem, 2007).

In 1993 zijn er in Nederland 40 zelfstandige RIBW's die niet geïntegreerd zijn met een GGz-instelling. Deze RIBW's hebben dan een totale capaciteit van 3900 plaatsen en er zijn plannen van de overheid deze capaciteit verder uit te breiden (Nota *Onder Anderen*, 1993). In Nederland worden er in 1999 fondsen die bestemd waren voor de realisatie van 2000 bedden in psychiatrische ziekenhuizen en PAAZ-afdelingen gebruikt voor het realiseren van extramurale zorg. Het aantal bedden in beschermende woonvormen en andere instellingen buiten de GGz neemt in deze periode eveneens significant toe (Wiersma e.a., 2002). Dit lijkt erop te wijzen dat de deïstitutionalisering in Nederland op gang is gekomen. In 1998 bestaat de capaciteit van de zelfstandige RIBW's uit 6080 erkende BW-plekken, die bezet worden door 5488 bewoners. 2321 cliënten ontvangen in dat jaar ambulante RIBW-begeleiding (*RIBW in cijfers 1998*, 1999).

Pijl e.a. (2005) concluderen in hun evaluatie van het extramuraliseringsbeleid van de Nederlandse overheid, dat dit geleid heeft tot gedeeltelijke vervanging van de klinische zorg, die vooral wordt gerealiseerd door de RIBW en intensieve ambulante begeleiding. Er is echter geen sprake van een sterke reductie van klinische voorzieningen. Extramuralisering van de GGz blijft hierdoor voorlopig een punt op de beleidsagenda.

Het ontwikkelingsproces van de RIBW's wordt in de jaren '90 niet alleen voortgezet op organisatorisch, beleidsmatig en financieel niveau, maar er komt ook aandacht voor zorginhoudelijke aspecten. In deze jaren ontwikkelt de RIBW zich tot een instelling, waar niet alleen (ex-)psychiatrische patiënten een woonplek vinden, maar waar ook mensen met autisme, doven en slechthorenden, jongeren met psychosociale en/of psychiatrische problemen en forensische cliënten terug te vinden zijn in de cliëntenpopulatie (Goeman & Van Zuthem, 2007). De RIBW's ontwikkelen een eigen

visie op de zorg voor mensen met psychiatrische problemen. Uit verschillende evaluatieonderzoeken van het extramuraliseringsbeleid is gebleken, dat patiënten alleen baat hebben bij dit beleid als er naast een meer zelfstandige woonsituatie ook mogelijkheden worden gecreëerd om de maatschappelijke integratie en het sociaal functioneren van mensen in de gemeenschap te optimaliseren (Wiersma e.a., 1989; Henkelman, 1994; Bogaards e.a. 2006). De RIBW profileert zich als 'bruggenbouwer' tussen de GGz en de maatschappij en probeert in die hoedanigheid een praktische uitwerking te geven aan dit proces van vermaatschappelijking.

De twee hoofdstromingen van de rehabilitatiebenadering, respectievelijk de Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) en het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH), beiden gebaseerd op de ideeën van Anthony e.a. (2002), zijn belangrijk voor het vormgeven van deze begeleiding binnen de RIBW. De IRB is een ontwikkelingsgerichte benadering. De doelstelling wordt door Stichting Rehabilitatie '92 als volgt verwoord: het gaat erom 'mensen met psychiatrische beperkingen te helpen beter te functioneren, zodat ze met succes (in de ogen van de omgeving) en naar tevredenheid (vanuit het uitgangspunt van de cliënt) kunnen wonen, werken en sociale contacten hebben, in de omgeving van hun keuze met zo min mogelijk professionele hulp' (Stichting Rehabilitatie '92 Rotterdam, 1998). Het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen is niet alleen gericht op het individu, maar ook op zijn omgeving (Wilken & Van Maurik, 2007). De nadruk ligt bij deze visie vooral op kwaliteit van leven, waarbij de kwaliteit van het sociale netwerk en het sociale milieu van de cliënt een belangrijke rol spelen. Voor beide stromingen geldt dat niet de stoornis van cliënten centraal staat, maar de persoon als geheel en zijn ontwikkelingsmogelijkheden. Naast ondersteuning van het persoonlijk herstel speelt bij rehabilitatie ook het 'maatschappelijk eerherstel' een belangrijke rol (Van Weeghel & Droes, 1999). Door deze aspecten centraal te stellen in de begeleiding van cliënten, onderscheidt de begeleiding van de RIBW zich van de psychiatrische behandeling in ziekenhuizen of inrichtingen. Deze aanpak heeft als voordeel dat er weinig behandeldruk bestaat tussen de begeleiders en hun cliënten, en dat men de aandacht vooral kan richten op zaken die te maken hebben met het dagelijkse leven, in het bijzonder met wonen. Een nadeel kan zijn, dat in de praktijk van alledag de medische begeleiding soms ondergesneeuwd raakt.

1.2 De RIBW als schakel in de keten

1.2.1 De RIBW en de zorg

Het aanbod van een RIBW is sterk afhankelijk van de ontstaansgeschiedenis, de regionale situatie en andere zorgaanbieders die in dezelfde regio opereren. Zo richt RIBW Mensana (Venlo) zich geheel op residentiële en ambulante woonzorg voor mensen met een AWBZ-indicatie. In haar verzorgingsgebied houden andere instellingen zich van oudsher bezig met maatschappelijke opvang, waardoor Mensana zich niet op dat terrein is gaan ontwikkelen. Zij werkt echter wel samen met deze instellingen als het gaat om het huisvesten van cliënten, die vanuit de maatschappelijke opvang op zoek zijn naar een woonplek met begeleiding. HVO-Querido, een RIBW gevestigd in Amsterdam en Diemen, heeft zich vanaf haar ontstaan in 2001 naast residentiële en ambulante woonbegeleiding ook met maatschappelijke opvang bezig gehouden. Deze RIBW is het resultaat van een fusie tussen Stichting HVO (Hulp Voor Onbehuisden) en de Queridostichting (een psychiatrische tussenvoorziening die in 1989 tot RIBW is getransformeerd). Stichting HVO (opgericht in 1904) richtte zich van oudsher op de opvang van dak- en thuislozen. HVO-Querido heeft ook werkvoorzieningen, dagbesteding en inloop in eigen beheer. Deze drievoudige uitbreiding van het zorgaanbod heeft ook ingang gevonden bij de RIBW Midden Brabant, Zwolle, Istia (Rotterdam), Rijnmond, PC Hooft (Amsterdam) en Kwintes (Zeist).

De keuze om dergelijke voorzieningen in de regio al dan niet zelf te beheeren hangt samen met het aanbod van andere zorgaanbieders, zoals de GGz of een organisatie voor werkvoorzieningen, en de mate waarin cliënten van de RIBW van die voorzieningen gebruik kunnen maken. RIBW Fonteyenburg (Zoetermeer) en RIBW Den Haag werken bijvoorbeeld samen met REAKT, een organisatie voor werk en dagbesteding waar hun cliënten terecht kunnen. Bij de RIBW Gooi & Vechtstreek kunnen cliënten deelnemen aan werkervarings- en scholingsprojecten voor (ex-)psychiatrische patiënten van WESPP. Alle RIBW's werken in verschillende mate samen met de regionale GGz-instellingen. Deze samenwerking kan inhouden dat GGz-cliënten makkelijk kunnen instromen vanuit de GGz naar de RIBW en dat RIBW-cliënten snel terecht kunnen in de GGz voor behandeling en crisisopvang, maar kan ook verdergaan. De SBWU werkt bijvoorbeeld samen met GGZ Altrecht aan het realiseren van een aanbod van werk en

dagbesteding. Enkele RIBW's zijn zelfs gefuseerd met een andere regionale zorgaanbieder, om een sterkere positie in de markt te verwerven. Deze ontwikkelingen komen verder aan de orde in § 1.2.2 en hoofdstuk twee van deze rapportage.

1.2.2 De RIBW en de GGz

De RIBW Alliantie, een samenwerkingsverband van alle zelfstandige RIBW's, is de opdrachtgever van dit longitudinale onderzoek en treedt in toenemende mate op als vertegenwoordiger van de RIBW's. De Alliantie is ontstaan vanuit een behoefte aan meer inhoudelijke aandacht voor de langdurige zorg van de niet geïntegreerde instellingen voor beschermd wonen. Bij de brancheorganisatie voor geïntegreerde instellingen, de GGZ Nederland, was daarvoor naar hun mening te weinig aandacht (Goeman & Van Zuthem, 2007).

De GGz en de RIBW hebben raakvlakken als het gaat om de woonzorg die ze leveren aan mensen met een langdurige psychiatrische ziekte. Met behulp van het Casusregister Noord-Nederland is voor de provincie Drenthe, waar zowel een zelfstandige RIBW als een GGz-organisatie woonzorg leveren aan mensen met een langdurige psychiatrische stoornis, op de peildatum 01-10-2005 vastgesteld hoeveel inwoners van de provincie wonen bij de GGZ Drenthe en hoeveel inwoners verblijven bij de RIBW Drenthe (Assen). Er wordt hierbij aangenomen dat iemand binnen de GGz woont, wanneer hij langer dan een jaar aaneengesloten verblijft in de psychiatrische kliniek. Aan deze criteria wordt voldaan door 308 mensen. Dit betekent dat zes op de 10.000 inwoners van deze provincie een langdurige verblijfplaats hebben in de GGZ Drenthe. Bij de RIBW Drenthe (Assen) wonen op de peildatum 307 inwoners van de provincie in een beschermende woonvorm, dit komt eveneens neer op zes op de 10.000 inwoners. De GGz en de RIBW hebben binnen de provincie Drenthe dus een even groot aandeel in de woonzorg aan chronische cliënten. (De hier genoemde verhoudingen tussen de GGz en de RIBW zijn slechts een indicatie voor de provincie Drenthe en zijn niet richtinggevend voor de andere RIBW's, die gesitueerd zijn in uiteenlopende regio's).

De populaties die binnen deze instellingen van de langdurige woonzorg gebruik maken, verschillen waarschijnlijk wel van elkaar op het gebied van symptomatologie. De cliënten van de GGZ Drenthe wonen over het algemeen in een meer klinische setting en een deel van hen zal vanwege de ernst van hun psychiatrische stoornis waarschijnlijk nooit in aanmerking komen voor een plaats bij de RIBW. Ondanks raakvlakken hebben de RIBW en de GGz mede hierdoor andere uitgangspunten bij het begeleiden van cliënten. De GGz is een behandelaar, de RIBW is dat beslist niet. RIBW-clieënten kunnen voor hun behandeling terecht bij de GGz. De RIBW ondersteunt cliënten bij het wonen en het dagelijkse leven. Het is een streven van de RIBW's om, door middel van het scheiden van de behandeling en het dagelijks leven, een brugfunctie te vervullen tussen de GGz en de maatschappij. Bij het verder uitbouwen van die rol speelt de RIBW Alliantie een belangrijke rol. Iedere twee jaar stelt de Alliantie bijvoorbeeld een trofee beschikbaar voor (samenwerkings)projecten die zich richten op participatie van cliënten aan het maatschappelijk leven. Door op strategisch niveau met elkaar samen te werken, kunnen de RIBW's de kwaliteit van hun dienstverlening verder ontwikkelen en standaardiseren. Dit onderzoek kan daar een bijdrage aan leveren.

Naast de onderlinge samenwerking van de RIBW's in de Alliantie is er steeds vaker sprake van fusie(plannen) van de RIBW met andere gezondheidszorginstellingen. Het voordeel van fusies voor de RIBW's die hiertoe besluiten, is een bredere positionering in de markt en kortere lijnen naar de fusiepartners die zorg leveren aan andere en verwante doelgroepen. Dit zou onder andere kunnen leiden tot een nieuw, meer geïntegreerd zorgaanbod. Nadeel kan zijn dat de identiteit van de RIBW als instelling voor woonzorg, en de inhoudelijke aandacht voor het wonen met begeleiding, op de achtergrond raken. Drie van de 21 RIBW's, te weten RIBW PC Hooft (Amsterdam), RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) en RIBW Istia (Rotterdam) waren ten tijde van de inventarisatie al aangesloten bij een andere zorgaanbieder in hun regio. In hoofdstuk drie komen deze fusies nog aan de orde. De meeste RIBW's proberen ondanks een fusie toch zoveel mogelijk hun eigen identiteit te behouden. Deelname aan de RIBW Alliantie is daar een goed voorbeeld van.

1.2.3 De RIBW in de maatschappij

De RIBW's profileren zich als bruggenbouwers tussen de GGz en de maatschappij. Hierboven is beschreven op welke manier ze met andere zorgaanbieders, waaronder de GGz, samenwerken om een passend zorgaanbod te realiseren. De brug naar de maatschappij is hiermee nog niet gebouwd. Vermaatschappelijking van mensen met langdurige psychiatrische problemen is alleen mogelijk als er ook draagvlak is in de samenleving. In 2004 concluderen Van Hoof e.a. dat er in Nederland daartoe verschillende initiatieven zijn ontplooid, maar dat een structurele aanpak nog ontbreekt. Wellicht kan de RIBW, vanwege haar positie tussen de GGz en de samenleving, hierbij een belangrijke rol spelen. Des te meer omdat maatschappelijke emancipatie een van de pijlers is van de rehabilitatievisie (Mos e.a., 2004) waar de RIBW's hun begeleiding op baseren.

De RIBW's werken tegenwoordig niet alleen samen met de GGz, maar ook steeds meer met de GGD, de verslavingszorg, het maatschappelijk werk en de maatschappelijke opvang. In deze context is ook de zogenaamde bemoeizorg bij de RIBW tot stand gekomen (Van de Lindt, 2006). Bemoeizorg houdt in dat de RIBW contact zoekt met, en hulp biedt aan mensen van wie anderen, bijvoorbeeld de sociale dienst, een woningcorporatie, de politie, burens of familie, aangeven dat er problemen zijn. Het is ongevraagde zorg voor mensen die ook wel benoemd worden als 'zorgwekkende zorgmijders'. Doel van dit soort interventies is verdere achteruitgang te voorkomen en ervoor te zorgen dat iemand zijn plek in de gemeenschap behoudt. De andere zorgaanbieders in de regio, woningcorporaties, maar ook gemeenten zijn hierbij belangrijke samenwerkingspartners (Van de Lindt, 2006). Gemeenten worden via de Wet op de Maatschappelijke Opvang (WMO) verantwoordelijk gehouden voor de opvang en zorg voor mensen in de onderste lagen van de samenleving. Financiering van bemoeizorg vindt dan ook in de meeste gevallen plaats via de WMO.

Een tweede recente ontwikkeling is de deelname aan 'woonzorgzones'. Een woonzorgzone is (een deel van) een wijk of dorp, waar de condities voor wonen met zorg geoptimaliseerd zijn. De intensiteit van de zorg binnen een dergelijke zone kan zelfs oplopen tot niet-planbare 24-uurszorg. Hierdoor kunnen mensen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen (bron: www.woonzorgzone.nl). Hoewel deze ontwikkelingen nog in de kinder-

schoenen staan, werkt bijvoorbeeld de RIBW Zaanstreek, Waterland & West Friesland samen met instellingen voor verpleging en verzorging in een dergelijke woonzorgzone. De dagbestedings- en werkmogelijkheden van de RIBW Arnhem & Veluwevallei zijn niet in eigen beheer, maar komen mede vanuit een woonzorgzone binnen het bereik van hun cliënten.

Ten derde is er een aantal RIBW's, te weten de SBWU (Utrecht), de RIBW Oost-Veluwe (Apeldoorn) en Kwintes (Zeist), die in toenemende mate aandacht besteden aan het herstelbegrip. De SBWU is bijvoorbeeld in dit kader in 1998 gestart met een project, waarbinnen een werkgroep van cliënten kennis heeft gemaakt met de inhoud van de begrippen herstel en rehabilitatie, en op grond hiervan een herstelprogramma voor alle SBWU-clieënten heeft ontwikkeld (Boevink e.a., 2003).

1.2.4 De RIBW en onderzoek

Binnen de verschillende RIBW's wordt er onderzoek gedaan naar de begeleiding die de RIBW levert en hoe dit door cliënten ervaren wordt (Van der Hijden e.a., 1998; Kolk e.a. 2005; Carsouw, 2005; Van Wijngaarden e.a., 2005). De GGz Thermometer, ontwikkeld door het Trimbos-instituut, wordt door iedere instelling gebruikt om de tevredenheid van de cliënten regelmatig te evalueren. Cliënten geven hun waardering over de verkregen informatie, de inspraak, de hulpverlener en het resultaat van de begeleiding. Uit de hierover gepubliceerde cijfers in jaarverslagen, blijkt dat de cliënten over het algemeen tevreden zijn met de begeleiding van de RIBW. Naast een cijfer voor de algehele waardering van de zorg, levert het tevredenheidsonderzoek op de specifieke begeleidingsgebieden verbeterpunten op voor de toekomst (Kwaliteitsjaarverslag 2004, RIBW Nijmegen & Rivierland; Jaarverslag 2005, Mensana Venlo; Jaarbericht 2005 Houvast, SBWU Utrecht). Het longitudinale onderzoek waarvan in dit rapport de eerste fase is beschreven, zal op grotere schaal onderzoek doen naar de RIBW populatie in Nederland en alle zelfstandige instellingen voor beschermd wonen die aan deze mensen begeleiding bieden. Hierbij zal het vaststellen van de *evidence* voor deze woonzorg, die vooralsnog tamelijk onbepaald is, een belangrijke plaats innemen. In het volgende hoofdstuk wordt de opzet van het onderzoek beschreven.

2 Het inventarisatieonderzoek

2.1. Inleiding

De zelfstandige RIBW's, verenigd onder de vlag van de Alliantie, begeleiden in totaal bijna 13.000 langdurig zorgafhankelijke cliënten (GGz in getallen, 2005). Zij vormen de doelpopulatie van dit onderzoek. In bijlage 3 van dit rapport wordt een overzicht gegeven van de namen en adressen van alle instellingen die in dit onderzoek participeren. Vanwege de lengte van sommige instellingsnamen is ervoor gekozen in de tabellen van dit rapport een andere aanduiding te gebruiken. Deze aanduiding is eveneens in bijlage 3 te vinden.

De RIBW is in de regel niet de enige zorgverlener voor haar cliënten. Een cliënt wordt in de regel ondersteund door een maatschappelijk steunsysteem (Van Weeghel & Droes, 1999; Beenackers & Swildens, 2002) dat hem of haar in staat moet stellen in de maatschappij te wonen en te functioneren. Dit systeem omvat alle ondersteunings- en rehabilitatiemogelijkheden die een cliënt nodig heeft om dit te bewerkstelligen. Naast de GGz en de RIBW kunnen tal van organisaties daarin een rol vervullen (familieorganisaties, zelfhulpgroepen, gemeentelijke organisaties als het maatschappelijk werk en de GGD, woningbouwcorporaties). De vraag is welke rol de RIBW in dit zorgnetwerk bij uitstek heeft of eventueel zou moeten verwerven. In Nederland ontbreekt grootschalig onderzoek naar de effectiviteit van de residentiële en ambulante woonzorg vanuit de RIBW. Na deze inventarisiestudie is het de bedoeling hier binnen UTOPIA nader onderzoek naar te doen. UTOPIA is een afkorting van: Uit en Thuis, Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie.

2.1.1 De onderzoeksvragen

Het onderzoek beoogt in deze eerste fase het inzicht in de woonzorg van RIBW's te vergroten door middel van de beantwoording van de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Hoe kan de RIBW als organisatie voor woonzorg worden beschreven en wat is haar rol in de keten?
2. Hoe ziet het zorgaanbod van de RIBW eruit?
3. Wat zijn de kenmerken van de doelpopulatie in termen van sociaal demografische kenmerken, psychiatrische diagnose, GGz-carrière, zorgzwaarte en participatie aan werk¹, dagbestedings- en inloopvoorzieningen?

2.1.2 *Onderzoeksopzet*

De onderzoeksopzet kan worden gekenschetst als een twee fasen onderzoek. In de eerste fase worden alle zelfstandige RIBW-voorzieningen en hun cliënten betrokken. Van deze voorzieningen worden de volgende gegevens geïnventariseerd: het personeelsbestand naar functie en discipline, productiegegevens (soort contacten) en het cliëntenbestand (naar leeftijd, geslacht en diagnose). Uit de administratieve systemen wordt informatie verzameld over instroom en uitstroom van cliënten. Hiermee wordt voor een deel aangesloten bij internationaal onderzoek in Ierland en Italië, wat het mogelijk maakt de Nederlandse woonzorg op dit gebied te kwalificeren. In deze fase wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de bestaande administratieve systemen van de instellingen, aangevuld met semigestructureerde interviews met de directie en/of het management van de instellingen. Dit deel van het onderzoek geeft een overzicht van de organisatie en het aanbod van voorzieningen. De RIBW's kunnen hierbij onderling worden vergeleken wat betreft cliëntenpopulatie en aanbod van voorzieningen (met mogelijk een aanzet tot benchmarking). De eerste fase levert, onder andere, op een peildatum (01-01-2006) de prevalentie van de in de zorg zijnde cliënten. Zo'n prevalentiebepaling dient regelmatig herhaald te worden teneinde een beeld te krijgen van de instroom en uitstroom van cliënten en de veranderingen in de totale omvang van de doelpopulatie.

In de tweede fase van dit onderzoek zal de *evidence* van de woonzorg van de RIBW worden onderzocht: welke interventies kunnen worden om-

¹ Met werk wordt in dit rapport bedoeld: iedere vorm van betaald, vrijwilligers- en beschermd werk.

schreven en hoe effectief is deze zorgverlening? Er zal eveneens in meer detail worden gekeken naar (on)vervulde zorgbehoeften, tevredenheid met geboden zorg en kwaliteit van leven van de RIBW-cliënt. In deze fase zal ook de rol van de familie en/of naastbetrokkenen en hun visie op de woonzorg van de RIBW worden onderzocht.

2.2 Uitvoering van het onderzoek

2.2.1 Een ronde langs de instellingen

In de eerste fase van UTOPIA heeft de dataverzameling tweeledig plaatsgevonden. Ten eerste zijn alle instellingen door het onderzoeksteam bezocht. Tijdens deze bezoeken heeft er een interview met de directie en/of stafleden van de RIBW plaatsgevonden en meestal ook een rondleiding langs een aantal woonvormen. Deze bezoeken zijn erg nuttig geweest om een beeld te krijgen van de praktische kant van de woonzorg. Iedereen kan zich een voorstelling maken van het wonen in een woonvorm, maar tijdens de rondleidingen bleek dat er zoveel variaties denkbaar zijn, dat het zien van deze verschillen een belangrijke aanvulling was op de algemene kennis en indrukken die bij de start van UTOPIA bij het onderzoeksteam aanwezig waren. Met behulp van het interview is veel informatie verzameld over de organisatie, het beleid en de (toekomst)visie van de RIBW. Het heeft tevens de regionale situatie waarin de RIBW's hun werk doen verduidelijkt. De RIBW's gaan bij het leveren van woonzorg uit van dezelfde uitgangspunten, de regionale situatie leidt echter tot verschillen in aanpak, die in hoofdstuk drie van dit rapport aan de orde komen. Dit onderdeel van de dataverzameling heeft enkele maanden in beslag genomen.

2.2.2 Administratieve gegevensverzameling

Ten tweede zijn er data verzameld uit de administratieve systemen van de instellingen. Tijdens de bezoeken aan de RIBW's hebben deze een zogenaamd codeboek ontvangen van het onderzoeksteam met daarin de benodigde onderzoeksgegevens, zowel van de RIBW als organisatie (bijvoorbeeld productie, capaciteit) als van de cliëntenpopulatie die op 01-01-2006 in zorg was (demografische gegevens, diagnose etc.). Dit codeboek (zie bijlage 1) is tot stand gekomen in overleg met de begeleidingscommissie van

het onderzoek. In eerste instantie werd er vanuit gegaan dat de gegevens in het codeboek door de RIBW's digitaal zouden kunnen worden verzameld en aangeleverd. Dat bleek echter niet geheel het geval te zijn. Deze data-verzameling heeft zodoende veel inspanning en tijd gekost, van zowel de RIBW's als het onderzoeksteam.

Meestal wordt door de RIBW's gebruik gemaakt van een gedigitaliseerd cliëntenregistratiesysteem, dat zich goed leent voor het invoeren van gegevens, maar minder of helemaal niet voor het uitdraaien van gegevensoverzichten, zoals die voor onderzoek noodzakelijk zijn. Bovendien bleken de RIBW's per instelling eigen registratieregels te hanteren (bijvoorbeeld m.b.t. het wel of niet invoeren van informatie als burgerlijke staat, diagnose of de woonsituatie voordat men bij de RIBW in begeleiding kwam), zodat de uiteindelijk verzamelde gegevens per RIBW inhoudelijk verschilden. Dit heeft de volgende gevolgen gehad voor het databestand dat de inventarisatiefase opleverde:

De instellingsgegevens zijn door iedere RIBW, met uitzondering van Eleos¹, geleverd. Eleos heeft in het beginstadium van het onderzoek besloten niet te participeren in de eerste fase van het onderzoek. Het leveren van de cliëntgegevens gaf wel problemen. Twee RIBW's hebben complete cliëntgegevens geleverd, te weten RIBW Den Haag en RIBW Fonteyenburg (Zoetermeer). De bestanden van RIBW Arnhem & Veluwevallei, RIBW Midden Brabant (Berkel Enschtot) en HVO-Querido (Amsterdam) zijn nagenoeg compleet. Opvallend is dat deze instellingen dit handmatig hebben bewerkstelligd. Dossiers zijn gelicht en verwerkt in de databestanden die het onderzoeksteam aangeleverd heeft gekregen. Vier RIBW's hebben geen cliëntgegevens geleverd, namelijk RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum), RIBW Nijmegen & Rivierenland, RIBW Istia (Rotterdam) en RIBW PC Hooft (Amsterdam). De overige RIBW's hebben databestanden aangeleverd waarin in ieder geval de belangrijkste informatie voor het grootste deel is opgenomen, zoals de diagnose en AWBZ-indicaties van cliënten.

Vanwege de moeizame gegevensverzameling heeft een aantal RIBW's, waaronder RIBW PC Hooft, ertoe besloten hun software aan te passen.

¹ Eleos is een met een GGz-instelling geïntegreerde RIBW, op gereformeerde grondslag. Woonvormen van deze RIBW bevinden zich niet in een bepaalde regio, maar liggen verspreid over Nederland.

Hierdoor wordt het mogelijk de gegevens bij de volgende meting wel digitaal te verzamelen. Dit zal naar alle waarschijnlijkheid veel tijdswinst opleveren. Na het ontvangen van de databestanden zijn ze gecontroleerd en verwerkt door het onderzoeksteam tot analysebestanden. Dit tijdrovende proces heeft enkele maanden in beslag genomen.

3 De participerende instellingen

3.1 Inleiding

De 21 deelnemende instellingen van de Alliantie zijn in 2006 bezocht door het onderzoeksteam. Tijdens een interview met het management en/of de staf is er informatie verzameld, gebaseerd op de volgende vragen:

- Hoe zijn de RIBW's georganiseerd?
- Wat is het begeleidingsaanbod van de RIBW?
- Wat is de inhoudelijke visie op begeleiding?
- Hoe wordt de begeleiding georganiseerd en in de praktijk gebracht?
- Welke rol speelt de RIBW in de regionale zorgketen?
- Wat is de toekomstvisie van de RIBW?
- Wat zijn belangrijke ontwikkelingen die een rol spelen bij het bepalen van toekomstig beleid?

De antwoorden op deze vragen scheppen een algemeen beeld van de RIBW en het werkveld van de woonzorg. Daarnaast zijn er gegevens verzameld, afkomstig uit de administratie van de RIBW's met betrekking tot o.a. de capaciteit, de productie, bezettingsgraad en het aantal FTE dat betrokken is bij directe cliëntenzorg, die een aanzet kunnen geven tot benchmarking. In dit hoofdstuk komen eerst de algemene kenmerken van de RIBW-instellingen aan de orde en worden ontwikkelingen besproken die voor alle RIBW's als zorgaanbieders van belang zijn en in het huidige beleid meespeelen. Vervolgens worden de RIBW's onderling op een aantal kenmerken vergeleken, om zoals gezegd een eerste aanzet te geven tot benchmarking.

3.2 De RIBW als organisatie

3.2.1 *Bestuur en Management*

Van de 21 RIBW's die zijn verenigd in de Alliantie zijn 18 instellingen geheel zelfstandige zorgaanbieders. Een horizontale managementstructuur is een gemeenschappelijk streven van deze instellingen, om de communicatielijnen binnen de instelling kort te houden. Aan het hoofd staan een Raad van Toezicht en een Raad van Bestuur of een directeur/bestuurder, met daaronder een managementlaag die ingedeeld is naar regio's of zorgsoorten.

Zo heeft RIBW Fonteynenburg (Zoetermeer) twee regiomanagers, die 'verantwoordelijk zijn voor zowel de ontwikkeling als de sturing van het aanbod, elk in een deel van het werkgebied' (Jaarverslag RIBW Fonteynenburg 1999-2003). De SBWU in Utrecht heeft juist twee divisie managers, een voor de divisie GGz en een voor de divisie OGGz. Onder deze managementlaag is vaak nog een laag teamleiders of locatiehoofden, die zich specifiek bezighouden met de organisatie en het aansturen van de begeleidende teams.

Drie van de 21 RIBW's, t.w. RIBW PC Hooft (Amsterdam), RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) en RIBW Istia (Rotterdam) hebben zich aangesloten bij een andere zorgaanbieder in hun regio. Dit heeft gevolgen voor hun managementstructuur. De Raad van Toezicht en de Raad van Bestuur van deze instellingen zijn overkoepelende organen van de fusieorganisatie waar ze onderdeel van zijn. RIBW PC Hooft is een resultaatverantwoordelijke eenheid van de Stichting Cordaan. Deze stichting is het resultaat van de fusie tussen de voormalige Verenigde Amstelhuysen (waar de RIBW deel van uitmaakte) en een instelling voor verstandelijk gehandicaptenzorg. Door deze fusie is een organisatie ontstaan waar een breed scala mensen terecht kan voor begeleiding en woonzorg. Hiermee hoopt RIBW PC Hooft haar positie in de markt te versterken. In regio Rotterdam is RIBW Istia gefuseerd met de GGZ Groep Europoort, die vervolgens gefuseerd is met de BAVO RNO Groep tot BAVO Europoort. Deze instelling is onderverdeeld in verschillende divisies, waarvan het aanbod van RIBW Istia valt onder de divisie Regionale Keten zorg. RIBW Gooi & Vechtstreek is onderdeel van de Thuiszorg Gooi & Vechtstreek en verzorgt als zodanig het begeleid wonen en de maatschappelijke opvang.

3.2.2 Verzorgingsgebied

Alle RIBW's hebben een afgebakend verzorgingsgebied, bestaande uit één of meerdere gemeenten of zelfs een hele provincie, waar de locaties van een RIBW gevestigd zijn. Vaak zijn ook de cliënten die van de RIBW-begeleiding gebruik maken afkomstig uit dit gebied. In tabel 1 is per RIBW de grootte en het inwonertal van het verzorgingsgebied weergegeven. De gemiddelde bevolkingsdichtheid in het verzorgingsgebied van alle 21 RIBW's samen, is 522 inwoners per km². De RIBW Drenthe (Assen) heeft

met gemiddeld 180 inwoners per km² het meest dunbevolkte verzorgingsgebied. Het verzorgingsgebied van Kwintes (Zeist) heeft met gemiddeld 320 inwoners per km² eveneens een relatief lage bevolkingsdichtheid. Deze laatste RIBW heeft wel de grootste cliëntengroep, verspreid over het - qua oppervlak - grootste verzorgingsgebied. Naast een aantal dichtbevolkte kernen, zoals Zeist, Amersfoort en Gouda, bestaat haar verzorgingsgebied uit de dunbevolkte provincie Flevoland. Een dergelijk verzorgingsgebied, dat bestaat uit een combinatie van zowel één of meerdere stedelijke kernen als (veelal omliggende) meer dunbevolkte gebieden, zien we bij meer RIBW's, zoals RIBW Nijmegen & Rivierenland, RIBW Midden Brabant (Berkel Enschot) en RIBW Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden (Haarlem). RIBW's die voornamelijk opereren in (groot-)stedelijke gebieden hebben een zeer dichtbevolkt verzorgingsgebied. Voorbeelden hiervan zijn HVO-Querido in Amsterdam en RIBW Den Haag. De RIBW die de kroon spant wat betreft het totaal aantal inwoners in het verzorgingsgebied is RIBW Rijnmond (Rotterdam) met 1.227.427 inwoners.

Naast grootte en inwoneraantal van het verzorgingsgebied is in tabel 1 eveneens per RIBW weergegeven hoeveel BW-plaatsen en BZW-cliënten er per 10.000 inwoners in het verzorgingsgebied zijn. Binnen het totale verzorgingsgebied van de 21 RIBW's zijn per 10.000 inwoners gemiddeld 6,0 BW-plekken beschikbaar en zijn gemiddeld 7,3 inwoners BZW-cliënt bij een RIBW.

Uit de tabel wordt duidelijk dat de BW-capaciteit of het aantal BZW-cliënten per RIBW niet evenredig stijgt of daalt met de bevolkingsdichtheid van het verzorgingsgebied. De RIBW Oost Veluwe (Apeldoorn) heeft bijvoorbeeld in een verhoudingsgewijs dunbevolkt verzorgingsgebied (320 inwoners per km²) relatief veel BW-plekken, namelijk 10,9 per 10.000 inwoners. RIBW PC Hooft (Amsterdam) heeft daarentegen 2,3 BW-plekken per 10.000 inwoners in een dichtbevolkt verzorgingsgebied (3291 inwoners per km²). Voor het begeleid zelfstandig wonen heeft deze RIBW ook het laagste aantal cliënten in verhouding tot het aantal inwoners in het verzorgingsgebied, namelijk één per 10.000 inwoners. Kwintes (Zeist) en RIBW Arnhem & Veluwevallei hebben verhoudingsgewijs de meeste BZW-cliënten in hun verzorgingsgebied: respectievelijk 13,7 en 13,2 per 10.000 inwoners, terwijl de bevolkingsdichtheid in de verzorgingsgebieden van

Tabel 1: Verzorgingsgebied RIBW's

Naam RIBW ¹ :	Capaciteit BW	Aantal BZW-cliënten	Aantal inwoners verzorgingsgebied ²	Oppervlakte verz.gebied (km ²)	Aantal inwoners /km ²	Aantal BW-plekken /10.000 inwoners	Aantal BZW-cliënten /10.000 inwoners
Kwintes - Zeist	563	1294	947819	2959	320	5,9	13,7
Rijnmond - Rotterdam	488	534	1227427 ³	1291	951	4	4,4
HVO-Querido - Amsterdam	428	180	766913 ⁴	233	3291	5,8	2,4
KAM - Haarlem	361	234	512581	401	1278	7	4,6
Den Haag	354	349	475627	98	4853	7,4	7,4
Drenthe - Assen	325	342	484481	2680	180	6,7	7,1
SBWU - Utrecht	314	468	454631	327	1390	6,9	10,3
AVV - Arnhem	283	647	489615	839	584	5,8	13,2
Oost Veluwe - Apeldoorn	254	216	233936	710	329	10,9	9,2
Mid.Brabant - Berkel Enschoot	248	193	425998	618	689	5,8	4,5
Twente - Hengelo	245	212	343876	1504	228	7,1	6,2
H & M - Maastricht	229	185	348265	425	819	6,6	5,3
Mensana - Venlo	226	211	512775	1499	342	4,4	4,1
Zwolle	182	376	355621	1664	214	5,2	10,6
Nijmegen & Rivierenland	177	434	418129	717	583	4,2	10,4
PC Hooft - Amsterdam	172	74	766913	233	3291	2,3	1
Istia - Rotterdam	166	215	639112 ⁵	1039	615	2,6	3,7
Gooi & Vechtstreek - Bussum	150	62	244030	271	900	6,2	2,5
ZWWF - Purmerend	147	274	513601	1113	461	2,9	5,3
St. Woonbegeleiding - Delft	133	196	313031	220	1423	4,2	6,3
Fonteyenburg - Zoetermeer	103	101	261904	150	1746	3,9	3,9
Totaal ⁶	5548	6797	9253505	17742	522	6,0	7,3

¹ De namen van de RIBW'en zijn gerangschikt naar grootte van de BW-populatie

² Bron: CBS Statline

³ Het verzorgingsgebied van Rijnmond Rotterdam en GGZ Groep Europoort Istia Rotterdam overlapt elkaar gedeeltelijk

⁴ Het verzorgingsgebied van HVO Querido en PC Hooft is hetzelfde (gemeente Amsterdam/Diemen)

⁵ Uitgaande van het inwonertal in het verzorgingsgebied in 2004 + 0,59% bevolkingsgroei (=gemiddelde bevolkingsgroei West-Nederland. Bron: CBS Statline)

⁶ Het aantal inwoners en de oppervlakte van Amsterdam/Diemen en de overlap van de verzorgingsgebieden van Rijnmond en Istia zijn bij het totaal slechts één keer geteld

beide RIBW's benedengemiddeld is (respectievelijk 320 en 584 inwoners per km²). De verklaring voor de verschillende verhoudingen per RIBW tussen de bevolkingsdichtheid van het verzorgingsgebied en de BW-capaciteit of het aantal BZW-cliënten moet waarschijnlijk gezocht worden binnen andere regionale factoren. Ten eerste kan het aantal en het aanbod van andere zorginstellingen, die zich richten op dezelfde doelgroep, regionaal sterk verschillen. Zo worden bijvoorbeeld Amsterdam en Rotterdam allebei niet alleen bediend door twee RIBW's (respectievelijk RIBW PC Hooft en HVO-Querido en RIBW Rijnmond en GGZ Groep Europoort Istia), maar is er in deze steden ook sprake van veel andere zorginstellingen die zich richten op verwante doelgroepen, zoals het Leger des Heils, GGZ-instellingen en instellingen voor verslavingszorg. Ten tweede hebben de RIBW's voor het realiseren van BW-capaciteit tevens te maken met de druk op de woningmarkt. In dichtbevolkte gebieden zullen instellingen het moeilijker hebben met het vinden van geschikte woonruimte voor hun cliënten. Ten slotte is de absolute oppervlakte van het verzorgingsgebied nog van invloed: een dunbevolkt, maar zeer uitgestrekt verzorgingsgebied kan voor het ontwikkelen van capaciteit gunstig zijn, omdat er in absolute zin veel mensen wonen. De spreiding van cliënten over een groot gebied kan nadelen hebben, bijvoorbeeld in de vorm van lange reistijden van begeleiders, maar daar staat echter tegenover dat ook de concurrerende instellingen verspreid zijn. Bovendien is het begeleid zelfstandig wonen niet aan een locatie gebonden, waardoor het mogelijk is om cliënten verspreid over een groot gebied van begeleiding te voorzien. Bij Kwintes (Zeist) kan dit bijvoorbeeld mede hebben geleid tot het hoge aantal BZW-cliënten.

3.3 De cliëntenzorg

3.3.1 Organisatie

De RIBW biedt twee vormen van woonbegeleiding: residentiële begeleiding, dat wil zeggen het wonen in een beschermende woonvorm (ook wel BW genoemd), en ambulante begeleiding aan huis, ook wel begeleid zelfstandig wonen (of BZW) genoemd. Verderop in dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de inhoudelijke aspecten van deze begeleidingsvormen. Hier komt de organisatie van deze begeleiding aan de orde.

Het beschermd wonen wordt in alle RIBW's op vergelijkbare wijze in de praktijk gebracht, met kleine verschillen, afhankelijk van de begeleidingsvisie en de organisatiestructuur van de cliëntenzorg. Cliënten worden begeleid vanuit een visie gericht op rehabilitatie en herstel, met een daarbij behorende methodiek en een persoonlijk begeleidingsplan voor iedere cliënt. 13 RIBW's (zie bijlage 2, tabel 1 voor een overzicht) passen functiedifferentiatie toe in de begeleiding van cliënten. Dit betekent dat verschillende disciplines betrokken zijn bij de begeleiding, en in de begeleiding een andere rol of taak vervullen. De globale, maximale functie-indeling staat schematisch weergegeven in tabel 2. Deze functies kunnen in de verschillende instellingen anders benoemd worden. Het vereiste opleidingsniveau en de bijbehorende taken corresponderen echter, over de instellingen heen, over het algemeen goed met elkaar.

Tabel 2: Maximale functiedifferentiatie begeleidend personeel

Functie	Vereiste opleidingsniveau	Taken
Persoonlijk begeleider/ woonzorgcoördinator	HBO	Regietaken, maken en evalueren begeleidingsplan
Begeleider/ woonzorgmedewerker	MBO	Uitvoering begeleidingsplan
Slaapwacht	MBO	Nachtdiensten op locatie
Assistent-begeleider/ begeleidingsmedewerker	LBO	Ondersteuning van begeleider bij uitvoering begeleidingsplan
Huishoudelijk medewerker/-ondersteuner	LBO	Huishoudelijke ondersteuning

De persoonlijk begeleider, of woonzorgcoördinator, heeft een HBO-opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, Maatschappelijk Werk & Dienstverlening of HBO-Verpleegkunde gevolgd en is verantwoordelijk voor de regietaken van de begeleiding. Dat betekent dat deze begeleider samen met de cliënten in zijn/haar caseload het begeleidingsplan en de bijbehorende doelen opstelt. In het taakgebied van de persoonlijk begeleider vallen ook contacten met het netwerk van de cliënt.

De doelen die worden gesteld in het begeleidingsplan vereisen actie van de cliënt, waarbij er in mindere of meerdere mate praktische ondersteuning nodig is van de RIBW. Hierbij speelt de begeleider, die MBO is opgeleid en

vooral taken heeft op het gebied van het uitvoeren van het begeleidingsplan, een belangrijke rol. Heeft een cliënt bijvoorbeeld een doel gesteld op het gebied van dagbesteding, dan helpt de begeleider bij praktische zaken zoals het tot stand brengen van het contact met de dagbesteding. Het zelf regelen van de financiële administratie kan ook een doel zijn van een cliënt. De begeleider kan de cliënt in zo'n geval leren hoe dit soort papieren moeten worden ingevuld en bewaard. Verder rapporteert de begeleider over de dagelijkse gang van zaken naar de persoonlijk begeleider, zodat deze de benodigde informatie krijgt voor het evalueren van het begeleidingsplan. Behaalde doelen kunnen dan worden vervangen voor nieuwe uitdagingen.

De begeleider kan als dat nodig is een beroep doen op de assistent-begeleider, om enkele taken over te nemen. Het gaat dan vooral om begeleiding gericht op dagelijkse vaardigheden, zoals het doen van boodschappen of het schoonhouden van de leefruimte. Een cliënt die het moeilijk vindt zijn eigen kamer opgeruimd te houden, kan hierbij worden geholpen totdat hij het zelf kan doen. Het komt ook voor dat cliënten het lastig vinden overzicht te houden tijdens het doen van boodschappen. De assistent-begeleider kan dit aan cliënten leren. De huishoudelijk medewerker kan cliënten ten slotte ondersteunen en stimuleren in huishoudelijke vaardigheden en waar nodig huishoudelijke taken van cliënten overnemen. Iedere RIBW heeft wel een aantal woonvormen waar een huishoudelijk medewerker de gemeenschappelijke ruimten verzorgt, zodat deze altijd schoon zijn.

Achttien RIBW's hebben een slaapwacht in dienst. Dit is een medewerker die op een locatie met 24-uurszorg slaapt en gedurende de nacht beschikbaar is voor cliënten die hulp nodig hebben, bijvoorbeeld omdat ze gevallen zijn of omdat er andere calamiteiten gebeuren. Vaak zijn 24-uursvoorzieningen woonvormen voor doelgroepen met een speciale of intensievere zorgbehoefte. Verderop in dit hoofdstuk wordt beschreven welke bijzondere doelgroepen deel uitmaken van de RIBW-populatie.

Negen RIBW's maken in de beschermende woonvormen geen of in mindere mate gebruik van functiedifferentiatie voor het begeleidend personeel. De begeleiders vervullen in deze instellingen zowel de regietaken van een persoonlijk begeleider, als de uitvoerende taken van een begeleider. Het

minimale opleidingsniveau voor dit bredere takenpakket is MBO-niveau. Huishoudelijke taken als schoonmaken worden wel uitbesteed aan huishoudelijk medewerkers.

In het begeleid zelfstandig wonen is meestal geen sprake van functiedifferentiatie. BZW-cliënten hebben in de meeste gevallen een persoonlijk begeleider, die de gehele ambulante begeleiding vanuit de RIBW voor zijn rekening neemt. Deze heeft minimaal een MBO-opleiding. Zes RIBW-instellingen, te weten RIBW Oost Veluwe (Apeldoorn), RIBW Drenthe (Assen), Stichting Woonbegeleiding Delft, RIBW Twente (Hengelo), Kwintes (Zeist) en RIBW Fonteyenburg (Zoetermeer), vragen een HBO-opleidingsniveau voor deze functie.

De begeleidende teams worden door de RIBW's op twee manieren georganiseerd. De BW- en BZW-cliënten worden ofwel door aparte teams ofwel door geïntegreerde teams begeleid. In bijlage 2, tabel 2 staat aangegeven welke van de twee teamvormen per RIBW wordt toegepast. In de meeste gevallen wordt per RIBW voor alle teams voor dezelfde begeleidingsvorm gekozen. Negen RIBW's maken gebruik van volledig geïntegreerde BW- en BZW-teams. Dit wordt voor een groot deel gemotiveerd vanuit de regionale situatie. Geïntegreerde teams kunnen in een bepaalde regio bijvoorbeeld een logistiek voordeel opleveren voor begeleiders. Het kan veel reistijd schelen als men vanuit een BW eveneens de omliggende BZW-cliënten bezoekt. Voor de cliënten wordt als belangrijkste voordeel van deze begeleidingsvorm, continuïteit van zorg genoemd. Cliënten die de overstap maken van de BW naar BZW of andersom kunnen bij dezelfde persoonlijk begeleider in zorg blijven.

Binnen de RIBW is in 2005 echter weinig sprake van doorstroom. Gemiddeld gaat het om elf cliënten die per RIBW doorstromen van de BW naar de BZW of een andere BW, en negen cliënten die doorstromen van de BZW naar de BW. Acht RIBW's hebben gescheiden begeleidingsteams. RIBW Heuvelland & Maasvallei (Maastricht) en RIBW Rijnmond (Rotterdam) hadden voorheen geïntegreerde teams, maar hebben de teams nu gescheiden. Bij Kwintes (Zeist) worden de nu geïntegreerde teams in de toekomst gescheiden. Als argument voor deze verschuivingen in de organisatie van de cliëntenzorg wordt onder andere genoemd dat er binnen BW- en

BZW-zorg sprake is van een andere dynamiek en dat het combineren van deze zorgtypen voor begeleiders praktisch lastig kan zijn. Vier RIBW's, te weten RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum), RIBW Nijmegen & Rivierland, HVO-Querido (Amsterdam) en RIBW Istia (Rotterdam) hebben zowel gescheiden als geïntegreerde teams. Voor de eerste drie RIBW's geldt dat de keuze voor geïntegreerde of gescheiden teams afhankelijk is van de plaatselijke situatie waarin het betreffende team werkt. Bij RIBW Istia is gekozen voor een geïntegreerd team voor de begeleiding van doven en slechthorenden, zodat zowel BW- als BZW-cliënten kunnen worden begeleid door medewerkers die opgeleid zijn om te werken met deze doelgroep.

Iedere RIBW heeft zijn eigen motieven voor het kiezen van één van de twee begeleidingsvormen. Het is onbekend of één van beide leidt tot effectievere en/of meer efficiënte cliëntenzorg. Resultaten verkregen via *evidence based* onderzoek kunnen hier wellicht meer duidelijkheid over verschaffen en kunnen de RIBW's handvatten bieden bij het maken van een keuze, die zowel voor de RIBW als organisatie als voor de RIBW-cliënt de meest optimale begeleidingssituatie oplevert.

3.3.2 Het begeleidingsaanbod

3.3.2.1 Beschermd wonen of begeleid zelfstandig wonen?

Om in aanmerking te komen voor het wonen in een BW heeft iemand een AWBZ-indicatie voor verblijf nodig. Deze indicatie kan worden aangevraagd bij het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ). Het aanvragen van een indicatie kan een ingewikkeld proces zijn. Om die reden heeft een aantal RIBW's zogenaamde voordeurteams, die mensen helpen met hun aanvraag. Als de indicatie door het CIZ eenmaal is afgegeven, heeft de persoon recht op een plek in een woonvorm. Woonvormen kunnen onderling verschillen in het aantal mensen dat er woont, de ondersteuning die wordt geboden en de begeleidingsintensiteit. De begeleidingsbehoefte van de cliënt en de woonvorm waar iemand wordt geplaatst, moeten dus goed op elkaar worden afgestemd. De begeleidingsbehoefte van een cliënt wordt tijdens de indicatiestelling geïnventariseerd en vastgesteld. Naast behoefte aan een beschermde woonomgeving is er bij deze cliënten vaak sprake van andere zorgbehoeften. Deze benodigde aanvullende ondersteuning wordt even-

eens verstrekt op basis van een AWBZ-indicatie. De twee belangrijkste aanvullende indicaties voor RIBW-cliënten zijn ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding. Ondersteunende begeleiding omvat ondersteuning bij dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen, het huishouden doen en koken etc. Activerende begeleiding is bedoeld voor het leren omgaan met de gevolgen van een psychiatrische stoornis en het vinden van dagbesteding, werk of bijvoorbeeld een opleiding.

Afhankelijk van de begeleidingsbehoefte per indicatie wordt er een indeling gemaakt in zogenaamde klassen, die aangeven hoe intensief de begeleidingsbehoefte per indicatie is. Dat kan uiteenlopen van een aantal uren per maand tot een aantal dagdelen per week. In hoofdstuk 4, tabel 13 van dit rapport wordt hiervan een overzicht gegeven. De RIBW kan op basis van de indicaties en de bijbehorende klassen, iemand een woonplek aanbieden in een geschikte woonvorm met mensen met gelijksoortige begeleidingsbehoeften.

De meest gangbare BW is een eengezinswoning in de wijk, waar 3 à 4 mensen met elkaar een huishouden runnen. Ieder heeft een eigen kamer, maar de keuken en de huiskamer worden gedeeld. Afhankelijk van de begeleidingsintensiteit wordt in meerdere of mindere mate met behulp van de begeleiding het huishouden en de boodschappen gedaan, gekookt en gegeten. De meeste woonvormen hanteren huisregels en kennen ook een vast moment om het wonen met elkaar te evalueren en afspraken te maken, het bewonersoverleg. Naast deze 'standaard' BW, bestaan er verschillende alternatieven, zowel met betrekking tot de woonvorm zelf als de begeleiding die aanwezig is. Er zijn beschermende woonvormen in de vorm van een appartement of een flat voor één of twee personen, maar ook grootschaliger woonvormen waar zes of meer mensen bij elkaar wonen. Deze laatste manier van beschermd wonen verdwijnt echter steeds meer, terwijl de kleinschalige en individuele voorzieningen toenemen. Er zijn woonvormen waar de begeleiding 24 uur per dag aanwezig is, vaak zijn dit woonvormen voor bijzondere doelgroepen, zoals jongeren of mensen met Korsakov, en er zijn ook woonvormen waar de begeleiding alleen op vaste momenten van de dag langskomt en/of telefonisch oproepbaar is. Binnen de residentiële woonzorg zijn dus allerlei gradaties mogelijk. Naast verschillende woonvormen en variaties in begeleidingsintensiteit bestaan er ook veel

verschillen tussen de mensen die van de woonzorg gebruik maken. Verderop in dit hoofdstuk wordt daarom aandacht besteed aan een aantal bijzondere doelgroepen binnen de RIBW-populatie.

Mensen die het moeilijk vinden hun eigen huishouden te runnen, maar die wel zelfstandig kunnen wonen, kunnen in aanmerking komen voor ambulante begeleiding. Voor deze begeleidingvorm is geen verblijfsindicatie, maar wel een indicatie ondersteunende of activerende begeleiding nodig. Ook hier zijn, net als bij het beschermd wonen, allerlei gradaties mogelijk. De begeleidingsintensiteit kan variëren van dagelijkse begeleiding aan huis, tot af en toe telefonisch contact en een huisbezoek. Mensen die al zelfstandig wonen, kunnen in hun eigen huis begeleiding krijgen van de RIBW. Het voordeel is dat iemand dan in zijn eigen omgeving kan blijven. Dat kan echter ook een nadeel zijn en in dat geval kan iemand via de RIBW elders een zelfstandige woonplek krijgen. Het komt bijvoorbeeld ook voor dat jongeren die bij hun ouders wonen, BZW-begeleiding krijgen in het ouderlijk huis. Wanneer ze uit huis gaan, kunnen ze overstappen naar een (zelfstandige) woonvorm van de RIBW.

3.3.2.2 Begeleid wonen... en dan?

Het realiseren van een stabiele woonomgeving waarin iemand zich prettig voelt en de ruimte krijgt om te ontspannen is de eerste prioriteit van de RIBW. Maar hoe gaat het verder als iemand dat heeft bereikt? De RIBW's richten zich op de rehabilitatie van mensen die niet zelfstandig kunnen wonen. Vaak gaat woonproblematiek gepaard met problemen op andere levensgebieden. Werk en dagbesteding behoren bijvoorbeeld tot de meest geuite zorgbehoeften van mensen met een langdurige psychiatrische stoornis (Van Busschbach & Wiersma, 1999; Wiersma & Van Busschbach, 2001). Voor deze levensgebieden dient dus een belangrijke plaats te worden weggelegd in de begeleiding. Het rehabilitatieproces dat een cliënt doorloopt moet al deze aspecten omvatten. Alle RIBW's maken gebruik van rehabilitatie en een daarbij passend gestandaardiseerd begeleidingsplan. In dit plan worden de rehabilitatiedoelen van de cliënt vastgelegd. De begeleider van de RIBW gaat vervolgens met de cliënt werken aan realisatie van de doelen. De RIBW is voor de cliënt de belangrijkste partner op het gebied van wonen. Het spreekt vanzelf dat het werken aan een woondoel vooral in samenspraak gaat met de begeleider van de RIBW.

Wanneer het gaat om werk, een opleiding of dagbesteding wordt dat minder vanzelfsprekend. Voor het realiseren van doelen op deze levensgebieden is meer nodig. Cliënten zijn hiervoor in meerdere mate afhankelijk van de maatschappij en hun kansen om in die maatschappij te integreren. Die kansen vallen in de praktijk tegen. Het volgen van een opleiding kan lastig zijn, omdat men er al een tijd uit is geweest of men moeite heeft met concentratie. De prestatiedruk, die wordt ervaren in een reguliere baan, kan een enorme stressfactor zijn en een drempel om weer op de werkvloer aan de slag te gaan.

Op sociaal gebied hebben cliënten van de RIBW meestal ook het een en ander meegemaakt, van spanningen in de familie tot sociaal onacceptabel gedrag in het openbaar, waar men zich achteraf voor schaamt. De onzekerheid die hierdoor ontstaat, kan tot gevolg hebben dat mensen zich liever afzijdig houden van sociale situaties of deze zoveel mogelijk vermijden. Het stellen en realiseren van doelen op deze levensgebieden is mede om deze redenen geen gemakkelijke opgave. In de volgende paragrafen wordt besproken hoe de RIBW dit voor haar doelgroep probeert te vergemakkelijken, in haar rol als bruggenbouwer tussen haar cliënten en de maatschappij.

3.3.2.3 Dagbesteding

Differentiatie van de woonzorg van de RIBW heeft niet alleen plaatsgevonden op het niveau van de cliëntenpopulatie. Het aantal voorzieningen dat de RIBW in eigen beheer heeft op het gebied van werk, dagbesteding en maatschappelijke opvang is eveneens toegenomen (zie tabel 3 en bijlage 2, tabel 3 voor een totaaloverzicht). Dagbesteding en werkvoorzieningen zijn, geheel in lijn met de rehabilitatievisie, belangrijke pijlers geworden binnen het begeleidingsaanbod.

Onder het begrip dagbesteding vallen allerlei activiteiten. Wanneer cliënten dagbestedingsactiviteiten ondernemen binnen de RIBW, vinden deze meestal plaats binnen een zogenaamd dagactiviteitencentrum, kortweg DAC. Elf RIBW's hebben DAC's in eigen beheer. Daar kunnen cliënten cursussen volgen, creatief bezig zijn, of deelnemen aan arbeidsmatige activiteiten, bijvoorbeeld de catering van het centrum. Er zijn soms aanvullende diensten in het DAC aanwezig, zoals een informatieservice voor cliën-

ten of hulp met administratie en papierwerk. Naast het activiteitenaanbod heeft het DAC een sociale functie: mensen kunnen inlopen en elkaar ontmoeten, even koffiedrinken, en dat allemaal heel laagdrempelig. Het idee achter een DAC is dat het een uitvalsbasis moet vormen voor het vinden van dagbesteding of werk buiten de RIBW. De cliënten van de RIBW krijgen in een DAC de kans zich (beter) te leren handhaven in sociale situaties en vaardigheden op te doen die hieraan kunnen bijdragen.

Tabel 3: Voorzieningen in eigen beheer

Naam RIBW	Dagbesteding/DAC	Werkvoorziening	Trajectbegeleiding	MO
Kwintes - Zeist	Ja	Ja	Ja	Ja
Rijnmond - Rotterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
HVO-Querido - Amsterdam	Ja	Ja	Ja	Ja
KAM - Haarlem	Ja	Nee	Nee	Nee
Den Haag	Nee	Nee	Nee	Ja
Drenthe - Assen	Ja	Ja	Nee	Ja
Midden Brabant - Berkel Enschtot	Ja	Ja	Ja	Nee
Zwolle	Ja	Ja	Ja	Ja
Nijmegen & Rivierenland	Ja	Nee	Ja	Nee
PC Hooft - Amsterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
Istia - Rotterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
ZWWF - Purmerend	Ja	Nee	Nee	Nee
Gooi & Vechtstreek - Bussum	Nee	Nee	Ja	Ja
St. Woonbegeleiding Delft	Nee	Nee	Nee	Ja
Totaal	11	8	9	7

Of het DAC in de praktijk daadwerkelijk bijdraagt aan meer maatschappelijke participatie van de RIBW-cliënt is vooralsnog onduidelijk. Uit onderzoek van Van Hoof e.a. in 2000, naar bezoekers van dagactiviteitencentra in de gehele GGz, blijkt dat de meerderheid van de bezoekers van mening was dat de DAC's zich meer zouden moeten opstellen als 'brug naar maatschappelijke participatie'. Van Hoof e.a. pleitten dan ook voor een meer outreachende opstelling van het DAC ter bevordering van de maatschappelijke participatie van de DAC-bezoeker.

3.3.2.4 *Werk en trajectbegeleiding*

Dagbesteding vinden buiten de RIBW is voor veel cliënten al behoorlijk lastig. Het vinden en krijgen van passend werk¹ is een nog grotere uitdaging. Het niveau van arbeidsparticipatie van mensen met psychiatrische problemen is derhalve laag (Michon & Van Weeghel, 1999). Dit is des te meer te betreuren omdat arbeidsparticipatie van mensen met een psychiatrische achtergrond, door het Ministerie van VWS als een wezenlijk onderdeel van de vermaatschappelijking van deze doelgroep wordt gezien (Beleidsbrief GGz, 1998). Michon & Van Weeghel (1999) vermoeden dat een tekort aan kennis, methodieken en hulpmiddelen om de arbeidsmogelijkheden van deze groep goed in te schatten, een van de achterliggende oorzaken is. Om een goede inschatting van de arbeidsmogelijkheden mogelijk te maken noemen zij, als model voor een inhoudelijk raamwerk dat dit moet verbeteren, de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Aangezien de rehabilitatievisie een belangrijk uitgangspunt is in de RIBW-begeleiding is hier wellicht een rol weggelegd voor de werkprojecten van de RIBW.

Acht RIBW's hebben werkprojecten in eigen beheer met een uiteenlopend aanbod. Een aantal RIBW's, zoals RIBW Drenthe (Assen) en Istia (Rotterdam), heeft een klussendienst waar cliënten een beroep op kunnen doen. Cliënten kunnen daar een aantal dagdelen in de week werken en anderen helpen met allerlei karweien, zoals verhuizen. Er zijn ook RIBW's met werkprojecten voor cliënten met 'groene vingers'. De RIBW Nijmegen & Rivierenland heeft een zorghotel, waar cliënten werken. In dit zorghotel kunnen zowel RIBW-clieënten als andere mensen terecht.

Wanneer een cliënt aan begeleid werk wil deelnemen, wordt er net als in een gewone baan een aantal eisen gesteld. Er is bijvoorbeeld een minimum aantal dagdelen waarvoor een cliënt zich kan inschrijven en deelname is niet vrijblijvend. Hij kan op deze manier wennen aan de vereisten en de verantwoordelijkheid, die het hebben van werk met zich meebrengen. Een duidelijk verschil met regulier werk is, dat binnen een werkvoorziening mensen hun eigen tempo kunnen aanhouden. De prestatiedruk, die vaak een hoge drempel vormt voor participatie op de werkvloer, is hierdoor een

¹ Met werk wordt in dit rapport bedoeld: iedere vorm van betaald, vrijwilligers- en beschermd of beschermd werk.

stuk minder. Een andere manier van de RIBW om de maatschappelijke kansen op werk voor cliënten te vergroten, is het aanbieden van trajectbegeleiding. De meeste RIBW's geven aan trajectbegeleiding te bieden als onderdeel van de reguliere begeleiding, maar negen RIBW's hebben aparte trajectbegeleiders in dienst (zie tabel 3). RIBW Istia (Rotterdam) en RIBW Rijnmond (Rotterdam) hebben bijvoorbeeld zogenaamde 'bureaus begeleid werken' waar cliënten terecht kunnen voor een werktoeleidingstraject. Hiertoe werkt de RIBW samen met uitkeringsinstanties en gemeenten, maar ook andere toeleidingsorganisaties. RIBW Rijnmond heeft bijvoorbeeld in samenwerking met een cateraar een cateringservice en restaurant opgezet, waar cliënten kunnen werken en kunnen worden opgeleid om uiteindelijk in een soortgelijk bedrijf aan het werk te gaan. RIBW Zwolle biedt trajectbegeleiding in een aparte divisie voor werk en dagbesteding, namelijk Part. Voorheen was Part een samenwerkingsverband met de GGz, maar per 1-1-2007 valt deze divisie geheel onder het bestuur van de RIBW Zwolle.

3.3.2.5 Maatschappelijke opvang

Eerder in dit rapport kwam al even aan de orde dat, naast dagbesteding en werk, een aantal RIBW's zich op het terrein van de maatschappelijke opvang begeeft. In de maatschappelijke opvang kunnen mensen terecht zonder AWBZ-indicatie, zoals dak- en thuislozen. De zorg voor deze mensen valt binnen het werkveld van de OGGz. Financiering van de OGGz vindt vanaf 2007 plaats via de Wet Maatschappelijke Opvang (WMO). De WMO legt de verantwoordelijkheid voor het aanbod van voorzieningen bij gemeenten. Dit betekent een uitbreiding van het takenpakket van de gemeente en schept wellicht meer mogelijkheden voor de gemeente om, in samenwerking met gezondheidszorginstellingen zoals de RIBW, een aanbod te creëren voor bijvoorbeeld 'zorgwekkende zorgmijders'. Het is niet ondenkbaar dat hiermee tevens een basis zou kunnen worden gelegd voor een maatschappelijk steunsysteem voor deze doelgroep. Volgens Van Weeghel & Droes (1999) is regionalisering van de dienstverlening voorwaardenscheppend voor het ontstaan van adequate maatschappelijke steunsystemen. Het aanbod voor deze doelgroep is bij de RIBW volop in ontwikkeling, regelmatig in samenwerking met gemeentelijke instanties. Het gaat zowel om nieuw residentieel aanbod als om ambulante begeleiding. Naast het oprichten van sociale pensions en de zogenaamde 'asocon-

tainers', worden er ook bemoeizorgteams gevormd die ambulante begeleiding bieden aan mensen die op de onderste treden van de woonladder bivakkeren. Deze mensen krijgen met behulp van de RIBW-begeleiding een tweede kans om hun probleemsituatie te boven te komen en weer een (aantal) trede(n) op de woonladder te stijgen. Vanwege het specifieke karakter van deze doelgroep en de aard van de opvang valt deze populatie echter buiten het verdere verloop van dit onderzoek.

3.3.3 Doelgroepen

De RIBW's hebben inmiddels een grote diversiteit aan cliënten. Het zijn niet alleen (ex-)psychiatrische patiënten die een plekje vinden in de RIBW, maar bijvoorbeeld ook mensen met ontwikkelingsstoornissen, een verslaving of psychosociale problematiek. Het begeleidingsaanbod van de RIBW is dienovereenkomstig divers. Binnen dit onderzoek worden acht bijzondere doelgroepen onderscheiden op basis van verschillende kenmerken. In tabel 4 is per onderscheiden doelgroep aangegeven bij welke RIBW ze deel uitmaken van de cliëntenpopulatie en of er binnen die RIBW aparte woonvoorzieningen of speciaal gereserveerde plaatsen (zogenaamde intern geoormerkte plaatsen) voor de doelgroep zijn. Ze worden achtereenvolgens besproken.

3.3.3.1 Leeftijdgerelateerde doelgroep (jongeren & ouderen)

De meest voorkomende doelgroep binnen de RIBW's is de leeftijdgerelateerde groep. Voor deze doelgroep zijn tevens de meeste aparte voorzieningen gerealiseerd. Het gaat om woonvormen die speciaal geschikt zijn voor de huisvesting van jongeren of ouderen. Er zijn 11 RIBW's met speciale woonvormen voor jongeren. De leeftijd waarop deze doelgroep in de RIBW binnenkomt verschilt per instelling. Meestal bestaat de mogelijkheid jongeren vanaf 16 jaar binnen de RIBW te huisvesten, de RIBW Den Haag heeft echter de mogelijkheid om jongeren al vanaf 12 jaar in begeleiding te nemen. Het begeleiden van deze jonge cliëntengroep brengt nieuwe uitdagingen met zich mee. Deze mensen staan aan het begin van hun maatschappelijke carrière en de persoonlijke ontwikkeling is in volle gang. De RIBW probeert hier in de begeleiding bij aan te sluiten. De RIBW Den Haag begeleidt kinderen en jongeren bijvoorbeeld in kleinschalige voorzieningen. Er is in de begeleiding veel aandacht voor opleiding, werk en

Tabel 4: Bijzondere doelgroepen en speciale voorzieningen

Naam RIBW:	Leeftijd gerelateerd	Autisten	Korsakov	Dubbele diagnose	Verslaafden	Forensisch	TBS	Asielzoekers	Loven en slecht-horenden
Kwintes - Zeist	□	□	□	●	●	●	●	●	
Rijnmond - Rotterdam	□	□	□	□	□		●	●	
HVO-Querido- Amsterdam	□	□	●	□	□	●	●	●	
KAM - Haarlem	□	□	□		●	●	●	●	
Den Haag	□	□	□	●	●	●	●		
Drenthe - Assen	□	●	●	□	●	▲			
SBWU - Utrecht	□	□	●	●	□	●	●		
AVV - Arnhem	□	□	□	●		□		□	●
Oost Veluwe - Apeldoorn	□	□	□		□	□	●		
Midden Brabant - Berkel Enschoot	□	□	□	□		●	▲	▲	
Twente - Hengelo	□	□	□	□	●	□			
H & M - Maastricht	□	●	●	□	●	●			
Mensana- Venlo	●	●	□			□	□	●	
Zwolle	●	□		●	□	●	▲		
Nijmegen & Rivierenland	□	□	●	●		▲	●	▲	
PC Hooft - Amsterdam	□	●	●	●		●	●	●	
Istia - Rotterdam	□			□		□	□		□
Gooi & Vechtstreek - Bussum	●		□	●	●	●	▲	▲	
ZWWF - Purmerend	□	□	□	□		●			
St Woonbegeleiding - Delft	●	●		●	●				
Fonteynburg - Zoetermeer	□	●		▲		●	●	●	□
Totaal speciale voorzieningen	17	13	11	8	4	5	2	1	2

- = doelgroep aanwezig in populatie
- ▲ = intern geormerkte plaatsen voor de doelgroep
- = aparte woonvoorzieningen voor de doelgroep

sociale vaardigheden en er wordt ook aandacht besteed aan opvoedkundige aspecten. Ook heeft de RIBW Den Haag voor deze doelgroep een psycholoog in dienst, vooral voor het onderhouden van contacten met de ouders. Deze aanpak verschilt wezenlijk van de begeleiding van volwassen en mensen met een lange GGz-carrière.

De vergrijzing laat inmiddels ook zijn sporen na in het aanbod van RIBW's. Steeds meer instellingen hebben speciale woningen voor ouderen in hun woningbestand. Het kan gaan om woningen binnen een regulier pand, waar alle voorzieningen gelijkvloers zijn of waar samenwerkingsverbanden

bestaan met een bijvoorbeeld een thuiszorgorganisatie, maar ook om appartementen in een verzorgingshuis. Zo heeft de RIBW Twente (Hengelo) een samenwerkingsverband met een verpleeghuis voor het realiseren van beschermd wonen voor een 'Plusszorggroep' met persoonlijke en huishoudelijke verzorging. De RIBW Midden Brabant (Berkel Enscht) heeft een verdieping van een verpleeghuis tot haar beschikking voor de oudere RIBW-cliënten die meer zorg behoeven. De RIBW Drenthe (Assen) heeft een speciale grootschalige woonvorm op het platteland voor mensen met extra zorgbehoeften, waar ook veel oudere cliënten wonen. Op verschillende manieren probeert men ouderen zo lang mogelijk in de RIBW te laten wonen.

3.3.3.2 Autisme Spectrum Stoornis (ASS)

De tweede doelgroep die in de laatste jaren een enorme opmars heeft gemaakt in de RIBW bestaat uit mensen met autisme of een aan autisme verwante stoornis (de Autisme Spectrum Stoornissen, kortweg ASS genoemd). Achttien RIBW's hebben deze mensen in hun doelgroep en dertien RIBW's hebben ook aparte woonvoorzieningen. Het realiseren van aparte woonvormen voor deze doelgroep wordt meestal gemotiveerd vanuit inzichten met betrekking tot deze stoornis. Mensen met ASS hebben moeite met het interpreteren van sociale signalen en kunnen ook gedragsmatig uit de toon vallen. Dit bemoeilijkt de communicatie en interactie met anderen, zeker wanneer die andere persoon zelf ook in bepaalde mate sociaal beperkt is (zoals vaak het geval is bij mensen met schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis). Volgens deze inzichten leent deze doelgroep zich, door deze kenmerken, niet goed voor een reguliere woonvorm, waar men met z'n drieën of vieren - ongeacht de achtergrond - een huishouden runt. Er bestaan ook twijfels aan het toepassen van de rehabilitatiebenadering bij deze doelgroep. De RIBW Arnhem & Veluwevallei heeft om die reden in samenwerking met de Dr. Leo Kannerhuis Stichting een werkgroep 'Rehabilitatie en mensen met ASS' opgericht. Deze werkgroep heeft in 2005 een rapport uitgebracht over het ontwikkeltraject van de integratie van de rehabilitatiebenadering en de begeleiding aan mensen met ASS. Dit rapport is bedoeld als basis voor het opbouwen van rehabiliterende begeleiding van mensen met ASS binnen de RIBW (Den Hollander & Zewuster, 2005). Op verschillende manieren wordt geprobeerd vorm te geven aan de huisvesting en voorzieningen voor mensen met ASS. Zo heeft de RIBW Arnhem &

Veluwevallei twee woonvormen, waar zes mensen met ASS samenwonen. Iedere bewoner heeft zijn eigen zit-slaapkamer, maar daarnaast zijn er gemeenschappelijke ruimtes, zoals de keuken en de huiskamer. Zo krijgt men de kans om naast woonvaardigheden ook sociale vaardigheden te oefenen en aan te leren. Kwintes (Zeist) heeft een aantal woonvormen voor mensen met autisme en organiseert één keer per maand logeerweekenden voor kinderen met ASS. De RIBW Zaanstreek, Waterland & West Friesland (Purmerend) heeft in een aparte stichting een werkvoorziening opgericht voor deze doelgroep.

3.3.3.3 Het syndroom van Korsakov

Mensen met het syndroom van Korsakov kunnen bij de meerderheid van de RIBW's in speciaal voor hun ingerichte woonvormen terecht. Het syndroom van Korsakov wordt gekenmerkt door ernstige geheugenproblematiek, ten gevolge van langdurig alcoholmisbruik, drugs- of medicatiemisbruik. Dit misbruik gaat meestal gepaard met een slechte voedingstoestand, waardoor een tekort aan vitamine B1 ontstaat. Hierdoor kunnen eveneens somatische aandoeningen optreden, bijvoorbeeld aan de lever of het hart. Mensen met het syndroom van Korsakov hebben, vanwege de geheugenstoornissen en eventueel comorbide somatische aandoeningen, vaak veel moeite zelfstandig te wonen. Ze vergeten voor zichzelf te zorgen en vinden het lastig om nieuwe vaardigheden te leren. Bij de RIBW worden deze mensen bij het dagelijks leven begeleid. Sommige cliënten kunnen langzamerhand leren om weer voor zichzelf te zorgen. Anderen vinden een stabiele woonomgeving met de begeleiding die ze nodig hebben om het in het dagelijks leven te redden. Het terugvallen in de oude verslavingsgewoonte ligt echter altijd op de loer.

De beschrijving van deze doelgroep zet vraagtekens bij het toepassen van de rehabilitatiebenadering, waarbij van cliënten verwacht wordt dat zij zelf richting geven aan het begeleidingsproces. Voor de meeste mensen met Korsakov is dit moeilijk, zo niet onmogelijk. De RIBW Kennemerland Amstelland & de Meerlanden (Haarlem) integreert om deze reden de rehabilitatiebenadering met een specifieke begeleidingsmethodiek voor deze doelgroep, het model van Lindenhoff. Het draait hierbij om korte, concrete, consequente en continue begeleiding. Zo probeert men, rekeninghoudend met de cognitieve beperkingen, mensen met Korsakov toch zo zelfstandig

mogelijk te laten functioneren. Naast het toepassen van aangepaste begeleidingsmethodieken maken RIBW's ook deel uit van zorgketens voor deze doelgroep. De RIBW Twente (Hengelo) neemt bijvoorbeeld deel aan het Korsakov Zorgcircuit Overijssel, een samenwerkingsverband van een aantal regionale zorginstellingen die allen met deze problematiek te maken hebben. De RIBW Twente biedt zelf woonbegeleiding aan mensen met lichte Korsakov problematiek.

3.3.3.4 Dubbele diagnose en verslaving

Steeds vaker is er bij de cliënten van de RIBW sprake van complexe problematiek die zich afspeelt op meerdere levensgebieden. De RIBW's signaleren een verzwaring van de doelgroep. Dat heeft onder andere te maken met een verruiming van de toelatingscriteria voor RIBW-begeleiding. Was voorheen verslaving nog wel eens een contra-indicatie voor het wonen in een RIBW, tegenwoordig zijn deze restricties overboord gegooid en kunnen mensen met een verslaving bij de RIBW terecht. Er wordt ook veel samengewerkt met instellingen voor maatschappelijke opvang, of RIBW's hebben zelf een dergelijke divisie. De instroom vanuit deze voorzieningen bestaat voor een groot deel uit mensen die naast verslavingsproblematiek te kampen hebben met psychiatrische en/of psychosociale problemen, ook wel een zogeheten dubbele diagnose. Deze multiple problematiek vraagt om een andere aanpak. In de RIBW is er daarom tegenwoordig een apart aanbod voor deze doelgroep. Een aantal RIBW's is formeel gaan samenwerken met de verslavingszorg om te komen tot een beter geïntegreerd zorgaanbod. Zo werkt de RIBW Twente (Hengelo) samen met Tactus, een regionale instelling voor verslavingszorg, aan begeleid wonen voor overlast veroorzakende drugsverslaafden met psychiatrische en/of psychosociale problematiek.

3.3.3.5 TBS en forensische psychiatrie

Een aantal RIBW's werkt samen met TBS-klinieken en/of de forensische psychiatrie om voor deze doelgroep, die de laatste jaren maatschappelijk in een slecht daglicht is komen te staan, een woonaanbod te realiseren. Dit houdt voor de TBS'ers in dat ze, wanneer ze de kliniek verlaten, terecht kunnen in een woonvorm van de RIBW. Dat zijn meestal reguliere woon-eenheden die geschikt zijn voor alle doelgroepen. Voor deze specifieke doelgroep gelden echter andere regels. De (ex-)TBS-cliënten kunnen wel

vrij in- en uit lopen, maar urinecontroles worden bijvoorbeeld standaard gedaan om drugsgebruik te voorkomen of op te sporen en om te controleren of ze hun medicijnen innemen. In alle gevallen worden bij het huisvesten van TBS'ers afspraken gemaakt tussen de RIBW en de kliniek waaruit iemand afkomstig is, opdat men hier bij (dreigende) decompensatie op kan terugvallen, bijvoorbeeld voor een opname. Een ander belangrijk onderdeel van deze afspraken is dat de kliniek verantwoordelijk blijft voor de behandeling. RIBW Mensana (Venlo) en RIBW Istia (Rotterdam) hebben beide een aparte woonvorm voor deze doelgroep. De begeleiders die werken in deze woonvormen zijn hiervoor geschoold door de TBS-klinieken waar deze RIBW's mee samenwerken. Bij de RIBW Mensana volgen begeleiders daar een uitgebreid kennismakingstraject en bij RIBW Istia volgen begeleiders een opleiding. In de woonvorm van RIBW Istia wordt 24 uur per dag toezicht gehouden, bij de RIBW Mensana is dit niet het geval. Het behoort echter wel tot de mogelijkheden.

3.3.3.6 Asielzoekers

Hoewel de instroom van asielzoekers de laatste jaren is afgenomen, zijn er bij de RIBW nog wel voorzieningen voor deze mensen. De asielzoekers wonen meestal in reguliere beschermende woonvormen. Juist vanwege de soms zeer uiteenlopende culturen kiest men ervoor deze mensen verspreid te plaatsen. RIBW Arnhem & Veluwevallei en RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) hebben echter wel gekozen voor een aparte voorziening. Dit blijkt in de praktijk weinig problemen te geven. Beide RIBW's geven wel aan dat deze aparte voorzieningen in de toekomst waarschijnlijk zullen verdwijnen, vanwege de verminderende instroom.

3.3.3.7 Doven en slechthorenden en andere nieuwe doelgroepen

De hierboven beschreven doelgroepen zijn in de meerderheid van de RIBW-instellingen terug te vinden en vaak zijn er speciale woonvormen opgericht of andere aanpassingen gedaan om deze groepen te kunnen huisvesten en begeleiding te bieden. Er is ook een aantal doelgroepen waar slechts enkele RIBW's aandacht aan besteden. Zo hebben RIBW Fonteyenburg, RIBW Istia en de RIBW Arnhem & Veluwevallei een speciaal begeleidingsaanbod voor doven en slechthorenden. Bij RIBW Fonteyenburg behoort zelfs 20 procent van de totale BW-populatie tot deze doelgroep. Zowel RIBW Fonteyenburg, als RIBW Istia hebben speciale woonvormen

voor deze groep. Deze woonvormen zijn zo aangepast dat auditieve signalen vervangen zijn voor visuele: als iemand aanbelt gaat er bijvoorbeeld een strobolicht branden en wanneer 's nachts het brandalarm af zou gaan, voelen de bewoners dat door trillingen van het matras. Telefoneren gaat met een visiofoon. De begeleiders zijn bovendien geschoold in het omgaan met deze doelgroep. Het gaat dan niet alleen om het communiceren in gebarentaal en inzicht hebben in de dovencultuur, maar ook om het begrijpen van de gevolgen van de doofheid voor (het omgaan met) de psychiatrische stoornis en het begeleiden hiervan. De RIBW Rijnmond (Rotterdam) heeft twee woonvormen voor mensen van Marokkaanse afkomst, één voor mannen en één voor vrouwen. De begeleiding is niet anders dan in de andere woonvormen, er wordt echter wel aandacht besteed aan de Marokkaanse cultuur. Zo is de inrichting van de woning Marokkaans, zijn er gebedsruimtes, kunnen de cliënten praten met een islamitisch geestelijk verzorger en wordt er Marokkaanse thee geschonken met verse munt uit de eigen kruidentuin. Ten slotte zijn er twee RIBW's, HVO-Querido (Amsterdam) en RIBW Midden Brabant (Berkel Enschtot), met een speciaal daarvoor bestemde woonvoorziening voor moeders met kinderen.

Uit bovenstaande beschrijvingen wordt duidelijk dat er veel mensen bij de RIBW terecht kunnen. De RIBW ontwikkelt zich mee met de begeleidingsbehoeften van haar cliënten. Deze dynamiek in het begeleidingsaanbod is een duidelijk voordeel van de kleinschaligheid van de RIBW's. Nieuwe maatschappelijke en regionale ontwikkelingen kunnen relatief snel worden opgepakt en omgezet in de praktijk.

3.4 De RIBW in getallen

3.4.1 Beschermd Wonen

3.4.1.1 Kenmerken

Tabel 5 geeft een overzicht van de belangrijkste kenmerken van de beschermende woonvormen van de 21 participerende RIBW's, verenigd in de Alliantie. Zij hebben in 2006 een totale capaciteit van 5548 plaatsen beschermd wonen. Van deze populatie is 65 procent in de laatste 5 jaar ingestroomd. Van 14 RIBW's zijn ook gegevens bekend over de BW-capaciteit op 01-01-2001 (zie bijlage 2, tabel 4). Zij hadden op deze peildatum in to-

taal 2689 BW-plaatsen, ten opzichte van een capaciteit van 3603 BW-plaatsen op 01-01-2006. De BW-capaciteit is in de afgelopen vijf jaar dus ongeveer met een derde gegroeid, ervan uitgaande dat deze 14 RIBW's een representatief beeld geven van de groei in de gehele RIBW-sector.

De 21 RIBW-instellingen zijn in te delen in drie groepen: zeven RIBW's hebben een capaciteit van meer dan 300 plaatsen, zeven RIBW's hebben

Tabel 5: Kenmerken Beschermende Woonvoorzieningen (01-01-06)

Naam RIBW ¹ :	Capaciteit Beschermende Woonvormen	Aantal individuele woonvormen ²	Aantal woonhuizen in een wijk	Aantal grotere voorzieningen ³	Aantal voorz. met lijfelijk aanwezig 24-uurszorg ⁴
Kwintes - Zeist	563	nb	nb	nb	1
Rijnmond - Rotterdam	488	nb	nb	nb	6
HVO-Querido - Amsterdam	428	108	nb	10	6
KAM - Haarlem	361	49	53	9	4
Den Haag	354	44	nb	8	4
Drenthe - Assen	325	24	68	9	4
SBWU - Utrecht	314	55	140	4	5
AVV - Arnhem	283	15	52	3	1
Oost Veluwe - Apeldoorn	254	26	81	1	1
Midden Brabant - Berkel Enschoot	248	39	86	nb	2
Twente - Hengelo	245	6	69	0	0
H & M - Maastricht	229	0	nb	0	2
Mensana - Venlo	226	14	66	5	0
Zwolle	182	10	46	3	2
Nijmegen & Rivierenland	177	22	63	0	2
PC Hooft - Amsterdam	172	4	nb	3	3
Istia - Rotterdam	166	39	42	6	8
Gooi & Vechtstreek - Bussum	150	7	21	4	3
ZWWF - Purmerend	147	14	45	0	1
St Woonbegeleiding - Delft	133	45	52	3	2
Fonteyenburg - Zoetermeer	103	0	nb	nb	nb
Totaal	5548	521	884	58	51

¹ De namen van de RIBW-en zijn gerangschikt naar grootte van de BW-populatie.

² Eénpersoons BW-voorzieningen (NB: de NZA-definitie, waar tweepersoonswoonvormen ook aangemerkt worden als individueel, wordt hier NIET gehanteerd).

³ BW-voorzieningen die gehuisvest zijn in een speciaal gebouw, anders dan een eengezinswoning, met bijvoorbeeld een centrale keuken en/of speciaal personeel. Cliënten wonen hier in grotere groepen (meer dan 6 personen).

⁴ BW-voorzieningen waar 24 uur per dag personeel aanwezig is.

een capaciteit tussen de 200 en 300 plaatsen en dan zijn er nog zeven RIBW's met een capaciteit van minder dan 200 plaatsen. Van de zeven grootste instellingen zijn er vijf gelokaliseerd in de grote steden. RIBW Rijnmond (Rotterdam) is de grootste RIBW in een stedelijk verzorgingsgebied met een BW-capaciteit van 488 plaatsen, verspreid over de regio Rijnmond en de Zuid-Hollandse Eilanden. De overige twee RIBW's in de top zeven, Kwintes (Zeist) en RIBW Drenthe (Assen), hebben een uitgestrekt verzorgingsgebied. Kwintes heeft van de participerende instellingen in de Alliantie de grootste BW-capaciteit, te weten 563 plaatsen. Deze RIBW is recentelijk (2006) ontstaan uit een fusie tussen RIBW Flevoland en Vindicta RIBW. Het verzorgingsgebied strekt zich uit over zes regio's, die liggen in de provincies Flevoland, Utrecht en Zuid-Holland. Van de zeven instellingen met een capaciteit van minder dan 200 plaatsen valt op, dat drie van hen inmiddels deel uit maken van een grotere gezondheidszorginstelling (zie paragraaf § 3.2.1 van dit hoofdstuk).

Eerder in deze rapportage is al ter sprake gekomen dat RIBW's zich steeds meer richten op kleinschalige woonvormen. Deze ontwikkeling is terug te zien in tabel 5. Op een enkele RIBW na, hebben alle instellingen éénpersoonswoonvormen. Ongeveer tien procent van de totale capaciteit van beschermende woonvormen bestaat uit individuele woonunits. HVO-Querido in Amsterdam, tegelijk een van de grootste RIBW's, is koploper met 25 procent individuele woonvormen in het woningbestand. RIBW PC Hooft, ook in Amsterdam, en RIBW Twente (Hengelo) hebben met twee procent individuele woonvormen het kleinste percentage. Hoewel de cliënten van de RIBW tegenwoordig veel vaker behoefte hebben aan de privacy van een eigen woning, zijn er ook cliënten die juist voorkeur hebben voor het wonen in een grotere groep. De RIBW's met het hoogste aantal grotere voorzieningen, respectievelijk tien en negen, zijn HVO-Querido (Amsterdam) en RIBW Den Haag en RIBW Drenthe (Assen). Met grotere voorzieningen wordt bedoeld een woonvoorziening waar mensen, anders dan in een eengezinswoning, in grotere groepen (meer dan zes mensen) samenwonen. Deze woonvoorzieningen zijn ook qua uiterlijk anders dan een eengezinswoning en meestal is er sprake van extra zorg, zoals een centrale keuken. Dit soort voorzieningen wordt vaak gebruikt voor het huisvesten van doelgroepen met een specifieke begeleidingsbehoefte. 24-uurszorg kan een onderdeel zijn van die specifieke begeleidingsbehoefte,

bijvoorbeeld voor jongeren onder de 18 jaar. Alle RIBW's hebben op z'n minst één locatie waar het personeel 24 uur per dag oproepbaar is. RIBW Midden Brabant (Berkel Enschoot) heeft zelfs op alle BW locaties 24 uur per dag bereikbaarheid. Op de RIBW Twente (Hengelo) en RIBW Mensana (Venlo) na, hebben alle RIBW's minstens één voorziening waar 24 uur per dag (begeleidend) personeel aanwezig is.

3.4.1.2 Cliëntenstromen

Wachlijsten in de zorg zijn een bekend en hardnekkig fenomeen waaraan ook de RIBW's niet ontkomen. Ondanks de enorme capaciteitsgroei de afgelopen jaren hebben alle 21 instellingen te kampen met een wachtlijst voor het beschermd wonen. Zoals tabel 6 laat zien staan er, op de peildatum 1-1-2006, minimaal 1214 mensen op de wachtlijst voor een plek in een BW. Het aantal wachtenden is het grootst bij de SBWU (Utrecht). 170 mensen wachten op de peildatum op een plek in een BW van deze instelling. Dit is niet alleen het grootste aantal wachtenden in absolute zin. De capaciteit van de SBWU op de peildatum bestaat uit 314 plekken. Om de 170 BW plekken, die nodig zijn om de wachtlijst weg te werken, te realiseren, zal deze capaciteit (zonder rekening te houden met de uitstroom van cliënten, die verderop in deze paragraaf aan de orde komt) met 54 procent moeten worden uitgebreid. In een stad als Utrecht, met grote woningnood, zal dit een flinke uitdaging zijn voor de SBWU. RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) heeft een wachtlijst van 12 mensen, dit is ongeveer gelijk aan acht procent van hun totale capaciteit. Hiermee hebben ze zowel absoluut als verhoudingsgewijs de kortste wachtlijst. De gemiddelde wachttijd in maanden loopt uiteen van minder dan een half jaar bij de RIBW Oost Veluwe (Apeldoorn), RIBW Istia (Rotterdam), RIBW Twente (Hengelo), RIBW Mensana (Venlo) en RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) tot meer dan een jaar bij de RIBW Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden (Haarlem) en Kwintes (Zeist), tot zelfs anderhalf jaar bij de RIBW Fonteyenburg (Zoetermeer). De SBWU (Utrecht) heeft ondanks zijn lange wachtlijst een relatief korte wachttijd van gemiddeld zes maanden. Dat kan te maken hebben met de instroom en uitstroom van cliënten¹. De instroom

¹ De uitstroompercentages zijn gebaseerd op de administratieve gegevens van de RIBW's. Het is goed mogelijk dat de werkelijke uitstroom over 2005 hoger is dan hier gerapporteerd wordt vanwege een tijdsverschil tussen het werkelijk verlaten van de RIBW en de administratieve registratie. Bij het interpreteren van deze uitstroomcijfers moet hier rekening mee worden gehouden.

Tabel 6: Instellingsgegevens Beschermd Wonen (01-01-06)

Naam RIBW ¹	Capaciteit BW	Gemiddelde periode in zorg (in jaren)	Gemiddelde wachttijd in maanden (over 2005)	Aantal mensen op wachtlijst	Instroom (over 2005)	Instroom (% van capaciteit)	Uitstroom (over 2005)	Uitstroom (% van capaciteit)
Kwintes - Zeist	563	11,0	13,8	168	139	25	90	16
Rijnmond - Rotterdam	488	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
HVO-Querido - Amsterdam	428	6,2	10,0	91	68	16	31	7
KAM - Haarlem	361	6,2	14,0	74	79	22	67	19
Den Haag	354	6,5	10,5	127	116	33	78	22
Drenthe - Assen	325	nb	nb	75	130	40	126	39
SBWU - Utrecht	314	nb	6,0	170	89	28	78	25
AVV - Arnhem	283	5,9	nb	41	193	68	150	53
Oost Veluwe - Apeldoorn	254	nb	3,0	nb	102	40	56	22
Mid. Brabant - Berkel Enschtot	248	5,8	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Twente - Hengelo	245	5,6	4,0	79	81	33	33	14
H & M - Maastricht	229	5,7	6,0	33	71	31	6	3
Mensana - Venlo	226	5,0	3,8	47	119	52	nb	nb
Zwolle	182	nb	nb	21	42	23	22	12
Nijmegen & Rivierenland	177	nb	9,4	78	nb	nb	nb	nb
PC Hooft - Amsterdam	172	nb	nb	61	36	20	33	19
Istia - Rotterdam	166	nb	3,5	30	nb	nb	64	39
Gooi & Vechtstreek - Bussum	150	nb	5,0	12	30	20	28	19
ZWWF - Purmerend	147	4,0	nb	65	44	29	24	16
St Woonbegeleiding - Delft	133	8,1	12,0	42	26	19	21	16
Fonteyenburg - Zoetermeer	103	6,5	18,0	62	26	25	15	14
Totaal	5548	6,4	8,5	1276	1272 ²	30 ³	858	20

¹ De namen van de RIBW's zijn gerangschikt naar grootte van de capaciteit van de Beschermende Woonvormen.

² Bij het berekenen van de totale in- en uitstroom, zijn alleen de cijfers meegenomen van de RIBW'en waarvan zowel de in- als de uitstroomgegevens bekend zijn.

³ Bij het berekenen van het totale in- en uitstroompercentage is alleen de capaciteit meegeteld van de RIBW'en waarvan zowel de in- als uitstroomcijfers bekend zijn (n=4243).

is relatief laag, namelijk 28 procent van de totale BW-capaciteit, de uitstroom is in vergelijking met de andere RIBW's hoog. Het aantal cliënten dat in 2005 uitstroomt bij de SBWU, is gelijk aan 25 procent van de totale capaciteit van deze RIBW. Ter vergelijking: RIBW Arnhem & Veluwevallei staat bovenaan met een instroompercentage van 81 procent en een uitstroompercentage van 63 procent, gevolgd door de RIBW Drenthe (Assen)

met een instroompercentage van 40 procent en een uitstroompercentage van 39 procent. HVO-Querido (Amsterdam) is een RIBW met een relatief stabiele cliëntenpopulatie, met een instroompercentage van 16 procent en een uitstroompercentage van minder dan tien procent. De groei van de totale BW-populatie van de RIBW over 2005 wordt, op basis van de in dit onderzoek bekende in- en uitstroomgegevens (zie tabel 6), geschat op 10 procent. Ten slotte staat in tabel 6 op de peildatum 1-1-2006 per RIBW weergegeven hoe lang de BW-cliënt gemiddeld in zorg is. De gemiddelde zorgperiode voor het totale aantal BW-cliënten (5548) is bijna zeseneenhalf jaar. RIBW Zaanstreek, Waterland & West Friesland (Purmerend) zit hier relatief het meest onder met een gemiddelde zorgperiode van vier jaar. De cliëntenpopulatie van Kwintes (Zeist) is juist veel langer in zorg dan het gemiddelde, namelijk bijna 11 jaar. Hierbij moet in aanmerking worden genomen dat Kwintes inmiddels al 40 jaar bestaat en dat er bovendien gebruik is gemaakt van steekproefgegevens van deze RIBW.

3.4.2 Begeleid Zelfstandig Wonen

De capaciteitsontwikkeling van het begeleid zelfstandig wonen bij de RIBW heeft de afgelopen vijf jaar eveneens een enorme vlucht genomen. Uit de capaciteitsgegevens van de 14 RIBW's van wie deze gegevens bekend zijn (zie bijlage 2, tabel 4), blijkt dat er op 01-01-2001 1874 mensen gebruik maakten van deze ambulante woonbegeleiding, ten opzichte van 4749 BZW-cliënten op 01-01-2006. Dit betekent dat de BZW-populatie in deze RIBW's met 150% is toegenomen. In totaal waren op 01-01-2006 6797 mensen in Nederland cliënt van de ambulante woonbegeleiding van de RIBW (tabel 7). Meer dan driekwart van de gehele BZW-populatie die op deze peildatum in zorg is, is in de laatste vijf jaar ingestroomd. Kwintes in Zeist heeft verreweg de grootste ambulante cliëntenpopulatie. Met 1294 ambulante of BZW-cliënten hebben zij meer dan 20 procent van de totale BZW-populatie in begeleiding. Hiermee hebben zij een twee keer zo grote ambulante tak als de RIBW Arnhem & Veluwevallei. Deze RIBW staat met 647 BZW-cliënten op de tweede plaats. Er staan in Nederland minimaal 454 mensen op de wachtlijst voor begeleid zelfstandig wonen bij een RIBW. Deze groep is veel kleiner dan het aantal wachtenden op een BW-plaats. Het aantal mensen op de BZW-wachtlijst van de RIBW Twente (Hengelo), de SBWU (Utrecht), RIBW Heuvelland en Maasvallei (Maas-

Tabel 7: Instellingsgegevens Begeleid Zelfstandig Wonen (01-01-06)

Naam RIBW ¹	Aantal BZW- cliënten	Gemiddelde periode in zorg (in jaren)	Gemiddelde wachttijd in maanden (over 2005)	Aantal mensen op wachtlijst	Instroom (over 2005)	Instroom (% van populatie)	Uitstroom (over 2005)	Uitstroom (% van populatie)
Kwintes - Zeist	1294	3,2	4,2	129	563	44	241	19
AVV - Arnhem	647	4,2	nb	41	361	56	292	45
Rijnmond - Rotterdam	534	nb	nb	nb	338	63	162	30
SBWU - Utrecht	468	nb	5,0	75	160	34	112	24
Nijmegen & Rivierenland	434	nb	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Zwolle	376	4,0	nb	20	116	31	32	9
Den Haag	349	4,9	4,5	43	88	25	72	21
Drenthe - Assen	342	nb	nb	8	119	35	83	24
ZWWF - Purmerend	274	3,4	nb	14	112	41	59	22
KAM - Haarlem	234	3,9	nb	nb	101	43	61	26
Oost Veluwe - Apeldoorn	216	nb	2,0	12	99	46	64	30
Istia - Rotterdam	215	nb	3,5	14	61	28	22	10
Twente - Hengelo	212	3,8	2,0	37	82	39	67	32
Mensana - Venlo	211	2,5	nb	nb	nb	nb	nb	nb
St. Woonbegeleiding - Delft	196	4,2	3,0	14	nb	nb	nb	nb
Mid. Brabant - Berkel Enscht	193	4,6	nb	nb	nb	nb	nb	nb
H & M - Maastricht	185	3,5	6,0	30	nb	nb	nb	nb
HVO-Querido - Amsterdam	180	4,4	5,0	12	16	9	21	12
Fonteyenburg - Zoetermeer	101	3,2	7,0	19	56	55	16	16
PC Hooft - Amsterdam	74	nb	3,0	5	33	45	6	8
Gooi & Vechtstreek - Bussum	62	nb	1,0	0	41	66	18	29
Totaal	6797	3,8	3,9	473	2346	42 ²	1328	24

¹ De namen van de RIBW-en zijn gerangschikt naar grootte van het aantal BZW-cliënten op de peildatum.

² Bij het berekenen van de totale in- en uitstroompercentages zijn alleen de cliënten meegeteld van de RIBW-en waarvan de in- en uitstroomcijfers bekend zijn (n=5578)

tricht) en RIBW Den Haag is meer dan tien procent van het aantal BZW-clieñten dat deze RIBW's op de peildatum in begeleiding hebben. Hiermee hebben deze RIBW's in verhouding de langste wachtlijsten. RIBW Zwolle, RIBW Drenthe en RIBW Zaanstreek, Waterland & West Friesland (Purmerend) hebben verhoudingsgewijs de kortste wachtlijst, namelijk 5 procent of minder.

Er zijn drie RIBW's die geen wachtlijst voor BZW kennen. Dit zijn respectievelijk RIBW Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden (Haarlem), Mensana (Venlo) en RIBW Nijmegen & Rivierenland. Mensen die bij de RIBW voor begeleid zelfstandig wonen op de wachtlijst staan, worden na maximaal een half jaar in begeleiding genomen. Dit is veel korter dan de maximale gemiddelde wachtperiode voor een BW-plaats, die kan oplopen tot anderhalf jaar. De instroomcijfers van het begeleid zelfstandig wonen liggen hoger dan deze cijfers voor beschermd wonen. Bij 13 van de 17 RIBW's die instroomcijfers hebben geleverd, is de omvang van de groep mensen die is ingestroomd in 2005 meer dan 30 procent van de totale BZW-populatie op de peildatum. De uitstroom van het begeleid zelfstandig wonen ligt eveneens hoger dan de BW-uitstroom. Zes RIBW's hebben over 2005 een uitstroompercentage dat gelijk staat aan meer dan 25 procent van de cliëntenpopulatie op 1 januari 2006. De totale BZW-populatie is gemiddeld bijna vier jaar bij de RIBW in zorg op de peildatum. De afwijking van dit gemiddelde per RIBW is voor de BZW-populatie kleiner dan voor de BW-populatie. De BZW-cliënten van de RIBW Mensana (Venlo) zijn relatief het kortst in zorg, met een zorgperiode van tweeënehalf jaar. De BZW-populatie van de RIBW Den Haag is gemiddeld het langst in zorg, namelijk bijna vijf jaar.

3.5 Beschermd Wonen en Begeleid Zelfstandig Wonen nader bekeken

In tabel 8 worden de productiegegevens van de RIBW's inzichtelijk gemaakt. Uit de eerste kolom valt af te lezen dat op de peildatum 01-01-06 in totaal 2677,1 fte (excl. de onbekende fte-gegevens van de RIBW Rijnmond) werkzaam zijn binnen de zorg aan RIBW-cliënten, inclusief personeel voor dagbestedingsprojecten en maatschappelijke opvang. HVO-Querido (Amsterdam) is vergeleken met de overige RIBW's de grootste werkgever (459,5 fte), terwijl RIBW Fonteynenburg (Zoetermeer) de kleinste hoeveelheid personeel in dienst heeft (50,2 fte). De RIBW's hebben over 2005 een hoge gemiddelde bezettingsgraad in de beschermende woonvormen (kolom 3), uiteenlopend van 90 tot 100 procent. Dit betekent dat er gedurende het jaar weinig onbezette BW-plaatsen zijn.

De organisatie van de begeleidende teams voor de BW- en de BZW-populatie verschilt per instelling. Zo zijn er RIBW's die aparte teams voor

de BW- en BZW-zorg hebben, terwijl andere instellingen gebruik maken van geïntegreerde teams voor beide begeleidingsvormen. Deze laatste categorie RIBW's heeft hierdoor geen afzonderlijke fte-gegevens voor de BW- en BZW-begeleiding kunnen leveren. Voor de instellingen die deze gegevens wel konden leveren zijn in tabel 8, in kolom 5 en kolom 10 indexcijfers berekend. In kolom 5 wordt het aantal BW-plekken per fulltime baan binnen de BW weergegeven. Voor alle instellingen¹ tezamen geldt dat één fte gemiddeld begeleiding levert aan drie BW-plekken. Bij de RIBW Twente (Hengelo), RIBW Zwolle en RIBW Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden (Haarlem), waar een fulltime begeleider gemiddeld vier BW-cliënten begeleidt, is deze verhouding het laagst. De Stichting Woonbegeleiding Delft Westland Oostland, waar een fulltime begeleider op twee BW-plekken staat, kent de hoogste verhouding.

In kolom 10 zijn dezelfde cijfers voor de BZW berekend. Voor de totale ambulante populatie² geldt dat iedere fulltime BZW-begeleider gemiddeld 15 ambulante cliënten in begeleiding heeft. Uitschieters zijn RIBW Den Haag, waar een fulltime begeleider gemiddeld zes ambulante cliënten begeleidt, en RIBW Zwolle, waar fulltime ambulante begeleiders gemiddeld 23 cliënten in hun caseload hebben. Voor de totale BZW-populatie geldt dat een BZW-cliënt gemiddeld 56 contacturen per jaar heeft met zijn begeleider van de RIBW. Deze cijfers lopen uiteen van gemiddeld 97 contacturen bij de RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum) tot gemiddeld 39 contacturen bij Kwintes (Zeist).

Ten slotte wordt in de laatste kolom per RIBW in percentages weergegeven hoe de (interne) verhouding is tussen de capaciteit voor Beschermd Wonen en het aantal Begeleid Zelfstandig Wonen-cliënten op de peildatum. Van de totale RIBW-populatie wordt 45 procent gevormd door de BW-capaciteit (in totaal 5548 plaatsen) en 55 procent van de populatie bestaat uit BZW-cliënten (in totaal zijn er 6797 BZW-cliënten in zorg).

¹ Hierbij zijn alleen de instellingen met niet-geïntegreerde teams meegenomen in de berekening.

² Hierbij zijn alleen de instellingen met niet-geïntegreerde teams meegenomen in de berekening die de gegevens geleverd hebben van zowel het aantal BZW-cliënten als het aantal FTE voor BZW.

Tabel 8: Productiegegevens RIBW's (01-01-06)

Naam RIBW ¹ :	Totaal FTE zorg	Capaciteit BW	Gem. bezetting (% over 2005)	FTE BW zorg	Caseload per BW-FTE	Prod. in contact uren	Aantal BZW cliënten	Gem. aant. contacturen per BZW-cliënt/jaar (over 2005)	FTE BZW	Caseload per BZW-FTE	Verhouding BW/BZW ²
Kwintes - Zeist	304	563	97	216,5	3	50652	1294	39	76,8	17	30/70
Rijnmond - Rotterdam	nb	488	100	158,9	3	nb	534	nb	43,1	12	48/52
HVO-Querido - Amsterdam	459,5 ³	428	95	nb	nb	8708	180	48	nb	nb	70/30
KAM - Haarlem	140	361	99	115	3	15600	234	67	17	14	61/39
Den Haag	164,9	354	99	103,7	3	20101	349	58	61,2	6	50/50
Drenthe - Assen	174	325	95	nb	nb	18997	342	56	nb	nb	49/51
SBWU - Utrecht	154,3	314	98	nb	nb	nb.	468	nb	nb	nb	40/60
AVV - Arnhem	157,8	283	94	115,2	3	27181	647	42	42,6	15	30/70
Oost Veluwe - Apeldoorn	106	254	94	nb	nb	18774	216	87	nb	nb	54/46
Mid. Brabant - Berkel Enscht	126,3	248	90	nb	nb	nb	193	nb	nb	nb	56/44
Twente - Hengelo	73,8	245	97	58,3	4	11682	212	55	15,5	14	54/46
H & M - Maastricht	100	229	95	88	3	10807	185	58	12	15	55/45
Mensana - Venlo	69,6	226	95	nb.	nb	19782	211	94	nb.	nb	52/48
Zwolle	98,6	182	98	52,3	4	18550	376	49	16,3	23	33/67
Nijmegen & Rivierland	110	177	96	86	2	27615	434	64	24	18	29/71
PC Hooft - Amsterdam	72,3	172	98	nb	nb	3866	74	52	nb.	nb	70/30
Istia - Rotterdam	120	166	97	81	2	15042	215	70	14	15	44/56
Gooi & Vechtstreek - Bussum	54,7	150	97	nb.	nb	6025	62	97	nb.	nb	71/29
ZWWF - Purmerend	62	147	98	40	4	13575	274	50	19	14	35/65
St Woonbeg. Delft	79,1	133	100	66,1	2	18857	196	96	13	15	40/60
Fonteyenburg - Zoetermeer	50,2	103	97	40,5	3	6396	101	63	6,6	15	51/50
Totaal	2677,1	5548	96	1117,8	3 ⁴	312210	6797	56 ⁵	299,9	15 ⁶	45/55

¹ De namen van de RIBW's zijn gerangschikt naar grootte van de BW-populatie

² Verdeling BW-capaciteit en het aantal ambulante cliënten per RIBW in percentages

³ Inclusief 255,6 FTE Maatschappelijke Opvang

⁴ Voor de totale gemiddelde caseload per BW-FTE is in de berekening alleen de BW-capaciteit meegenomen van de RIBW's waarvan het aantal FTE voor de BW-zorg bekend is (n=3077).

⁵ Voor het totaal aantal contacturen per jaar per BZW-cliënt, is in de berekening de totale productie in contacturen gedeeld door het aantal BZW-cliënten waarvan de contacturen beschikbaar zijn (n=5602).

⁶ Voor de totale gemiddelde caseload per BZW-fte zijn in de berekening alleen de aantallen BZW-cliënten meegenomen van de RIBW's waarvan het aantal FTE voor de BZW-zorg bekend is (n=4702).

Kijkend naar de overeenkomsten en verschillen tussen de afzonderlijke RIBW's valt een aantal zaken op. Bij twaalf instellingen is de verhouding tussen BW-capaciteit en aantal BZW-cliënten ongeveer evenredig (maximaal 40/60 of 60/40). Bij de andere RIBW's valt af te lezen dat bij het zorgaanbod een duidelijke focus ligt op één van de twee begeleidingsvormen. Zo bestaat bij de RIBW Nijmegen & Rivierenland, Kwintes (Zeist) en RIBW Arnhem & Veluwevallei (Arnhem) een relatief groot deel van de populatie (resp. 71, 70 en 70%) uit BZW-cliënten. De RIBW Gooi & Vechtstreek (Bussum), HVO-Querido (Amsterdam) en PC Hooft (Amsterdam) hebben daarentegen een bovengemiddelde BW-capaciteit (resp. 71, 70 en 70 %). Bovenstaande verhoudingen tussen BW- en BZW-begeleiding geven aan dat vooral die laatste begeleidingsvorm een enorme groei doormaakt. Dit komt overeen met een ontwikkeling binnen de cliëntenpopulatie die de RIBW's signaleren: de cliënt van tegenwoordig wil zo snel en zo lang mogelijk zelfstandig wonen, het liefst met zo weinig mogelijk anderen. Deze ontwikkeling heeft ook invloed op de wijze waarop de RIBW's hun woningbestand voor BW-zorg vloed is op de wijze waarop de RIBW's hun woningbestand voor BW-zorg beheren. Grotere voorzieningen, waar mensen in groepen bij elkaar wonen, worden verruild voor moderne één-persoonsappartementen waar iedereen zijn eigen huishouden heeft.

3.6 Samenvatting

De RIBW is een instelling in ontwikkeling. Niet alleen zorginhoudelijk, maar ook ten aanzien van capaciteit, met betrekking tot cliëntencategorieën die in aanmerking komen voor RIBW-begeleiding en ten aanzien van het zorgaanbod. Naast residentiële woonzorg wordt het begeleid zelfstandig wonen, dat in de afgelopen vijf jaar een enorme vlucht heeft genomen, steeds belangrijker. In zowel de BW- als BZW-begeleiding is er een speciaal aanbod voor doelgroepen die andere begeleidingsbehoeften hebben, zoals mensen met autisme of het syndroom van Korsakov, ouderen en jongeren. Het aantal RIBW's dat hun zorgaanbod van woonbegeleiding uitbreidt met trajectbegeleiding en dagbestedings- en werkvoorzieningen neemt toe. De maatschappelijke opvang is tegenwoordig ook onderdeel van het zorgaanbod van zeven RIBW's. Het valt op dat de regionale situatie veel invloed heeft op de organisatie en het beleid van een RIBW. Dit uit zich bijvoorbeeld in het wel of niet uitbreiden van het zorgaanbod in een

bepaalde richting, in het wel of niet toepassen van functiedifferentiatie en het wel of niet toepassen van geïntegreerde BW- en BZW- begeleidings-teams. Drie RIBW's zijn inmiddels gefuseerd met een andere zorginstelling in de regio om hun marktpositie te versterken.

4 De cliënten van de RIBW

4.1 Inleiding

In Nederlands onderzoek zijn voor de groep langdurig zorgafhankelijken in de GGz onder andere hun zorggebruik, psychiatrische diagnoses en sociaaldemografische kenmerken in kaart gebracht. Kroon e.a. (1998) hebben bijvoorbeeld op basis van de data van zeven regionale studies naar deze kenmerken schattingen gedaan voor de gehele chronische patiëntenpopulatie in Nederland. Dieperink e.a. (2006) hebben met behulp van casusregisters recent onderzoek gedaan naar de omvang, de samenstelling en het zorggebruik van deze groep. Binnen deze onderzoeken worden cliënten van RIBW-instellingen geïnccludeerd, maar er niet apart uitgelicht. UTOPIA besteedt uitsluitend aandacht aan deze specifieke groep langdurig zorgafhankelijken.

Binnen UTOPIA is, met behulp van de cliëntenadministratie van alle RIBW instellingen, informatie verzameld over alle cliënten die residentiële of ambulante woonbegeleiding ontvangen. Met deze informatie kan deze LZA-populatie in kaart worden gebracht. De onderzochte administratieve gegevens zijn door iedere RIBW afzonderlijk aangeleverd. Afhankelijk van de registratiesoftware van de RIBW is het in mindere of meerdere mate mogelijk gebleken de gegevens op te vragen en voor het onderzoek te verzamelen. In totaal is er door 17 RIBW's¹ van 8030 RIBW-clieñten informatie geleverd, waarvan 3791 mensen BW-zorg en 4239 mensen BZW-zorg ontvangen. Bij de beschrijving van de verschillende kenmerken worden de niet geleverde gegevens en bijbehorende RIBW-instellingen buiten beschouwing gelaten. In de tabellen wordt steeds het aantal cliënten genoemd waarvan de betreffende gegevens bekend zijn. De kenmerken zijn, ondanks missende data, representatief voor de gehele RIBW-populatie.

¹ Met op de peildatum 01-01-06 een totale capaciteit van 4883 BW-plekken en 6012 BZW-clieñten.

4.2 Cliëntkenmerken

4.2.1 Demografische kenmerken

In tabel 9 wordt een overzicht gegeven van een aantal demografische kenmerken van de totale RIBW-populatie en een verdeling voor de BW- en BZW-tak. De gemiddelde leeftijd van een RIBW-cliënt is 45 jaar. De jongste cliënt is 16 jaar, de oudste 101 jaar (tabel 9a). Van de RIBW-populatie op 1-1-2006 is 30 procent tussen het 35e en 45e levensjaar ingestroomd. De gemiddelde instroomleeftijd is 41 jaar, de jongste instromer is 12 jaar en de oudste 86. Meer dan de helft van de RIBW-populatie bestaat uit mannen. Onder BW-cliënten is deze oververtegenwoordiging iets groter dan onder BZW-cliënten (tabel 9b). 23 procent van de populatie bestaat uit mensen die getrouwd zijn (5%) of waren (18%) (tabel 9c). Iets meer dan een kwart van de RIBW-cliënten heeft kinderen (tabel 9d). Er is voor een grote meerderheid van de RIBW-cliënten een contactpersoon die de RIBW kan bellen in noodgevallen. Voor 14 procent van de cliënten van wie deze gegevens bekend zijn, is er echter niemand in het sociale netwerk die een dergelijke rol vervult (tabel 9e).

Tabel 9: Demografische kenmerken populatie

Tabel 9a: Leeftijd (in jaren)

Leeftijd	Totale populatie (n=8010)	BW (n=3785)	BZW (n=4225)
Gemiddelde (sd)	45 (14,6)	46 (15,3)	45 (13,9)
Min - max	16-101	16-93	17-101

Tabel 9b: Geslacht (%)

Geslacht	Totale populatie (n=8013)	BW (n=3787)	BZW (n=4226)
Man	59	63	55
Vrouw	41	37	45

Tabel 9c: Burgerlijke staat (%)

Burgerlijke staat	Totale populatie (n=6594)	BW (n=3187)	BZW (n=3407)
Ongehuwd	78	81	75
Gehuwd	5	2	7
Gescheiden	14	14	14
Weduwstaat	4	3	4

Tabel 9d: Kinderen (%)

Kinderen	Totale populatie (n=3521)	BW (n=1763)	BZW (n=1785)
Ja	26	23	29
Nee	74	77	71

Tabel 9e: Contactpersoon (%)

Contactpersoon	Totale populatie (n=4054)	BW (n=2075)	BZW (n=1979)
Ja	86	92	81
Nee	14	8	19

Tabel 9f: Woonsituatie voor contact met RIBW (%)

Woonsituatie voor RIBW	Totale populatie (n=3567)	BW (n=1694)	BZW (n=1873)
Zelfstandig	43	21	64
Familie	8	9	7
GGz	36	54	21
Andere RIBW	6	8	3
Overig	7	8	8

Tabel 9g: Gemiddelde periode in zorg bij de RIBW (in jaren)

Periode in zorg	Totale populatie (n=5600)	BW (n=2692)	BZW (n=2908)
Gemiddelde (sd)	5 (5,0)	6 (6,0)	4 (3,5)
Min - max	0-43	0-43	0-34

De woonsituatie voorafgaand aan het contact met de RIBW is voor BW- en BZW-cliënten zeer verschillend. Meer dan de helft van de BW-cliënten is direct afkomstig uit de GGz, terwijl een vijfde van hen uit een zelfstandige woonsituatie komt. Voor de BZW-cliënten geldt een omgekeerde situatie: bijna tweederde van hen woonde ten tijde van het eerste contact zelfstandig, terwijl ruim een vijfde van hen uit de GGz¹ afkomstig is. De BW-populatie is op de peildatum (01-01-2006) in totaal gemiddeld twee jaar langer in zorg bij de RIBW dan de BZW-populatie (tabel 9g).

¹ Met 'de GGz' worden niet de RIBW-instellingen bedoeld.

4.2.2 Diagnose

Twaalf RIBW's hebben diagnosegegevens geleverd¹. Binnen het onderzoek is er onderscheid gemaakt tussen zeven diagnosegroepen. Deze zijn terug te vinden in tabel 10. In tabel 11a t/m g wordt vervolgens een overzicht gegeven van de demografische kenmerken uitgesplitst naar diagnose. Bijna de helft van de cliënten van de RIBW, 49 procent, is gediagnosticeerd met schizofrenie of een aanverwante stoornis. In zowel de BW- als de BZW-populatie is dit de grootste cliëntengroep. Binnen de BW-populatie heeft zelfs meer dan de helft van de cliënten deze diagnose (tabel 10).

Tabel 10: Diagnoseverdeling RIBW-populatie (%)

Diagnose	Totale populatie (n = 4809)	BW (n = 2436)	BZW (n = 2373)
Schizofrenie en aanverwante stoornissen	49	56	41
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch	22	20	24
Organisch syndroom	4	5	3
Major depression	7	5	9
Bipolaire stoornissen	7	5	8
Stemmings- en angststoornissen	10	7	13
Geen diagnose	0.7	0.8	0.7

Van de totale groep schizofreniecliënten bestaat 64 procent uit mannen (tabel 11a). Slechts drie procent van deze cliëntenpopulatie is gehuwd en 20 procent heeft kinderen (resp. tabel 11c en 11d). De instroom van deze cliënten is voornamelijk afkomstig uit de GGz (tabel 11f). Met een gemiddelde zorgperiode bij de RIBW van 6 jaar zijn deze cliënten het langst in zorg (tabel 11g).

Wanneer de diagnoseverdeling binnen de cliëntenpopulatie per RIBW nader wordt bekeken, valt op dat het aantal schizofreniecliënten per RIBW-populatie lijkt toe te nemen, naarmate de bevolkingsdichtheid van het verzorgingsgebied van de RIBW hoger is. Ter illustratie: bij HVO-Querido (Amsterdam) en RIBW Den Haag ligt het percentage schizofreniecliënten op respectievelijk 72 procent en 61 procent, terwijl dit bij de RIBW Twente (Hengelo) en RIBW Drenthe (Assen) respectievelijk 35 procent en 33 procent is. Meer dan een vijfde van de cliëntenpopulatie heeft een overig psy-

¹ Dit zijn respectievelijk RIBW Kwintes, HVO-Querido, KAM, Den Haag, Drenthe, SBWU, AVV, Midden Brabant, Twente, Mensana, Zwolle, Stichting Woonbegeleiding Delft en Fonteyenburg.

chiatrische of niet-psychiatrische stoornis, zoals autisme. Bij de RIBW Midden Brabant (Berckel Enscho), RIBW Twente (Hengelo) en RIBW Zwolle bestaat de totale cliëntenpopulatie zelfs voor een derde of meer uit cliënten uit deze diagnosegroep. Ruim de helft (59 procent) van de cliënten uit deze diagnosegroep is man. Met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar is dit de jongste cliëntenpopulatie (tabel 11b) en komt ook een relatief hoog percentage vanuit een familiesituatie naar de RIBW (tabel 11f). De laatste diagnosegroep waar mannen in de meerderheid zijn, is de groep met een organisch syndroom. Hier is maar liefst 73 procent van het mannelijke geslacht. Deze groep heeft met 50 jaar de hoogste gemiddelde leeftijd (zie tabel 11b) en een relatief hoog percentage heeft kinderen (tabel 11d). Meer dan de helft van deze populatie is ingestroomd in de RIBW vanuit de GGz (tabel 11f). De groep bipolaire stoornissen bestaat voor 63 procent uit vrouwen, voor de stemmings- en angststoornissen is dat 56 procent en voor major depression gaat het om 53 procent.

Tabel 11: Demografische kenmerken uitgesplitst naar diagnose

Tabel 11a: Geslacht (%)

Diagnose	Man	Vrouw
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=2343)	64	36
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=1065)	59	41
Organisch syndroom (n=198)	73	27
Major depression (n=329)	47	53
Bipolaire stoornissen (n=326)	37	63
Stemmings- en angststoornissen (n=498)	44	56
Geen diagnose ¹ (n=35)	43	57

¹ Deze groep cliënten heeft een DSM-IV code die aangeeft dat ze geen diagnose hebben op as I, te weten V71.09 of 799.9

Tabel 11b: Leeftijd (in jaren)

Diagnose	Gemiddelde (sd)	Min - max
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=2347)	46 (13,5)	18-91
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=1067)	40 (15,7)	16-86
Organisch syndroom (n=198)	53 (13,1)	19-93
Major depression (n=327)	50 (15,3)	16-87
Bipolaire stoornissen (n=325)	49 (12,8)	19-85
Stemmings- en angststoornissen (n=498)	46 (14,0)	16-88
Geen diagnose (n=35)	42 (16,0)	17-82

Tabel 11c: Burgerlijke staat (%)

Diagnose	Ongehuwd	Gehuwd	Gescheiden	Weduw staat
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=2044)	81	3	14	2
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=886)	81	4	13	2
Organisch syndroom (n=173)	63	4	29	4
Major depression (n=290)	57	10	23	10
Bipolaire stoornissen (n=274)	60	6	29	5
Stemmings- en angststoornissen (n=405)	70	8	18	4
Geen diagnose (n=32)	84	0	9	6

Tabel 11d: Kinderen (%)

Diagnose	Ja	Nee
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=1549)	20	80
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=633)	24	76
Organisch syndroom (n=128)	40	60
Major depression (n=213)	44	56
Bipolaire stoornissen (n=193)	43	57
Stemmings- en angststoornissen (n=261)	30	70
Geen diagnose (n=15)	33	67

Tabel 11e: Contactpersoon (%)

Diagnose	Ja	Nee
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=1474)	93	7
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=637)	89	11
Organisch syndroom (n=122)	89	11
Major depression (n=162)	90	10
Bipolaire stoornissen (n=191)	93	7
Stemmings- en angststoornissen (n=226)	91	9
Geen diagnose (n=0)	nb	nb

Tabel 11f: Woonsituatie voor contact met RIBW (%)

Diagnose	Zelfstandig	Familie	GGz	Andere RIBW	Overig
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=1659)	33	8	47	6	6
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=623)	46	13	31	6	4
Organisch syndroom (n=126)	27	3	56	11	3
Major depression (n=199)	60	4	30	2	4
Bipolaire stoornissen (n=207)	47	4	38	8	3
Stemmings- en angststoornissen (n=291)	64	6	21	3	6
Geen diagnose (n=4)	75	0	0	0	25

Tabel 11g: Gemiddelde periode in zorg bij de RIBW (in jaren)

Diagnose	Gemiddelde (sd)	Min - max
Schizofrenie en aanverwante stoornissen (n=2011)	6 (5,1)	0-34
Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch (n=952)	4 (4,6)	0-38
Organisch syndroom (n=170)	5 (5,3)	0-31
Major depression (n=253)	4 (4,3)	0-27
Bipolaire stoornissen (n=282)	5 (5,3)	0-34
Stemmings- en angststoornissen (n=374)	4 (3,8)	0-23
Geen diagnose (n=20)	3 (2,6)	1-10

Het valt op dat er in de BZW-populatie relatief bijna twee keer zoveel mensen met een stemmings- of angststoornis gediagnosticeerd zijn dan in de BW-populatie (tabel 10). Met betrekking tot de demografische kenmerken is in tabel 11c af te lezen dat het aantal gehuwden in deze diagnosegroepen, en met name binnen de major depression en de stemmings- en angststoornissen, relatief hoger is dan in de overige groepen. Van de cliënten gediagnosticeerd met een major depression of een bipolaire stoornis is bovendien een relatief hoog percentage vader of moeder, respectievelijk 44 en 43 procent. De instroom in de RIBW van deze drie cliëntengroepen is voornamelijk afkomstig uit een zelfstandige woonsituatie (tabel 11f). Meer dan 60 procent van deze cliënten ontving ten tijde van het onderzoek BZW-begeleiding, en woonde dus op de peildatum (01-01-2006) eveneens zelfstandig. Ruim een half procent van de populatie (35 personen) heeft geen psychiatrische diagnose volgens de DSM-IV codering (dat wil zeggen een DSM-IV code V71.09 of 799.9). Deze groep cliënten is gemiddeld het kortst in zorg bij de RIBW (tabel 11g).

Er zijn aanvullende gegevens verzameld over de aanwezigheid van midde-lenafhankelijkheid en persoonlijkheidsstoornissen binnen de cliëntenpopulatie. 30 procent van de cliëntenpopulatie van de RIBW is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. 53 procent van deze cliëntengroep is vrouw. Verslavingsproblematiek is aanwezig bij 22 procent van de cliëntenpopulatie. 69 procent van deze cliënten is man. De RIBW's in de Randstad en RIBW Midden Brabant (Berkel Enschtot) hebben het grootste aantal verslaafde cliënten in hun populatie, uiteenlopend van 27 tot 38 procent. Bij 80 procent van de cliënten met een verslaving is eveneens een psychiatrische diagnose gesteld, dit zijn cliënten met een zogenaamde dubbele diagnose. Deze groep vormt ongeveer 18 procent van de totale cliëntenpopulatie. In de Randstad bestaat de cliëntenpopulatie van RIBW's voor een nog groter deel uit deze cliënten. Bij RIBW Fonteynenburg (Zoetermeer) en

HVO-Querido (Amsterdam) behoort meer dan een vijfde van de populatie (resp. 23 en 24%) tot deze doelgroep, voor RIBW Den Haag en RIBW Kennemerland, Amstelland & de Meerlanden (Haarlem) is dit zelfs bijna een derde (resp. 29 en 31%).

4.2.3 GGz-carrière

De RIBW-cliënt heeft voor zijn psychiatrische behandeling contact met de GGz. Van de gehele populatie heeft 81 procent van de cliënten meer dan één keer per jaar contact met een behandelaar, 18 procent heeft incidenteel (minder dan één keer per jaar) contact.

Tabel 12: GGz-carrière RIBW-populatie (%)

	Totale RIBW-populatie	BW	BZW
Contact GGz ≤ 1x p/jr (n=2378)	18	17	18
Contact GGz > 1x p/jr (n=3008)	81	84	76
Antipsychotica (n=2786)	54	60	47
Psychofarmaca (n=3877)	74	81	68
Ooit opgenomen (n=2482)	83	90	75

Er is maar een klein percentage cliënten, zowel bij de BW als de BZW, dat helemaal geen GGz-contact heeft. Voor cliënten met weinig tot geen contact met de GGz hoeft dit niet te betekenen dat er geen psychiatrische behandeling plaatsvindt. In dergelijke gevallen kan bijvoorbeeld de huisarts een belangrijke rol spelen. In de tweede fase van UTOPIA is het mogelijk de rol van andere hulpverlenende instanties en behandelaren in relatie tot de RIBW-cliënt beter in kaart te brengen. Opnames in de GGz komen binnen de RIBW-populatie veel voor. Van de totale cliëntenpopulatie heeft 83 procent dit minstens één keer meegemaakt. In de BW-populatie is dat zelfs 90 procent. Bijna driekwart van de RIBW-cliënten gebruikt psychofarmaca en meer dan helft gebruikt antipsychotica. De percentages medicatiegebruik van de BW-cliënten liggen 13 procent hoger dan die van de BZW-cliënten.

4.2.4 Zorgwaarte

Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 3, paragraaf 3.3.2.1, is een AWBZ-indicatie noodzakelijk om recht te hebben op een plek in een BW of ambu-

lante woonbegeleiding. Deze indicatie wordt afgegeven door het CIZ en geeft aan op wat voor zorg iemand recht heeft. Dit zegt tevens iets over de zorgzwaarte. Indicaties worden namelijk ingedeeld naar functies en klassen, die samenhangen met minder of meer intensieve vormen van begeleiding en begeleidingsintensiteit, zie tabel 13. Bij de RIBW gaat het vooral om de functies verblijf en ondersteunende en activerende begeleiding. Daarnaast spelen de functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging soms een rol. De klasse waarin een dergelijke functie wordt ingedeeld, kan variëren van een aantal uren per maand tot een aantal dagdelen of dagen per week per indicatie.

Tabel 13: AWBZ-indicaties: functies en klassen

Functionele indicatie	Klassen	
	Minimaal	Maximaal
Verblijf-langdurig	klasse 4 = 4 etmalen	klasse 7 = 7 etmalen
Ondersteunende begeleiding-algemeen	klasse 1 = 0 - 1.9 uur	klasse 8 = 20 - 24.9 uur
Ondersteunende begeleiding-dag	klasse 1 = 1 dagdeel	klasse 9 = 9 dagdelen
Activerende begeleiding-algemeen	klasse 1 = 0 - 1.9 uur	klasse 4 = 7 - 9.9 uur
Activerende begeleiding-dag	klasse 1 = 1 dagdeel	klasse 9 = 9 dagdelen
Persoonlijke verzorging	klasse 1 = 0 - 1.9 uur	klasse 8 = 20 - 24.9 uur
Verpleging	klasse 0 = 0 - 0.9 uur	Klasse 7 = 16 - 19.9 uur
Huishoudelijke verzorging	Per 1-1-2007 door gemeente, niet meer door CIZ	

Binnen dit onderzoek is door 17 RIBW's informatie geleverd over de verschillende functies waarvoor iemand geïndiceerd is¹. Deze worden hieronder besproken. De functies huishoudelijke en persoonlijke verzorging en verpleging worden hierbij buiten beschouwing gelaten, net als de klassen waarin de indicaties zijn ingedeeld².

43 procent van de cliënten heeft een verblijfsindicatie, de meest intensieve begeleidingsvorm binnen de RIBW omdat deze gekoppeld is aan het wonen in de instelling. Dit percentage komt overeen met het percentage cliënten dat op de peildatum in een BW verblijft. Toch wil dit niet zeggen dat alle mensen die in een BW wonen ook een verblijfsindicatie hebben (tabel

¹ Per indicatie is informatie verkregen van minimaal 6900 en maximaal 7800 cliënten, afhankelijk van de volledigheid van de registratie.

² De meeste RIBW's registreren deze indicaties van hun cliënten niet, omdat ze deze zorg zelf niet leveren. De verzamelde informatie m.b.t. deze indicaties is hierdoor niet volledig en vaak minder betrouwbaar. Informatie over de indicatieklassen is in z'n geheel niet verzameld.

14). Ten eerste is er een aantal mensen bij de RIBW komen wonen lang voordat indicatiestelling verplicht werd. Deze mensen vallen nu onder een regeling waardoor indicatiestelling voor hen niet noodzakelijk is, terwijl ze wel een BW-plaats bezetten. De exacte omvang van deze groep is onduidelijk, maar het gaat maximaal om 14 procent van de BW-populatie. Ten tweede zijn er BZW-cliënten (vier procent van de BZW-populatie) die wel een verblijfsindicatie hebben, maar ten tijde van dit onderzoek niet in een BW woonden. Iets minder dan de helft van de RIBW-populatie is volgens de indicatiestelling niet in staat zelfstandig te wonen. Naast het verblijf in een woonvorm hebben deze mensen in bijna alle gevallen andere ondersteuning nodig om het dagelijkse leven te structureren en te organiseren. Hier komen de twee andere belangrijke indicaties om de hoek kijken.

Ondersteunende begeleiding richt zich op hulp bij dagelijkse activiteiten, zoals boodschappen doen, het huishouden en administratie, en wordt verstrekt aan 89 procent van de cliëntenpopulatie. Zowel bij BW- als BZW-cliënten komt deze indicatie verreweg het meest voor, respectievelijk 88 en 91 procent. Er is slechts een kleine groep cliënten die zonder deze ondersteuning kan.

Tabel 14: Indicaties RIBW-populatie (%)

Functionele Indicatie	Totale populatie	BW	BZW
Verblijf	43	86	4
Ondersteunende begeleiding	89	88	91
Activerende begeleiding	37	42	32

Activerende begeleiding richt zich op het omgaan met de psychiatrische stoornis en de ontwikkeling van vaardigheden en het ontplooiën van activiteiten. Iets meer dan een derde van de gehele cliëntenpopulatie (37%) heeft hiervoor een indicatie. Er zijn iets meer BW- dan BZW-cliënten die activerende begeleiding krijgen, respectievelijk 42 ten opzichte van 32 procent. De RIBW's hebben dus te maken met cliënten die moeite hebben het dagelijkse leven op een voor hun prettige manier te organiseren, en zelfstandig activiteiten te ontplooiën. De indicatiestellingen lijken erop te wijzen dat de BW-cliënten hierbij meer ondersteuning nodig hebben dan de BZW-cliënten.

4.3 Cliëntenparticipatie

4.3.1 *Dagbesteding en werk*

Gegevens over het gebruik van dagbesteding en werk zijn geleverd door negen RIBW's over in totaal 4870 cliënten. 47 procent van deze cliëntenpopulatie heeft enige vorm van dagbesteding en/of werk. Vijf van de negen RIBW's hebben dagbestedings- en werkprojecten in eigen beheer. Van deze RIBW's zijn op cliëntniveau gebruiksgegevens beschikbaar van 2900 cliënten¹, zie tabel 15. Een kwart van deze cliënten maakt gebruik van de dagbestedingsvoorzieningen. Per RIBW loopt dit percentage sterk uiteen: van 59 procent bij HVO-Querido (Amsterdam) tot 11 procent bij de RIBW Rijnmond en de RIBW Zwolle. Het percentage BW-clieñten met dagbesteding is gemiddeld twee keer zo hoog als dat van de BZW-clieñten. RIBW Rijnmond laat als enige een ander beeld zien, bij deze RIBW hebben BZW-clieñten iets vaker dagbesteding.

Tabel 15: Cliëntenparticipatie interne dagbesteding en werk (%)

Naam RIBW	Dagbesteding			Werk		
	Totaal	BW	BZW	Totaal	BW	BZW
Rijnmond - Rotterdam (n=988)	11	11	12	11	12	10
Zwolle (n=500)	11	12	11	25	21	26
Drenthe - Assen (n=469)	14	22	9	6	5	6
Mid. Brabant - Berkel Enscht (n=380)	45	59	28	31	32	30
HVO-Querido - Amsterdam (n=563)	59	63	51	24	21	32
Totaal (n=2900)	25	34	17	18	18	17

Van de werkvoorzieningen wordt door 18 procent van deze cliënten gebruik gemaakt. Ook hier zijn de verschillen tussen de RIBW's soms groot: bijna een derde van de cliënten van de RIBW Midden Brabant (Berkel Enscht) is actief bij een werkvoorziening, terwijl dit bij de RIBW Drenthe (Assen) slechts zes procent is. De totale BW-populatie heeft gemiddeld een iets hoger participatiepercentage dan de BZW-populatie. Er zijn echter drie RIBW's waar de BZW-clieñten meer participeren, te weten RIBW Zwolle, RIBW Drenthe (Assen) en HVO-Querido (Amsterdam).

¹ De steekproefgegevens van Kwintes zijn buiten beschouwing gelaten.

Terwijl de vijf RIBW's in tabel 15 hun voorzieningen voor werk en dagbesteding in eigen beheer hebben, maken andere RIBW's hiervoor gebruik van externe organisaties, die zich speciaal richten op werk en dagbesteding. RIBW Den Haag en RIBW Fonteynenburg (Zoetermeer) maken gebruik van REAKT, de cliënten van de RIBW Kennermerland, Amstelland & Meerlanden (Haarlem) kunnen terecht bij ROADS en bij RIBW Arnhem & Veluwevallei wordt gebruik gemaakt van verschillende werk- en dagbestedingsorganisaties. In totaal zijn er van deze vier RIBW's gegevens bekend over de dagactiviteiten van 1973 cliënten. In tabel 16 wordt een overzicht gegeven van het gebruik van de externe werk- en dagbestedingsvoorzieningen door deze groep.

Tabel 16: Cliëntenparticipatie externe dagbesteding en werk

Naam RIBW	Dagbesteding			Werk		
	Totaal	BW	BZW	Totaal	BW	BZW
Fonteynenburg - Zoetermeer (n=184)	38	38	38	23	26	20
Den Haag (n=550)	46	48	43	25	22	29
KAM - Haarlem (n=447)	59	61	55	35	34	37
AVV - Arnhem (n=792)	45	62	38	37	38	37
Totaal (n=1973)	48 ¹	54	42	32	30	34

Bijna de helft van de totale cliëntengroep bezoekt de voorzieningen voor dagbesteding. Van de BW-populatie heeft meer dan de helft van de cliënten een externe vorm van dagbesteding, van de BZW-populatie is dat 42 procent. De participatieverschillen tussen de BW- en BZW-populatie zijn hier voor dagbesteding minder groot dan bij de interne dagbestedingsvoorzieningen. Een derde van de cliëntenpopulatie maakt gebruik van de werkvoorzieningen. Het percentage BZW-clieënten dat werkt bij externe voorzieningen ligt iets hoger dan het BW-percentage. Bij de interne werkvoorzieningen is dit juist andersom. Het is opvallend dat de totale participatiepercentages aan externe dagbestedings- en werkvoorzieningen van de BW- en BZW-populatie veel hoger liggen dan die van de RIBW's die deze voorzieningen in eigen beheer hebben. Vooral het participatieverschil tussen de BZW-populaties is erg groot. Deze relatief hoge externe participatiepercentages wijzen erop dat RIBW-clieënten het zeker niet lastig, of mis-

¹ Dit percentage kan in werkelijkheid iets (maximaal 3% hoger of lager) uitvallen, vanwege onvolledige registratie.

schien zelfs prettiger, vinden om bij andere organisaties aan de slag te gaan. Wellicht dat dit voor BZW-cliënten, die vanwege de aard van de begeleiding minder binding hebben met de RIBW als instelling dan BW-cliënten, nog sterker geldt.

Het is mogelijk dat het percentage cliënten met werk en/of dagbesteding in werkelijkheid hoger is dan hier is beschreven. RIBW-cliënten kunnen bijvoorbeeld bij de GGz waar ze in behandeling zijn aan dagbesteding of werk doen. Dit wordt echter niet door de RIBW's geregistreerd en valt zodoende buiten het bereik van de eerste fase van dit onderzoek. Tijdens de tweede fase is het mogelijk de rol van de GGz en andere instellingen in het netwerk van de RIBW-cliënt nader te onderzoeken.

4.3.2 Inloop

Er zijn 12 RIBW's die inloopvoorzieningen in eigen beheer hebben. Van vier van hen zijn gegevens bekend over het gebruik hiervan door cliënten. In tabel 17 wordt weergegeven dat het gaat om gemiddeld 25 procent van hun totale cliëntenpopulatie.

Tabel 17: Gebruik interne inloopvoorzieningen (%)

Naam RIBW	Inloop		
	Totaal	BW	BZW
Drenthe - Assen (n=469)	8	7	9
AVV - Arnhem (n=772)	24	36	19
KAM - Haarlem (n=445)	27	26	28
Zwolle (n=499)	41	53	35
Totaal (n=2185)	25 ¹	29	22

De inloopvoorzieningen van de RIBW Zwolle worden het meest bezocht, namelijk door 41 procent van de cliënten. Bij de RIBW Drenthe is het bezoeken van de inloop nog geen schering en inslag, slechts acht procent van de cliënten weet de weg hiernaartoe te vinden. RIBW Drenthe heeft lange tijd samengewerkt met een externe partner voor dagbesteding. Dit kan een oorzaak zijn voor het lage percentage inlopers bij de RIBW zelf. Van de

¹ Dit percentage kan in werkelijkheid iets (maximaal 3% hoger of lager) uitvallen, vanwege onvolledige registratie.

negen RIBW's met externe inloopvoorzieningen, zijn van RIBW Den Haag en RIBW Fonteyenburg (Zoetermeer) gebruiksgegevens bekend, zie tabel 18. Zij besteden hun inloop, net als de overige dagbesteding, uit aan REAKT. Het totale gebruik van de inloop-voorzieningen bij externe partners is, anders dan voor dagbesteding en werk, vergelijkbaar met het totale gebruik van de interne inloopvoorzieningen. De participatiepercentages van de BW- en BZW-populaties zijn eveneens grotendeels vergelijkbaar.

Tabel 18: Gebruik van externe inloopvoorzieningen (%)

Naam RIBW	Inloop		
	Totaal	BW	BZW
Den Haag (n=507)	24	24	24
Fonteyenburg - Zoetermeer (n=184)	40	53	25
Totaal (n=691)	28	31	24

4.4 Samenvatting

De RIBW-cliënt is gemiddeld 45 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop men instroomt in de RIBW is 41 jaar. 59 procent van de RIBW-populatie bestaat uit mannen, van de BW-populatie is dat zelfs 63 procent. Meer dan driekwart van de RIBW-cliënten is ongehuwd, iets meer dan een kwart heeft kinderen. Bijna de helft van de RIBW-cliënten is gediagnosticeerd met schizofrenie of een aanverwante stoornis. Op een procent na hebben alle cliënten van de RIBW contact met de GGz, waarvan meer dan tachtig procent meer dan één keer per jaar. Meer dan een derde van de cliëntenpopulatie komt vanuit de GGz bij de RIBW terecht.

In dit rapport komt uit de participatiepercentages aan werk en dagbesteding van RIBW-cliënten naar voren dat de BW-cliënten actiever zijn in deze voorzieningen dan de BZW-cliënten. Het is in deze fase van UTOPIA helaas niet mogelijk te onderzoeken of dit betekent dat BZW-cliënten meer dan BW-cliënten participeren in werk of dagbesteding buiten de RIBW, of dat BZW-cliënten misschien minder activiteiten ondernemen dan BW-cliënten omdat ze hierin minder ondersteund worden. Ten tweede blijken werk- en dagbestedings-voorzieningen die niet door de RIBW worden beheerd er beter in te slagen cliënten te laten participeren, dan de

werk- en dagbestedingsvoorzieningen die de RIBW in beheer heeft. Wellicht is de RIBW hiervoor minder goed toegerust.

5 Samenvatting en verder onderzoek

5.1 Samenvatting

5.1.1 *De RIBW als organisatie*

5.1.1.1 *Doelstelling en visie*

De algemene doelstelling van de RIBW's is het bieden van een beschermende woonomgeving en begeleiding aan mensen met een psychiatrische handicap. Zij ondersteunen mensen in het dagelijks leven en helpen ze vaardigheden te behouden en/of te ontwikkelen om een zo zelfstandig mogelijk leven te kunnen leiden. Er is bij de RIBW, in tegenstelling tot de GGz, geen sprake van behandeling. De begeleiding van de RIBW wordt gebaseerd op de rehabilitatievisie. Er wordt gebruik gemaakt van twee hoofdstromingen: de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) en het Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH), beiden gebaseerd op de ideeën van Anthony e.a. (2002). Voor beide stromingen geldt dat niet de stoornis van cliënten centraal staat, maar de persoon als geheel en zijn ontwikkelingsmogelijkheden. Iedere cliënt heeft een begeleidingsplan dat volgens de rehabilitatievisie is opgebouwd, waarin begeleidingsdoelen worden gesteld die de cliënt al dan niet samen met zijn RIBW-begeleider wil verwezenlijken.

5.1.1.2 *Organisatie van begeleiding*

De begeleiding is in de RIBW's verschillend georganiseerd. Er wordt in verschillende mate gebruik gemaakt van functiedifferentiatie, vooral in de residentiële zorg. Dat betekent dat de begeleidingstaken voor een cliënt zijn verdeeld over professionals met een verschillend opleidingsniveau. Naast het in meerdere of mindere mate toepassen van functiedifferentiatie, zijn er tussen RIBW's verschillen in de organisatie van begeleidende teams. Negen RIBW's hebben geïntegreerde begeleidingsteams, die zowel BW- als BZW-clianten begeleiden. Acht RIBW's maken gebruik van gescheiden BW- en BZW-teams. De overige RIBW's hebben zowel gescheiden als geïntegreerde teams. Vooral de regionale situatie speelt een belangrijke rol bij het bepalen van de teamorganisatie.

5.1.1.3 Capaciteitsontwikkeling: explosieve groei

De RIBW's hadden op 01-01-2006 een BW capaciteit van 5548 plaatsen en 6797 ambulante cliënten in begeleiding. Dit zijn zes BW-plaatsen en zeven BZW-clieñten per 10.000 inwoners. Dit betekent dat de RIBW-populatie op het moment van dit onderzoek voor 55 procent bestond uit ambulante cliënten. De gemiddelde bevolkingsdichtheid van het verzorgingsgebied van alle 21 RIBW's samen is 522 inwoners per km². Dit loopt tussen de afzonderlijke RIBW's echter uiteen. De RIBW's zijn gelegen in uiteenlopende regio's, van plattelandsgebieden tot grote steden, met hun eigen kenmerken, markt en zorgbehoeften. Het beleid van de RIBW sluit hier bij aan. Dit resulteert o.a. in verschillende verhoudingen tussen BW- en BZW-begeleiding (zie tabel 8, hoofdstuk 3). In de afgelopen jaren is de cliëntenpopulatie van de RIBW enorm toegenomen. In vijf jaar tijd groeide de BW-capaciteit gemiddeld met 33 procent en het aantal BZW-clieñten groeide explosief met 150 procent. De RIBW vervult blijkbaar een groot gat in de markt van de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks de enorme groei heeft de RIBW te kampen met wachtlijsten, zowel voor het beschermd wonen als het begeleid zelfstandig wonen. De wachttijd voor een plaats in een BW is gemiddeld 8,5 maanden, voor ambulante begeleiding staan mensen gemiddeld 3,9 maanden op de wachtlijst.

5.1.1.4 Ontwikkelingen in de zorg

Verbreiding cliëntenpopulatie

Naast een toename van het aantal cliënten dat bij de RIBW terecht kan, komen behalve (ex-) psychiatrische cliënten uit de GGz ook steeds meer andere cliëntencategorieën in aanmerking voor RIBW-begeleiding, mede door de versoepeling van de toelatingscriteria en de verbreding van het begeleidingsaanbod. De meerderheid van de RIBW's heeft een zorgaanbod voor specifieke doelgroepen, zoals jongeren, mensen met het syndroom van Korsakov, mensen met autisme en dubbele diagnose cliënten (zie ook hoofdstuk 3, tabel 4 van dit rapport). In drie RIBW's is er zelfs een begeleidingsaanbod voor doven en slechthorenden met een psychiatrische achtergrond. Het zorgaanbod voor dit soort doelgroepen omvat bijvoorbeeld een aangepaste begeleidingsmethodiek, een aangepaste woonvorm en/of doelgroepspecifieke leefregels. De RIBW is tegenwoordig een instelling waar cliënten met verschillende achtergronden en van allerlei leeftijden

zowel ambulante als residentiële worden begeleid vanuit een visie van revalidatie.

Verbreding zorgaanbod

In de revalidatievisie van de RIBW speelt naast ondersteuning van het persoonlijk herstel ook het 'maatschappelijk eerherstel' een belangrijke rol. In overeenstemming met deze revalidatiegedachte heeft de RIBW een aantal pijlers toegevoegd aan haar begeleidingsaanbod. Naast woonbegeleiding in een woonvorm of ambulante ondersteuning biedt de RIBW haar cliënten tegenwoordig inloopmogelijkheden, dagbesteding, werkprojecten en trajectbegeleiding. 11 RIBW's hebben dagactiviteitencentra in eigen beheer, acht RIBW's hebben werkvoorzieningen en negen RIBW's bieden hun cliënten trajectbegeleiding. Voor een grote groep cliënten van de RIBW is het vinden van dagbesteding en werk buiten de RIBW moeilijk, zo niet onmogelijk. Voor deze groep cliënten komt dit zorgaanbod tegemoet aan de behoefte aan geschikte dagbesteding. Het is onduidelijk in hoeverre deze voorzieningen ook een voorbereidende rol spelen voor cliënten die de overstap willen maken naar reguliere dagbesteding of (vrijwilligers)werk. In dit rapport kwam bovendien naar voren dat de participatie van cliënten aan werk en dagbesteding hoger lag bij externe werk- en dagbestedingsvoorzieningen, dan dergelijke voorzieningen die door de RIBW zelf worden beheerd. Dit was vooral het geval voor de participatie van de BZW-populatie. Dit roept de vraag op of de RIBW wel de juiste organisatie is om dit soort voorzieningen aan te bieden. Naast de begeleiding die de RIBW biedt aan BW- en BZW-clieënten gaan steeds meer RIBW's zich bezighouden met de maatschappelijke opvang. Vanwege de specifieke aard van deze opvang en de cliënten die daar gebruik van maken, valt dit echter buiten het bereik van de eerste fase van UTOPIA.

5.1.1.5 Woonwensen

Het woningbestand van de RIBW is net als de cliëntenpopulatie onderhevig aan verandering. De RIBW-clieënt wil tegenwoordig zo zelfstandig mogelijk wonen, met zoveel mogelijk privacy. De RIBW houdt rekening met deze wensen bij het huren en aankopen van nieuwe woningen. Grotere voorzieningen waar mensen in groepen van zes of meer bij elkaar wonen, worden steeds vaker vervangen voor eengezinswoningen waar mensen met

z'n drieën of vieren wonen en appartementen of flats die geschikt zijn voor één of twee personen.

5.1.2 De cliënten van de RIBW

5.1.2.1 Demografische kenmerken

De RIBW-cliënt is gemiddeld 45 jaar. De gemiddelde leeftijd waarop men instroomt in de RIBW is 41 jaar. Van de BW-cliënten komt meer dan de helft uit de GGz en iets meer dan een vijfde is afkomstig uit een zelfstandige woonsituatie. Voor BZW-cliënten geldt het omgekeerde: bijna tweederde is afkomstig uit een zelfstandige woonsituatie en iets meer dan een vijfde stroomt in vanuit de GGz. 59 procent van de RIBW-populatie bestaat uit mannen, van de BW-populatie is dat zelfs 63 procent. Meer dan driekwart van de RIBW-cliënten is ongehuwd, iets meer dan een kwart heeft kinderen.

5.1.2.2 Klinische kenmerken

Bijna de helft van de RIBW-cliënten is gediagnosticeerd met schizofrenie of een aanverwante stoornis. Deze groep cliënten bestaat voor een groot deel uit ongehuwde mannen en is met een gemiddelde zorgperiode van zes jaar het langst in zorg bij de RIBW. De laatste jaren stromen er ook mensen in die voorheen niet bij de RIBW terecht kwamen. Vooral voor mensen met autisme is er binnen de RIBW een groeiend zorgaanbod. Verslavingsproblematiek was voorheen vaak ook een contra-indicatie voor RIBW-begeleiding. Tegenwoordig heeft meer dan een vijfde van de RIBW-cliënten te kampen met een verslaving. Dit zijn vooral mannen. 80 procent van de cliënten met een verslaving heeft ook een psychiatrische diagnose. Bijna een derde van de RIBW-cliënten is gediagnosticeerd met een persoonlijkheidsstoornis. Meer dan de helft van deze cliënten is vrouw. Op één procent na hebben alle cliënten van de RIBW contact met de GGz, waarvan meer dan tachtig procent meer dan een keer per jaar. Een grote meerderheid heeft minstens een opname in de GGz achter de rug. Psychofarmaca en/of antipsychotica worden door meer dan de helft van de RIBW-cliënten gebruikt.

5.1.2.3 *Zorgzwaarte*

De RIBW-cliënten krijgen van de RIBW ondersteuning bij het dagelijks leven op basis van indicaties die worden verstrekt door het Centraal Indicatieorgaan Zorg. De belangrijkste indicaties zijn achtereenvolgens de indicatie verblijf, die recht geeft op een plaats in een beschermende woonvorm; de indicatie ondersteunende begeleiding, die hulp omvat bij de dagelijkse activiteiten zoals boodschappen doen en het huishouden; en de indicatie activerende begeleiding, die zich richt op het leren omgaan met de psychiatrische stoornis en de ontwikkeling van vaardigheden en het ontplooiën van activiteiten. De verblijfsindicatie is vooral van toepassing op de BW-cliënten van de RIBW. De indicatie ondersteunende begeleiding komt zowel in de BW- als BZW-populatie veel voor. Dit betekent dat slechts een kleine groep cliënten zich kan redden met de dagelijkse activiteiten. De indicatie activerende begeleiding komt veel minder vaak voor, vooral in de BZW-populatie. Het omgaan met een psychiatrische stoornis en het ontplooiën van activiteiten is dus vooral voor BW-cliënten een onderdeel van de RIBW-begeleiding. Uit de participatiepercentages aan werk en dagbesteding komt dit in dit rapport ook naar voren: de BW-cliënten zijn actiever in deze voorzieningen dan de BZW-cliënten. Het is met behulp van de verzamelde gegevens niet mogelijk te onderzoeken of dit betekent dat BZW-cliënten meer dan BW-cliënten participeren in werk of dagbesteding buiten de RIBW, of dat BZW-cliënten misschien minder activiteiten ondernemen dan BW-cliënten, omdat ze hierin minder begeleid worden. In dit laatste geval zou de indicatiestelling van BZW-cliënten nauwkeuriger moeten worden bekeken.

De gegevens met betrekking tot indicatiestelling en GGz-contact van de RIBW-populatie maken duidelijk dat RIBW-cliënten zowel op het gebied van het dagelijks leven, als op medisch gebied aanzienlijke zorgbehoeften hebben. Er is weinig grootschalig onderzoek gedaan naar de aard van deze zorgbehoeften van RIBW-cliënten en in hoeverre de begeleiding van de RIBW hierbij aansluit. Dit zal een van de onderzoeksvragen zijn van de tweede fase van UTOPIA.

5.2 Verder onderzoek: de tweede fase van UTOPIA

De eerste fase van UTOPIA krijgt in 2007 een vervolg. Naar aanleiding van de bevindingen in de eerste fase, wordt in deze tweede fase van UTOPIA beoogd inzicht te krijgen in het dagelijks leven van de RIBW-cliënt; hoe ziet een dag van een RIBW-cliënt eruit, hoe omvangrijk is het sociale netwerk en wat zijn z'n dagbestedingsmogelijkheden? Zijn er verschillen tussen BW- en BZW-cliënten? Daarnaast wordt de inhoud van de RIBW-begeleiding onderzocht en in hoeverre deze begeleiding aansluit op de (on)vervulde zorgbehoeften van haar cliënten. Is de begeleiding van de RIBW adequaat? De invloed van huisvestingskenmerken (bijv. privacy, groepsgrootte), begeleidingsaspecten (zorgintensiteit, BW vs. BZW) en functioneringsniveau van cliënten op hun kwaliteit van leven en tevredenheid met de geboden zorg wordt nader bekeken. In de tweede fase komt ook de rol van het maatschappelijk steunsysteem van de RIBW-cliënt aan de orde. Belangrijke vragen waarop een antwoord wordt gezocht zijn: hoe is dit steunsysteem opgebouwd? Wie zijn de belangrijkste partijen en wie vervult welke rol? Heeft (de samenstelling van) het steunsysteem invloed op de kwaliteit van leven en tevredenheid met geboden zorg van de RIBW?

Literatuurlijst

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M. & Gagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University.
- Beenackers, M. & Swildens, W. (2003). *Wat is een maatschappelijk steun-systeem?* In: *Thuis in de samenleving. Samenwerken aan maatschappelijke ondersteuning vanuit beschermd en begeleid wonen in de geestelijke gezondheidszorg*. Van de Beek, H. & Van Zuthem, J.W. (red.). Utrecht: Lemma.
- Boevink, W., Van Beuzekom, J., Gaal, E., Jadby, A., Jong, F., Klein Bramel, M., Kole, M., Te Loo, N., Scholtus, S. & Van der Wal, C. (2003). *Samenwerken aan herstel. Van ervaringen delen naar kennis overdragen*. Utrecht: Trimbo's-instituut.
- Bogaards, M. & Lucassen, L. (2006). *Wonen in de wijk. Een evaluatieonderzoek*. Rotterdam: SWP.
- Carsouw, E. (2005). *Rehabilitatie: een richting, geen punt....*Deventer: RIBW Oost Veluwe.
- Den Hollander, D. & Zewuster, J. (2005). *Rapportage van de werkgroep Rehabilitatie en mensen met ASS. Rehabilitatiegericht werken met mensen met ASS. Deel 1*. Dr. Leo Kannerhuis & RIBW Arnhem & Veluwevallei.
- Dieperink, C., Pijl, B. & Driessen, G. (2006). *Langdurig zorgafhankelijken in de GGZ. Een landelijke verkenning op basis van casusregisters*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 61 (3), 228-238.
- GGz in getallen (2005). Utrecht: GGZ Nederland.
- GGZ Nederland (1999). *RIBW in cijfers 1998*. Utrecht: GGZ Nederland.
- Goeman, H. & Van Zuthem, J.W. (2007). *Ontwikkelingen in beschermd wonen*. In: *Buitengewoon Werk. Rehabilitatiemethodieken in Be-*

scherm en Begeleid Wonen. Van de Beek, H., Droes, J., Wilken, J.P., Zaat, L. & Van Zuthem, J.W. (red.). Amsterdam: SWP.

Henkelman, L. (1994). *Revalidatie van de chroniciteit: hoop of illusie*. Tijdschrift voor Psychiatrie 36, 46-57.

Kolk, R., Schoemaker, C., Geelen, K. & Kroon, H. (2005). *Systematisering en intensivering van de cliëntenparticipatie*. RIBW Oost Veluwe. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kroon, H., Theunissen, J., Van Busschbach, J., Raven, E. & Wiersma, D. (1998). *Epidemiologisch onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten in Nederland: conclusies uit regionale prevalentiestudies*. Tijdschrift voor Psychiatrie, 40 (4), 199-211.

Michon, H. & Van Weeghel, J. (1999). *Schatten van mogelijkheden. Richtlijnen voor het inschatten van arbeidsmogelijkheden van (ex-)psychiatrische cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Mos, M.C. & Van Weeghel, J. (2004). *Zorg in de Samenleving. Een basisprogramma voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Onder Anderen (1993). *Geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Nota GGz, 23 067 (1). Den Haag: SDU.

Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I. & Sytma, S. (2005). *Evaluatie van het Extramuraliseringsbeleid in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Stichting Rehabilitatie '92 Rotterdam (1998). Klapper Voorlichting.

Van Busschbach, J. & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie*. Groningen: Stichting GGz Groningen en Rijksuniversiteit Groningen.

Van de Lindt, S.M. (2006). *RIBW-bemoeizorg in beeld*. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Van der Hijden, E., Buijt, Y., Wierdsma, A. & Smits, A. (1998). *Beschermd wonen; tevreden wonen? Resultaten van een tevredenheidsonderzoek onder bewoners van drie organisaties*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 53, 251-276.
- Van Hoof, F., Geelen, K., Van Rooijen, S. & Van Weeghel, J. (2004). *Mee-doen. Maatschappelijke ondersteuning van mensen met psychische handicaps*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Hoof, F., Ketelaars, D. & Van Weeghel, J. (2000). *Dac in, Dac uit. Een longitudinaal onderzoek bij bezoekers van dagactiviteitencentra in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Van Weeghel, J. & Droes, J. (1999). *Problemen in perspectief. Herstelgerichte zorg in maatschappelijke steunsystemen*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 54, 150-165.
- Wiersma, D. & Van Busschbach, J. (2001). *Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands*. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 251, 239-246.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Nienhuis, F.J., Ruphan, M. & Giel, R. (1989). *Evaluatieonderzoek naar substitutie in de GGZ. Berichten vanuit het substitutieproject Drenthe (I)*. Tijdschrift voor Psychiatrie 31, 599-617.
- Wiersma, D., Kluiters, H., Pijl, Y.J. & Sytema, S. (2002). *Mental Health Care in the Netherlands. Community Care without Hospitals*. International Journal of Mental Health, 31 (3), 50-65.
- Wilken, J.P. & Van Maurik, G. (2007). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen: begeleiding op maat voor iedere client*. In: *Buitengewoon Werk. Rehabilitatie-methodieken in Beschermd en Begeleid Wonen*. Van de Beek, H., Droes, J., Wilken, J.P., Zaat, L. & Van Zuthem, J.W. (red.). Amsterdam: SWP.

Dankwoord

Het onderzoeksteam wil op deze plek van de gelegenheid gebruik maken een aantal mensen te bedanken voor de fijne samenwerking en hun inzet tijdens de omvangrijke gegevensverzameling: Chiara Tafuni voor de RIBW Den Haag en de RIBW Fonteyenburg, Jennie Scholtmeier van de RIBW Zwolle, Tim Mutter van de RIBW Twente, Bert Ahoud van de RIBW Arnhem & Veluwevallei, Ine Ketelaars van de RIBW Midden Brabant, Jo Bisscheroux en Matti van de Berg van de RIBW Heuvelland & Maasvallei, Iwan Solen van RIBW Kwintes, Kees van der Molen van Stichting Woonbegeleiding Delft, Jan Jumelet van HVO-Querido, Rene Stussgen, Liesbeth Bogaard, Paula van Bladel en Maurits Beenackers van de SBWU, Arjan Kampen van de RIBW Rijnmond, Hans van Dooren van de RIBW Oost Veluwe, Jan Kempers van de RIBW Kennermerland Amstelland & de Meerlanden, Yuri van den Bogaerde van de RIBW Zaanstreek Waterland & West Friesland, Brigitte de Jager van RIBW Mensana en Jack Schuurmans van de GGz Noord en Midden Limburg, Angelique Smid, Bert Verschoor en Olly van de RIBW Drenthe, Rob Joosten van de RIBW Gooi & Vechtstreek, Corry Slingerland van RIBW Istia/BAVO Europoort, Lous Visser van RIBW PC Hooft en Theo van Asperen van de RIBW Nijmegen & Rivierland.

Daarnaast bedanken we de directies en stafleden van de RIBW's voor de hartelijke ontvangst en de rondleidingen langs verschillende voorzieningen.

Ten slotte bedanken we Bram Pijl voor het verstrekken van informatie uit het Psychiatrisch Casusregister-Noord Nederland.

Bijlagen

- Bijlage 1 Codeboek UTOPIA
- Bijlage 2 Overzicht Functiedifferentiatie
Overzicht Organisatie begeleidende teams
Overzicht Voorzieningen in eigen beheer
Capaciteitsgroei RIBW's 2001/2006
- Bijlage 3 Afkortingen en adressen

Bijlage 1:

Codeboek UTOPIA:



Uit & Thuis: Onderzoek naar de Participerende Instellingen van de RIBW Alliantie

11-08-06

Charlotte de Heer

Annemarie Caro

Toelichting Codeboek Gewenste Gegevens Onderzoeksfase 1

In dit codeboek staat beschreven welke onderzoeksgegevens nodig zijn voor de eerste fase van het onderzoek naar deelnemende instellingen van de Alliantie van RIBW's.

Het eerste onderdeel van het codeboek beschrijft de gegevens die op instellingsniveau van belang zijn, in het tweede deel worden de gegevens beschreven die op cliëntniveau verzameld gaan worden.

De gegevens worden verzameld vanaf een vooraf vastgestelde peildatum, te weten 01-01-2006.

Instellingsniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
Algemeen			
1	naam instelling	1-22	RIBW Drenthe
2	totaal aantal FTE directe cliëntenzorg		
3	visie		
4	verzorgingsgebied		
5	Aantal locaties met 24-uurszorg (incl oproep/ telefonisch)		
6	Aantal locaties met lijkfelijk aanwezige 24-uurszorg		
7	Psycholoog verbonden aan instelling	0	Nee
		1	Ja
8	Trajectbegeleider verbonden aan instelling	0	Nee
		1	Ja
Beschermd Wonen			
9	productie (in verblijfsdagen, over 2005)		
10	capaciteit BW (aantal bedden)		
11	gemiddelde bezettingsgraad BW (op peildatum)		
12	aantal locaties (een locatie kan bestaan uit meerdere huizen of uit BW en BZW, afhankelijk van hoe de instelling dit zelf indeelt)		
13	aantal individuele woonvormen (eigen voordeur, alles voor 1 persoon)		
14	aantal woonhuizen in een wijk (totale aantal BW woonhuizen dat in een wijk gesitueerd is)		
15	aantal grotere voorzieningen (bv speciaal gebouw, personeel, centrale keuken, geen MO!!)		
16	instroom (over 2005)		
17	uitstroom (over 2005)		
18	doorstroom (van BW naar BZW/andere BW, over 2005)		
19	aantal FTE's directe cliëntenzorg		
20	aanwezigheid wachtlijst BW	0	Nee
		1	Ja
21	gemiddelde wachttijd (in maanden over 2005)		
22	aantal wachtenden (op peildatum)		
23	Autisten	0	Nee
		1	Ja
23a	aparte voorziening voor autisten?	0	Nee
	(aparte woonvorm/speciaal gereserveerde BW-plekken)	1	Ja

Instellingsniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
24	Korsakov + NAH overig	0	Nee
		1	Ja
24a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
25	Forensisch	0	Nee
		1	Ja
25a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
26	TBS-ers	0	Nee
		1	Ja
26a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
27	Leeftijdgerelateerd (ouderen of jongeren)	0	Nee
		1	Ja
27a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
28	Dubbele diagnose	0	Nee
		1	Ja
28a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
29	Verslaafden	0	Nee
		1	Ja
29a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
30	Moeders met kinderen	0	Nee
		1	Ja
30a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
31	Asielzoekers	0	Nee
		1	Ja
31a	aparte voorziening?	0	Nee
		1	Ja
32	Gewenste kwalificaties directe cliëntenzorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
33	Werkelijke kwalificaties directe cliëntenzorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO

Instellingsniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
Begeleid zelfstandig wonen			
34	productie (aantal contacturen, over 2005)		
35	aantal FTE's directe cliëntenzorg		
36	aantal cliënten in zorg (op peildatum)		
37	instroom (over 2005)		
38	uitstroom (over 2005)		
39	doorstroom (van BZW naar BW, over 2005)		
40	aanwezigheid wachtlijst BZW	0	Nee
		1	Ja
41	gemiddelde wachttijd (in maanden, over 2005)		
42	aantal wachtenden (op peildatum)		
43	Gewenste kwalificaties directe zorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
44	Werkelijke kwalificaties directe zorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
Additionele voorzieningen			
45	<u>Werkvoorziening</u>	0	Nee
		1	Ja
46	aantal werkvoorzieningen		
47	Gemiddeld aantal cliënten per dag		
48	Aantal FTE's		
49	Gewenste kwalificaties directe zorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
		3	WO
50	Werkelijke kwalificaties directe zorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
		3	WO
51	<u>Dagbesteding</u> (in eigen beheer)	0	Nee
		1	Ja
52	aantal dagbestedingslocaties		
53	Gemiddeld aantal cliënten per dag		

Instellingsniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
54	Aantal FTE's		
55	Gewenste kwalificaties directe zorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
56	Werkelijke kwalificaties directe zorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
57	<u>Inloop</u> (in eigen beheer)	0	Nee
		1	Ja
58	aantal inloopvoorzieningen		
59	Gemiddeld aantal cliënten per dag		
60	Aantal FTE's		
61	Gewenste kwalificaties directe zorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
62	Werkelijke kwalificaties directe zorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
63	<u>Maatschappelijke opvang</u>	0	Nee
		1	Ja
64	Capaciteit maatschappelijke opvang		
65	Aantal FTE's		
66	Gewenste kwalificaties directe zorg (gewenst minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO
67	Werkelijke kwalificaties directe zorg (werkelijk minimaal opleidingsniveau)	0	geen
		1	MBO
		2	HBO

Cliëntniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
1	Initialen		
2	Cliëntnummer		
3	Geslacht	1	Man
		2	Vrouw
4	Geboortedatum		
5	Geboorteplaats cliënt		
6	Geboorteland vader		
7	Geboorteland moeder		
8	Nationaliteit	1	Nederlandse
		2	Surinaamse
		3	Marokkaans
		4	Turks
		5	Arubaans/Antilliaans
		6	Kaapverdisch
		7	EU
		8	USA
		9	Overig
		10	Buitenland; onbekend
9	Burgerlijke staat	1	Alleenstaand
		2	Samenwonend
		3	Gehuwd
		4	Gescheiden
		5	Weduwe/weduwenaar
10	Kinderen	0	nee
		1	ja
11	Contactpersoon	0	nee
		1	ja
12	Diagnose As 1	1	Organisch syndroom ICD 9 2900-2949
		2	Schizofrenie en aanverwante stoornissen 2950-2959, 2970-2999
		3	Major depression 2961
		4	Bipolaire stoornissen 2960, 2962-2969
		5	Stemmingsstoornis/ angst/stress 3000-3009, 3080-3099
		6	Overig psychiatrisch en niet-psychiatrisch
13	Middelenafhankelijkheid	0	nee
		1	ja
14	Persoonlijkheidsstoornis	0	nee
		1	ja
15	Gaf-score (as V van de DSM –IV)		
16	Jaar eerste contact GGz		

Cliëntniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
17	Jaar eerste contact huidige RIBW		
18	Ooit opgenomen geweest in psychia- trisch ziekenhuis	0	nee
		1	ja
19a	Naam RIBW		1 t/m 22
19b	Locatie RIBW		
19c	Afdeling (volgens codering RIBW)		
20	Woonsituatie ten tijde van eerste contact huidige RIBW	1	Zelfstandig
		2	Bij familie
		3	Andere RIBW
		4	GGz
		5	Overig
21	Woonplaats ten tijde van eerste con- tact huidige RIBW		
22a	AWBZ indicatie Verblijf	0	nee
		1	ja
22b	AWBZ ind. verpleging	0	nee
		1	ja
22c	AWBZ ind. persoonlijke verz.	0	nee
		1	ja
22d	AWBZ ind. huishoudelijke verz.	0	nee
		1	ja
22e	AWBZ ind. ondersteunende begelei- ding	0	nee
		1	ja
22f	AWBZ ind. activerende begeleiding	0	nee
		1	ja
23	Zorgtype	1	Beschermd wonen
		2	Begeleid zelfstandig wonen
		3	Maatsch. opvang
25	Werk ((on)betaald/vrijwillig)	0	nee
		1	ja
26	Dagbesteding	0	nee
		1	ja
27	Inloop	0	nee
		1	ja
28	Regulier contact met GGz (> 1x per jaar contact met psychiater/GGz- arts/SPV)	0	nee

Cliëntniveau			
Nr	Variabele	Code	Label
29	Incidenteel contact met GGz (\leq 1x per jaar contact met psychiater/GGz-arts/SPV)	0	nee
		1	ja
30	Psychofarmaca algemeen	0	nee
		1	ja
31	Anti-psychotica	0	nee
		1	ja

Bijlage 2

Overzicht Functiedifferentiatie

Tabel 1: Toepassing functiedifferentiatie binnen de RIBW

Naam RIBW	Functiedifferentiatie	
	JA	NEE
Kwintes - Zeist	+	
Rijnmond - Rotterdam	+	
HVO-Querido - Amsterdam	+	
KAM - Haarlem		-
Den Haag	+	
Drenthe - Assen		-
SBWU - Utrecht		-
AVV - Arnhem		-
Oost Veluwe - Apeldoorn		-
Midden Brabant - Berkel Enschot	+	
Twente - Hengelo	+	
H & M - Maastricht	+	
Mensana - Venlo	+	
Zwolle	+	
Nijmegen & Rivierenland	+	
PC Hooft - Amsterdam	+	
Istia - Rotterdam		-
Gooi & Vechtstreek - Bussum	+	
ZWWF - Purmerend		-
St. Woonbegeleiding Delft	+	
Fonteyenburg - Zoetermeer		-
Totaal	13	8

Overzicht Organisatie Begeleidende Teams

Tabel 2: Gescheiden en geïntegreerde begeleidende teams voor BW en BZW per RIBW

Naam RIBW	Gescheiden	Geïntegreerd	Gescheiden en geïntegreerd
Kwintes - Zeist	X		
Rijnmond - Rotterdam	X		
HVO-Querido - Amsterdam			X
KAM - Haarlem	X		
Den Haag		X	
Drenthe - Assen	X		
SBWU - Utrecht		X	
AVV - Arnhem		X	
Oost Veluwe - Apeldoorn		X	
Midden Brabant - Berkel Enschot		X	
Twente - Hengelo	X		
H & M - Maastricht	X		
Mensana - Venlo	X		
Zwolle		X	
Nijmegen & Rivierenland			X
PC Hooft - Amsterdam		X	
Istia - Rotterdam			X
Gooi & Vechtstreek - Bussum			X
ZWWF - Purmerend	X		
St. Woonbegeleiding Delft		X	
Fonteyenburg - Zoetermeer		X	

Overzicht Voorzieningen in eigen beheer

Tabel 3: Voorzieningen in eigen beheer

Naam RIBW	Dagbesteding/ DAC	Werk- voorziening	Traject- begeleiding	MO
Kwintes - Zeist	Ja	Ja	Ja	Ja
Rijnmond - Rotterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
HVO-Querido - Amsterdam	Ja	Ja	Ja	Ja
KAM - Haarlem	Ja	Nee	Nee	Nee
Den Haag	Nee	Nee	Nee	Ja
Drenthe - Assen	Ja	Ja	Nee	Ja
SBWU - Utrecht	Nee	Nee	Nee	Ja
AVV - Arnhem	Nee	Nee	Nee	Nee
Oost Veluwe - Apeldoorn	Nee	Nee	Nee	Nee
Midden Brabant - Berkel Enscht	Ja	Ja	Ja	Nee
Twente - Hengelo	Nee	Nee	Nee	Nee
H & M - Maastricht	Nee	Nee	Nee	Nee
Mensana - Venlo	Nee	Nee	Nee	Nee
Zwolle	Ja	Ja	Ja	Ja
Nijmegen & Rivierenland	Ja	Nee	Ja	Nee
PC Hooft - Amsterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
Istia - Rotterdam	Ja	Ja	Ja	Nee
Gooi & Vechtstreek - Bussum	Nee	Nee	Ja	Ja
ZWWF - Purmerend	Ja	Nee	Nee	Nee
St. Woonbegeleiding Delft	Nee	Nee	Nee	Ja
Fonteyenburg - Zoetermeer	Nee	Nee	Nee	Nee

Capaciteitsgroei RIBW's 2001/2006

Tabel 4: Capaciteit 14 RIBW's 01-01-2001 vs 01-01-2006

Naam RIBW ¹	Capaciteit 01-01-2001		Capaciteit 01-01-2006		Groei tov 2001 (%)	
	BW ²	BZW ³	BW ²	BZW ²	BW ²	BZW ³
Kwintes - Zeist	433	345	563	1294	30	275
HVO-Querido - Amsterdam	235	60	428	180	82	200
Den Haag	259	87	354	349	37	300
Drenthe - Assen	252	180	325	342	29	90
AVV - Arnhem	197	242	283	647	44	167
Midden Brabant - Berkel Enschoot	181	96	248	193	37	101
Twente - Hengelo	212	160	245	212	16	33
Mensana - Venlo	171	100	226	211	32	111
Zwolle	134	123	182	376	36	206
Nijmegen & Rivierenland	132	150	177	434	34	189
PC Hooft - Amsterdam	163	27	172	74	6	208
Gooi & Vechtstreek - Bussum	132	76	150	62	14	-18
ZWWF - Purmerend	112	181	147	274	31	51
Fonteynburg - Zoetermeer	76	47	103	101	36	115
Totaal	2689	1874	3603	4749	33	153

¹ In de tabel zijn alleen de RIBW's opgenomen die de gegevens over zowel 2001 als 2006 geleverd hebben.

² Capaciteit weergegeven in aantal BW-plaatsen

³ Capaciteit weergegeven in aantal BZW-cliënten

Bijlage 3

Afkortingen en adressen

Tabel 1: Afkortingen namen RIBW's zoals toegepast in dit rapport

	Naam RIBW	Aanduiding in tabellen
1	Kwintes	Kwintes - Zeist
2	RIBW Rijnmond	Rijnmond - Rotterdam
3	HVO-Querido	HVO-Querido - Amsterdam
4	RIBW Kennemerland/Amstelland & de Meerlanden	KAM - Haarlem
5	RIBW Den Haag	Den Haag
6	RIBW Drenthe	Drenthe - Assen
7	SBWU	SBWU - Utrecht
8	RIBW Arnhem & Veluwe Vallei	AVV - Arnhem
9	RIBW Oost Veluwe	Oost Veluwe - Apeldoorn
10	RIBW Midden Brabant	Mid. Brabant - Berkel Enschot
11	RIBW Twente	Twente - Hengelo
12	RIBW Heuvelland en Maasvallei	H & M - Maastricht
13	Mensana RIBW Noord- en Midden Limburg	Mensana - Venlo
14	RIBW Zwolle	Zwolle
15	RIBW Nijmegen & Rivierenland	Nijmegen & Rivierenland
16	PC Hooft	PC Hooft - Amsterdam
17	GGz Groep Europort Istia	Istia - Rotterdam
18	RIBW Gooi & Vechtstreek	Gooi & Vechtstreek - Bussum
19	RIBW Zaanstreek Waterland & West-Friesland	ZWWF - Purmerend
20	Stichting Woonbegeleiding Delft Westland-Oostland	St. Woonbegeleiding - Delft
21	RIBW Fonteynenburg	Fonteynenburg - Zoetermeer
22	Eleos	Eleos - Nieuwegein

Tabel 2: Adresgegevens participerende RIBW's

Kwintes Postbus 31 3700 AA Zeist 0800-5946837 www.kwintes.nl	RIBW Rijnmond Baan 50 3011 CC Rotterdam 010-4116120 www.maaskringgroep.nl	HVO-Querido Centraal Bureau Wibautstraat 133d 1097 DN Amsterdam 020-5619090 www.hvoquerido.nl
RIBW Kennemerland/ Amstel- land & de Meerlanden Postbus 2257 2002 CG Haarlem 023-5178700 www.ribw-kam.nl	RIBW Den Haag De Werf 15 III 2544 EH Den Haag 070-3210214 www.ribwdh.nl	RIBW Drenthe Kloekhorststraat 18 9401 BD Assen 0592-316958 www.ribwdrenthe.nl
SBWU Furkplateau 15 3524 ZH Utrecht 030-2361070 www.sbwu.nl	RIBW Arnhem & Veluwe Vallei Kloosterstraat 3 6824 RA Arnhem 026-4424236 www.ribwavv.nl	RIBW Oost Veluwe Postbus 10230 7301 GE Apeldoorn 055-5788831 www.ribwoostveluwe.nl
RIBW Midden Brabant Bosscheweg 57 5056 KA Berkel-Enschot 013-5336646 www.ribwmb.nl	RIBW Twente Demmersweg 110 7556 BN Hengelo 074-2502329 www.ribwtwente.nl	RIBW Heuvelland & Maasvallei Akerstraat 8 6221 CL Maastricht 043-3291500 www.ribw.nl
Mensana RIBW Noord- & Mid- den Limburg Postbus 91 5900 AB Venlo 077-3201651 www.mensana.nl	RIBW Zwolle Burg. Roelenweg 9 8021 EV Zwolle 038-4269696 www.ribwzwolle.nl	RIBW Nijmegen en Rivieren- land Keizer Karelplein 32a 6511 NH Nijmegen 024-3820500 www.ribw-nr.nl

PC Hooft
Klaprozenweg 113
1033 NN Amsterdam
020-6677077
www.verenigdeamstelhuizen.nl

GGZ Groep Europort Istia
Postbus 9500
3007 AM Rotterdam
010-2916200
www.ggzge-istia.nl

RIBW Gooi & Vechtstreek
Slochterenlaan 39
1405 AL Bussum
035-6993240
www.de-basis.nl

RIBW Zaanstreek Waterland
West-Friesland
Slenkstraat 201-4
1441 MN Purmerend
0299-470602
www.ribw.net

Stichting Woonbegeleiding
Delft Westland-Oostland
Postbus 3229
2601 DE Delft
015-2158044
www.woonbegeleiding.nl

RIBW Fonteynenburg
Teldersrode 25
2717 HR Zoetermeer
079-3203553
www.fonteynenburg.nl

Eerder verschenen in de RGOc-reeks

Hoe tevreden zijn huisartsen met de GGz

Een enquête naar de samenwerking met de MFE in Zuidoost-Drenthe
J.T. van Busschbach, E. Visser, P. Bastiaansen, S. Sytma
RGOc-reeks, nummer 1, Groningen, 2001, 32 pagina's
ISBN-10 90-367-1460-5

Groningse Vragenlijst over Sociaal Gedrag

Zelfbeoordelingsvragenlijsten voor het vaststellen van problemen in
het interpersoonlijke functioneren
Handleiding
A. de Jong en P.M. van der Lubbe
RGOc-reeks, nummer 2, Groningen, 2001, 62 pagina's
ISBN-10 90-367-1463-X

Last van stemmen

Een gecontroleerde (kosten)effectiviteitsstudie naar een op Hallucina-
ties gerichte Integratieve Therapie (HIT) bij patiënten met schizofrenie
of verwante psychose
Dr. Durk Wiersma, Dr. Jack A. Jenner, Drs. Fokko J. Nienhuis, Drs.
Dennis Stant, Drs. Gerard van de Willige
RGOc-reeks, nummer 3, Groningen, 2001, 107 pagina's
ISBN-10 90-367-1555-5

Blijvende stemmen de baas

Multi Family Treatment (MFT)
een geïntegreerde vorm van nabehandeling voor patiënten met persis-
terende auditieve hallucinaties en sociale beperkingen
Drs. Gerard van de Willige, Prof. dr. Durk Wiersma, Dr. Jack A. Jenner
RGOc-reeks, nummer 4, Groningen, 2003, 91 pagina's
ISBN-10 90-367-1784-1

Evidentie voor de Geestelijke Gezondheidszorg

De klinische epidemiologie van psychiatrische stoornissen
Oratie
Durk Wiersma
RGOc-reeks, nummer 5, Groningen, 2004, 52 pagina's
ISBN-10 90-367-1967-4

ADHD en ASS bij volwassenen

Onderzoek naar diagnostiek van ADHD en ASS bij normaal begaafde volwassenen, alsmede naar de functionele beperkingen en zorgbehoeften

Drs. A.M.D.N. van Lammeren, Dr. C.E.J. Ketelaars, Drs. E.H. Horwitz, Prof. dr. D. Wiersma

RGOC-reeks, nummer 6, Groningen, 2004, 76 pagina's

ISBN-10 90-367-2112-1

Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek

Onderzoek in een regio met een geïntegreerd GGz-aanbod

J.T. van Busschbach, E. Visser, S. Sytma, P. Bastiaansen

RGOC-reeks, nummer 7, Groningen, 2004, 165 pagina's

ISBN-10 90-367-1968-2

Cognitieve Zelftherapie voor patiënten met chronisch-recidiverende depressie of (gegeneraliseerde) angststoornis

Drs. Peter C.A.M. den Boer, Prof. dr. Durk Wiersma, Drs. Inge A.M.

ten Vaarwerk, Drs. A. Dennis Stant, Prof. dr. Robert J. van den Bosch

RGOC-reeks, nummer 8, Groningen, 2005, 81 pagina's

ISBN-10 90-367-2303-5

Blijvend aan het werk

Onderzoek naar het lange termijnresultaat van arbeidsrehabilitatie bij DAAT-Drenthe

Jooske T. van Busschbach, Ellen Visser, Sjoerd Sytma, Durk Wiersma

RGOC-reeks, nummer 9, Groningen, 2006, 117 pagina's

ISBN-10 90-367-2565-8

Begeleide lotgenotengroepen voor mensen met een psychose

Een gecontroleerde effectiviteitsstudie

Drs. Stynke Castelein, Dr. Richard Bruggeman, Dr. Jooske T.

van Busschbach, Prof. dr. Durk Wiersma

RGOC-reeks, nummer 10, Groningen, 2006

ISBN-13 978-90-367-2431-9 [in druk]

Draaiboek voor het begeleiden van een lotgenotengroep voor mensen met een psychose

Stynke Castelein, Pieter Jan Mulder, Richard Bruggeman

RGOc-reeks, nummer 11, Groningen 2006

ISBN-10 90-367-2683-2 [alleen verkrijgbaar via Kenniscentrum Schizofrenie in combinatie met training]

Cognitive self-therapy. A contribution to long-term treatment of depression and anxiety

Dissertatie

Peter C.A.M. den Boer

RGOc-reeks, nummer 12, Groningen 2006, 198 pagina's

ISBN-10 90-367-2714-6

Antipsychotic Treatment Strategies and Early Course of First Episode Psychosis

Dissertatie

Lex Wunderink

RGOc-reeks, nummer 13, Groningen 2006, 184 pagina's

ISBN-10 90-367-2812-6

De GGz aan huis bij de huisarts

Een beschrijvend onderzoek naar de inzet van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen in huisartspraktijken rondom Emmen en Stadskanaal

K.J.K. Wolters, J.T. van Busschbach, E.G. Soldaat, J.C.A. de Bruijn.

RGOc-reeks, nummer 14, Groningen 2006, 93 pagina's

ISBN-10 90-367-1966-6

Economic evaluation in mental healthcare

Assessing the cost-effectiveness of interventions for patients with major depressive disorder or schizophrenia in the context of the Dutch healthcare system

Dissertatie

Dennis Stant

RGOc-reeks, nummer 15, Groningen 2007, 144 pagina's

ISBN-13 978-90-36729-59-8

RGOC



ISBN 978 90 367 3106 5
EAN 9789036731065