

HET WOONALFABET

Handleiding voor de bewoners van Wonen II

Parnassia

S		G		I		l	
	D			F		Q	K
A		C		X		M	V
	Z		B		D	H	
	E	Y		I		O	G
		P		W		J	N
R		T		U		Y	S

AFSTUDEEROPDRACHT VAN:

Naam: Yolanda Teijmant

Studentnr: 20026822

Opleiding: Sociaal Pedagogische Hulpverlening

Begeleiders: Saskia Rosenbaum en Sonny Badal

Datum: Juni 2005.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	2
INLEIDING	3
VERKENNING VAN DE PROBLEEMSITUATIE	3
DE MOTIVATIE EN AFFINITEIT	4
DE RELEVANTIE VOOR DE BEROEPSPRAKTIJK	5
DE PROBLEEMSTELLING	5
DE DOELSTELLING	5
DE OPZET VAN HET VERSLAG	6
 HOOFDSTUK 1:	 <i>DE DOELGROEP</i>
1.1 WAT IS SCHIZOFRENIE?	7
1.2 DE PSYCHOSE	7
1.3 BIJ WIE KOMT HET VOOR?	8
1.4 WAT ZIJN DE SYMPTOMEN	8
1.5 SCHIZOFRENIE VOLGENS DE DSM-IV	8
1.6 WAT ZIJN DE GEVOLGEN?	8
1.7 WAT ZIJN DE OORZAKEN?	9
1.8 WAT ZIJN DE COGNITIEVE CONSEQUENTIES?	9
 HOOFDSTUK 2:	 <i>WONEN</i>
2.1 WAT DOET HET MET EEN CLIENT OM OPGENOMEN TE ZIJN?	11
2.2 BESCHRIJVING VAN DE INSTELLING	12
2.3 BESCHRIJVING VAN CIRCUIT WONEN	13
2.4 BESCHRIJVING VAN DE AFDELING WONEN II	13
2.4.1 DE DOELGROEP	14
2.4.2 DE BEGELEIDING	14
2.4.3 HET TEAM	14
2.4.4 DE BEHANDELING	14
 HOOFDSTUK 3:	 <i>DE RECHTEN M.B.T. INFORMATIEVERSTREKKING</i>
3.1 DE WGBO RECHTEN EN PLICHTEN M.B.T. VOORLICHTING	16
3.2 RICHTLIJN VOORLICHTING PATIENTEN GGZ	17
3.2.1 DE UITWERKING VOOR DE PRAKTIJK	17
3.3 DE WET BOPZ	18
3.3.1 HET BEHANDELINGSPLAN	18
3.3.2 VRIJHEIDSBEPERKING	18
3.3.3 KLACHTRECHT	18
3.4 VERHOUDING WGBO EN BOPZ	19
 HOOFDSTUK 4:	 <i>DE VOORLICHTING</i>
4.1 WAT ZEGT DE THEORIE OVER VOORLICHTING	20
4.2 WAT IS VOORLICHTING	20
4.2.1 GEDRAGSVERANDERING DOOR VOORLICHTING	20
4.2.2. DE WIJZE VAN VOORLICHTING	20
4.3 DE VOORLICHTING OP WONEN II	21
4.4 OP WELKE WIJZE ZOU DE CLIENT VOORGELICHT WILLEN WORDEN?	21
 HOOFDSTUK 5:	 <i>SAMENVATTING EN CONCLUSIE</i>
	23
 HOOFDSTUK 6:	 <i>HET PRODUCT</i>
6.1 DE AANBEVELING EN PRODUCTKEUZE	26
6.1.1. VERANTWOORDING VAN DE KEUZE	27
6.2 HET PROCES	28
6.3 DE INHOUD EN OPZET	30
6.4 MIJN REFLECTIE OP DE KWALITEIT	32
 CRITERIA VOOR EEN BROCHURE	33
LITERATUURLIJST	34
OVERIGE BRONNEN	35
BIJLAGEN	36

VOORWOORD

Het Woonalfabet is een verslag dat zich met name richt op de informatieverstrekking aan cliënten van een woonafdeling binnen Parnassia.

Als woonbegeleider in een woning voor schizofrene cliënten was het me opgevallen dat veel informatie niet echt goed overkomt bij de cliënt. Cliënten kregen wel mondeling veel informatie over een afdeling, maar de hoeveelheid ervan is zodanig dat het regelmatig tot verwarring leidt bij de cliënten.

Als woonbegeleider vind ik dat je de client tekort doet indien hij niet de volledige beschikking heeft over de informatie betreffende de eigen verblijfsafdeling. Cliënten moeten dan steeds met vragen naar de begeleiding toe.

Naar mijn idee heeft ieder mens recht op optimale hulpverlening. Een van deze rechten binnen de hulpverlening is het recht op informatie. Informatie verstrekken is echter veel meer dan het voldoen aan een wettelijke eis. De inhoud van de informatie dient daarbij zoveel mogelijk worden afgestemd op de mogelijkheden van de doelgroep.

Naar mijn idee ontbreekt het hier nog wel eens aan. Veel informatie is of te moeilijk of wordt niet tot onvoldoende aangeboden.

Dit heeft ertoe geleid dat ik ben gaan uitzoeken op welke wijze cliënten worden geïnformeerd en of deze wijze van informeren van voldoende kwaliteit is en vormde dit voor mij de aanleiding om kritisch te kijken naar het aanbod op het gebied van informatie voor bewoners van Wonen II, binnen Parnassia.

In het kader van de opleiding "Sociaal Pedagogische Hulpverlening" van de Haagse Hogeschool in Den-Haag, heb ik als eindproduct het verslag "Het woonalfabet" gemaakt. Met dit verslag wil ik een indruk geven wat er momenteel nog ontbreekt aan voorlichting op het gebied van Wonen binnen Parnassia, psycho-medisch centrum.

Om voorlichting zo optimaal mogelijk te maken heb ik als antwoord op de probleemstelling een brochure vervaardigd. Hoe deze brochure tot stand is gekomen staat in dit verslag beschreven.

Met het ontwikkelen van dit verslag hebben velen mij gesteund door informatie aan te bieden, commentaar te geven, mij te stimuleren. Om die reden wil ik de volgende mensen bedanken.

Parnassia

Aan alle bewoners van Wonen voor hun openhartigheid en bereidheid om mee te werken aan de interviews.

De zorgcoördinator van Wonen II, Peggy de Schrijver, omdat zij altijd bereid was haar tijd in mijn project te steken, deze kritisch door te nemen en mij op weg te helpen met kanttekeningen.

Communicatieadviseur Stefanie Hermens voor haar goede adviezen op het gebied van het ontwikkelen van een brochure.

Collega's van Wonen II en VI omdat zij mij met adviezen en feedback hebben ondersteund in het gehele proces.

Haagse Hogeschool

Eindprojectbegeleidster Saskia Rosenbaum omdat zij mij, altijd met een kritische blik, geholpen heeft om de puntjes op de i te zetten, zodat ik trots kan terugkijken naar mijn eindproduct.

Het thuisfront

Wies, omdat ze me steeds weer wist te motiveren als ik het even niet meer zag zitten.

Dilianne, omdat ik altijd de computer nodig had.

Yolanda Teijmant

INLEIDING

Sinds januari 2004 ben ik als woonbegeleider werkzaam bij Parnassia, psycho medisch centrum, binnen circuit `Wonen` op locatie Fenny ten Boschstraat 2, afdeling Wonen II. Als woonbegeleider van een verblijfsafdeling in Parnassia word ik regelmatig geconfronteerd met nieuwe cliënten die ondanks een uitgebreid gesprek tijdens de intake met veel vragen blijven zitten. Tijdens de intake krijgen cliënten wel mondeling veel informatie over de afdeling, maar de hoeveelheid van de informatie is zodanig dat het regelmatig tot verwarring leidt bij de cliënten. Vooral praktische en relevante zaken betreffende het wonen hebben ze vrij snel weer vergeten, waardoor ze vertwijfelt rond blijven lopen op zoek naar antwoorden. Voor mij, als nieuwe collega op de woning, vind ik het ook heel lastig om informatie op het gebied van wonen over te brengen naar de cliënten, omdat de informatie over de afdeling niet op papier staat. Relevante informatie op het gebied van wonen is wel bekend bij de werknemers die al langer in dienst zijn en wordt voornamelijk mondeling overgebracht naar nieuwe werknemers, maar er zijn ook veel onduidelijkheden omdat ieder zijn eigen invulling geeft aan afspraken.

Verkenning van de probleemsituatie

Na mijn eerste constatering ben ik op zoek gegaan naar informatie op het gebied van wonen. In hoeverre bestonden er al folders of brochures en waren deze nog van toepassing? Binnen Parnassia ben ik nagegaan wat er momenteel aan brochures op het gebied van wonen aangeboden wordt. Via de communicatiemedewerker en het Informatiecentrum van Parnassia kwam ik in het bezit van de brochures die op dit moment nog aanwezig zijn. De huidige brochures geven geen concrete informatie over de afdelingen. Op het gebied van voorlichting was er dus nog niet veel op papier gezet.

Maar welk beleid hanteert Parnassia op het gebied van informatieverstrekking?

Via afdeling communicatie kwam ik in het bezit van de beleidsnotitie afdeling communicatie. Hierin werd duidelijk verwoord dat cliëntenvoorlichting als cruciaal wordt gezien voor de mate waarin cliënten Parnassia als open en respectvol ervaren. Onder cliëntenvoorlichting wordt verstaan: het planmatig en doelgericht verstrekken van informatie aan cliënten, maar in de praktijk vond ik dat onvoldoende terug. Het communicatiebeleid stelt wel vast dat er een meer planmatige en systematische aanpak van cliëntenvoorlichting nodig is om te kunnen realiseren dat de voorlichting voldoet aan een aantal kwaliteitseisen, maar veel informatie was verouderd en bevatte niet alle informatie die nog bij cliënten ontbrak. In de praktijk gebeurde cliëntenvoorlichting vaak ad hoc en voldeed dus niet aan de kwaliteitseisen die in de beleidsnotitie wordt besproken.

Om erachter te komen of er überhaupt wel behoefte was aan informatieverstrekking heb ik diverse gesprekken gehad met cliënten, collega's en familieleden. Hieruit kwam naar voren dat zij veel informatie die zij krijgen met de kennismaking al snel weer kwijt zijn of niet meer weten of ze deze wel gekregen hebben. Twee cliënten geven aan dat ze vooral een boekje missen over de gang van zaken op een afdeling, waardoor ze met vragen blijven zitten zoals:

- Wie is mijn persoonlijk begeleider?
- Wanneer kan ik een arts spreken?
- Wie kan ik 's nachts bellen in geval van nood?
- Waar haal ik mijn medicatie op?

Collega's vertelden me dat ze het een tekortkoming vinden dat zij nieuwe cliënten en familieleden geen informatie op papier mee kunnen geven. Zij vinden dat zowel cliënten als familieleden het recht hebben om de afdelingsinformatie rustig na te kunnen lezen. Met het ontbreken van de informatie worden cliënten afhankelijk gemaakt van de begeleiders. Tevens wordt er op de begeleiders steeds een beroep gedaan die eigenlijk niet nodig zou moeten zijn. De zorgcoördinator stelt vast dat veel informatie op het gebied van wonen ten gevolge van de vele interne veranderingen binnen Parnassia sterk is verouderd. Tevens geven

de huidige brochures geen tot onvoldoende antwoord op vragen over de verblijfsafdeling van de cliënt.

De motivatie en affiniteit

Naar mijn idee heeft ieder mens recht op optimale hulpverlening. Optimale hulpverlening betekent voor mij dat de cliënt zoveel mogelijk in zijn waarde wordt gelaten door hem keuzevrijheid te geven en deskundige begeleiding te bieden. Deze deskundigheid wordt o.a. vertaald en geregeld bij de Wet BIG.

De Wet BIG, die in 1993 door het parlement is aangenomen, richt zich heel direct op de kwaliteit van de beroepsuitoefening van de individuele hulpverlener en heeft als doel de bevordering van de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg en de bescherming van de zorgvrager tegen ondeskundig handelen van beroeps- oefenaren. Met het begrip 'de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg' wordt verwezen naar een groot aantal aspecten van de beroepsuitoefening. Bij deze kwaliteit gaat het om zaken als:

- Kwaliteit van het methodisch technisch handelen (doeltreffendheid, deskundigheid, indicatiestelling, geschiktheid, veiligheid en zorgvuldigheid).
- Kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar (respectvolle bejegening, informatiebereidheid, vertrouwensrelatie, coöperatie, verantwoordingsbereidheid).
- Kwaliteit van de organisatie van de beroepsbeoefenaar (continuïteit, beschikbaarheid, doelmatigheid, integrale zorg).

Mijn nadruk ligt op de kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar. Ik hecht grote waarde aan respect voor de identiteit van de cliënt, respectvolle bejegening en vertrouwensrelatie en informatiebereidheid.

Dit betekent voor de hulpverleners de erkenning dat cliënten over het algemeen zelf verantwoordelijk zijn voor hun handelen. Respect voor de eigen verantwoordelijkheid wil zeggen dat je de keus laat bij die persoon. Met respect wil voor mij ook zeggen dat ik niet uitga van de 'zieke cliënt, maar juist de nadruk leg op de gezonde kant van de cliënt.

Al hoewel er sprake is van een psychiatrische ziekte, ben ik er over het algemeen van overtuigd dat de cliënt goed in staat is om zelfstandig keuzes te maken.

Uiteraard behoeft dit wel een nuancering. Er zijn omstandigheden waarin een cliënt tijdelijk of langdurig niet in staat geacht kan worden zelfstandig keuzes te maken. Dit speelt zich bijvoorbeeld af als de cliënt tijdelijk psychotisch is en/of er gebrek is aan ziekte-inzicht. Dan is er sprake van een situatie waarin de cliënt niet altijd goed diens eigen situatie in kan schatten t.g.v. de psychische stoornis. De belangrijke voorwaarden om informatie te verwerken ontbreken op zo'n moment. Toch vind ik het belangrijk om zoveel mogelijk moeite te doen om de cliënt te betrekken in de besluitvorming, mits zij een gevaar vormen voor zichzelf of derden. Dit betreft vooral besluitvorming op het gebied van informatie omtrent wonen. Ondanks dat zij afhankelijk zijn van de hulpverlening betekent dit nog niet dat ze geen zeggenschap hebben over dingen die hen aangaan. De informatie die geboden wordt dient dan zoveel mogelijk afgestemd te worden op de mogelijkheden van de cliënt. Daarmee wil ik zeggen dat de aangeboden informatie voor de cliënt begrijpbaar, hanteerbaar en overzichtelijk is.

Aangezien circuit Wonen zijn kerntaak wil verbeteren (zie hoofdstuk 2.1) door plannen uit te voeren zoals beschreven in het bedrijfsplan, leek het mij ook een goede zaak om er voor te zorgen dat de cliënt voldoende geïnformeerd wordt. Dit in het kader van kwaliteitsverhoging en klant en servicegerichtheid t.a.v. de zorg en dienstverlening. Dit alles vormde voor mij de aanleiding om eens na te denken over de informatieverstrekking aan cliënten. Bewoners, familie, de zorgcoördinator en de begeleiding hebben aangegeven dat er behoefte is aan concrete informatie over een verblijfsafdeling die door betrokkenen nagelezen kan worden. Om die reden heeft de zorgcoördinator van Wonen II mij benaderd om eens na te denken over een manier om hier aan te voldoen.

Relevantie voor de beroepspraktijk

Volgens de WGBO heeft de cliënt recht op informatie (zowel mondeling als schriftelijk).

Aangezien de informatie die geboden wordt aan cliënten van Wonen II nog veel onduidelijkheden bevat, vind ik het in het belang van de cliënt om te bekijken op welke wijze de cliënt wel voldoende geïnformeerd kan worden.

Als de kwaliteit van de informatie voldoende is, dan hoeft de cliënt niet steeds met vragen naar de begeleiding toe te gaan, waardoor het zijn zelfstandigheid ten goede zal komen.

Om die redenen is het relevant voor de beroepspraktijk dat er voor cliënten van een woonafdeling bij Parnassia een onderzoek wordt gedaan naar de wijze waarop zij geïnformeerd worden over de verblijfsafdeling en of deze informatie van voldoende niveau is, zodat zij zelfstandig kunnen participeren in de woning. Dit vormde voor mij de aanleiding om te komen tot de volgende probleemstelling.

De probleemstelling:

Op welke wijze kun je schizofrene cliënten van Wonen II binnen Parnassia, duidelijke, volledige en hanteerbare informatie geven over de verblijfsafdeling?

Deelvragen

1. Wat is de doelgroep van Wonen II?
2. Wat is schizofrenie, wat zijn de symptomen, oorzaken en gevolgen etc?
3. Wat zijn de gevolgen van schizofrenie op het gebied van de informatieverwerking?
4. Wat doet het met een cliënt om opgenomen te zijn binnen een instelling?
5. Wat zijn de kenmerken van Wonen II binnen het circuit Wonen van Parnassia?
6. Welke rechten en plichten heeft de cliënt op het gebied van informatieverstrekking?
7. Op welke wijze worden cliënten van Wonen II geïnformeerd over de afdeling?
8. In hoeverre is deze manier van informeren voldoende voor de cliënt om te begrijpen?
9. Op welke manier zou de cliënt nog meer geïnformeerd willen worden?
10. Welke aanbeveling kan ik doen aan de afdeling Wonen II om cliënten te voorzien van duidelijke, volledige en hanteerbare informatie?

De doelstelling

Aansluitend bij de probleemstelling heb ik de volgende doelstelling geformuleerd:

- Het ontwikkelen van een product voor de cliënt, dat zorgt voor duidelijke, volledige en hanteerbare informatie over de verblijfsafdeling Wonen II.
- Het product dient de zelfstandigheid van de cliënt te vergroten.

Om een antwoord te geven op bovenstaande vragen heb ik de volgende acties ondernomen:

- Ik ben binnen Parnassia nagegaan wat er al aan folders bestond op het gebied van wonen en deze verzameld.
- Met cliënten en familieleden evenals collega's heb ik diverse gesprekken gehad om na te gaan of en in hoeverre er behoefte was aan informatie op het gebied van wonen.
- Bij de afdeling Communicatie van Parnassia ben ik gaan vragen op welke wijze er vorm gegeven kan worden aan een folder of brochure.
- Regelmatig afspraken gemaakt met mijn studiebegeleider om na te gaan of ik op de goede weg was.
- Ik heb diverse literatuur gelezen en verwerkt in mijn productverslag.

DE OPZET VAN HET VERSLAG

In hoofdstuk 1 geef ik een beschrijving van de doelgroep. In dit hoofdstuk geef ik weer wat de gevolgen zijn van de ziekte schizofrenie op de persoonlijkheid en cognitieve vermogens van cliënten.

In hoofdstuk 2 geef ik door literatuurstudie weer wat het voor cliënten betekent om opgenomen te zijn binnen een instelling.

Tevens geef ik een beschrijving van de instelling Parnassia, het circuit Wonen en de afdeling waar het eindproduct betrekking op heeft.

In hoofdstuk 3 vertel ik iets over de rechten en plichten van de cliënt op het gebied van voorlichting. Veel van deze rechten zijn beschreven in de wet WGBO en de wet BOPZ. In dit hoofdstuk laat ik zien wat deze rechten en plichten inhouden en welke overlap er is.

In hoofdstuk 4 geef ik weer wat de theorie zegt over voorlichten. Hierbij leg ik vooral de nadruk op de gedragsverandering die ik teweeg wil brengen door gebruik te gaan maken van voorlichtingsmaterialen.

Tevens geef ik weer op welke wijze er wordt voorgelicht op wonen II en welk beleid Parnassia hanteert op het gebied van voorlichting.

In hoofdstuk 5 geef ik een samenvatting en mijn conclusies die ik verbind aan dit onderzoek.

In hoofdstuk 6 vertel ik hoe ik tot de keuze ben gekomen om een brochure te ontwikkelen.evens beschrijf ik het proces om deze brochure te ontwikkelen en uit te geven binnen de instelling Parnassia.

HOOFDSTUK 1 DE DOELGROEP

Inleiding

De doelgroep die ik wil benaderen wordt overwegend gekenmerkt door cliënten met schizofrenie, vaak in combinatie met gedragsstoornissen. Om een duidelijker beeld te geven over schizofrenie zal ik verdere uitleg geven over wat schizofrenie is, maar tevens wat de symptomen, gevolgen en oorzaken zijn.

1.1 Wat is schizofrenie ?

Bij schizofrenie ging men er vroeger vanuit dat er sprake was van een “gespleten persoonlijkheid”. (schizo=gespleten en frenie=geest). Dit is absoluut een misvatting omdat het niets van doen heeft met een gespleten persoonlijkheid.

“Bij schizofrenie gaat het niet om een bepaalde stoornis, maar is er sprake van een veelvoud aan psychosen die een aantal symptomen gemeen hebben.

Schizofrenie is een ziekte van de hersenen. De hersenen zijn het orgaan waarin ons gevoelsleven, onze wil, ons denken, waarnemen en begrijpen van de wereld en onszelf, zich afspelen. Ook het maken van plannen, het sturen van onze handelingen, het regelen van onze beweeglijkheid en activiteit en het oplossen van problemen, zijn taken van de hersenen. Bij schizofrenie kunnen al deze functies in meerdere of mindere mate bemoeilijkt zijn.” (Wunderink, 2001)

1.1.2 De psychose

De geestestoestand waarin iemand verkeert die bovengenoemde ervaringen heeft, wordt een psychose genoemd. De daarbij behorende verschijnselen heten psychotische verschijnselen, en een periode waarin deze verschijnselen optreden, wordt aangeduid als een psychotische episode. Het vermoeden dat iemand zou kunnen lijden aan schizofrenie ontstaat meestal bij de eerste psychotische episode.

“De eerste psychose gaat meestal na verloop van tijd voorbij, of wordt minder hevig. In ruim de helft van de gevallen treedt er binnen twee jaar weer een psychotische episode op. Bij ongeveer een derde duurt het langer voor er een tweede psychose optreedt, en bij 10-20% blijft het bij de eerste psychose.” (Wunderink, 2001)

Een toestand van psychose wordt kort gezegd veroorzaakt dooreen stoornis van de signaalverwerking in de hersenen. Een dergelijke toestand kan door verschillende oorzaken worden teweeggebracht: drugs, bepaalde vormen van epilepsie, hersentumoren en vele andere ziekten die de hersenfunctie aantasten. Ook langdurige afzondering in een extreem prikkelarme omgeving kan bij gezonde mensen een psychose veroorzaken. Bij sommige mensen kan extreme stress voorbijgaande psychotische verschijnselen oproepen. In een psychose worden gewone, alledaagse gebeurtenissen heel anders opvat. Kleine dingetjes vallen je op als ongewoon, of passen niet in je verwachtingspatroon.

Citaat:

“Ik zag een beeld of een ijsig gezicht dat me toelachte. En die glimlach, waardoor al haar witte tanden te zien waren, maakte me bang. Want ik zag alle delen van het gezicht apart, zonder verband: de tanden, de neus, de wangen, het ene oog en het andere. Misschien was ik daarom zo bang, omdat al die delen geïsoleerd waren en herkende ik haar daarom niet, terwijl ik haar best herkende.” (Sechehay, 1959).

1.2 Bij wie komt het voor?

Meestal komt de ziekte schizofrenie voor het eerst tevoorschijn op jongvolwassen leeftijd, tussen de 15 en 35 jaar, even vaak bij mannen als bij vrouwen. De gemiddelde leeftijd waarop schizofrenie voor het eerst optreedt, is 25 jaar. Bij mannen treedt de ziekte gemiddeld iets eerder op dan bij vrouwen. In sommige gevallen kan schizofrenie ook beginnen op jongere of oudere leeftijd (vanaf ± 10 jaar tot ± 60 jaar).

1.3 Wat zijn de symptomen?

De verschijnselen van ziekten worden symptomen genoemd. Ook de ziekte schizofrenie wordt gekenmerkt door symptomen. Mensen met schizofrenie hebben meestal van tijd tot tijd veel last van deze symptomen. Dat kunnen waanideeën zijn, min of meer vreemde denkbeelden die niet stroken met de werkelijkheid, en ook hallucinaties, zoals het horen van stemmen, het hebben van visioenen of het gewaarworden van zeer ongewone gevoelens in het lichaam. Deze verschijnselen van schizofrenie komen zo levensecht over, dat de patiënt meestal niet kan geloven dat het om een toestand van de hersenen gaat, die deze zinsbegoochelingen teweegbrengt. De belangrijkste symptoomdimensies zijn:

1. *positieve symptomen* zoals hallucinaties, wanen, waanwaarnemingen en waanstemming.
2. *negatieve symptomen* zoals vervlakking van de emoties, gebrek aan spontane bewegingen, gebrek aan motivatie en interesse en inactiviteit..

Positieve symptomen zijn verschijnselen die er normaal niet moeten zijn en die wijzen op een overproductief of ontremd psychisch functioneren.

Bij negatieve symptomen ontbreken er gedragingen of belevingen die er normaal wel moeten zijn. Het zijn psychische uitvalverschijnselen die wijzen op een onderdrukt, afgeremd of verstoord psychisch functioneren. (Vandereycken en van Deth, 2004)

1.4 Schizofrenie volgens de DSM – IV

In de psychiatrie wordt bij het stellen van diagnoses gebruik gemaakt van een Amerikaans indelingssysteem, de DSM. DSM staat voor Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. In het handboek van de DSM staat bij iedere psychische ziekte vermeldt welke klachten en ziekteverschijnselen aanwezig moeten zijn voordat een bepaalde diagnose gesteld mag worden.

De DSM-IV stelt als criteria dat tenminste twee van de volgende symptomen gedurende zes maanden lang een groot deel van de tijd aanwezig moeten zijn:

1. Wanen
2. Hallucinaties
3. Onsamenvhangende spraak
4. Ernstig chaotisch of catatonisch gedrag
5. Negatieve symptomen

N.B.: Eén symptoom is al voldoende indien er sprake is van een bizarre waan of wanneer hallucinaties bestaan uit een stem die voortdurend commentaar levert, of uit stemmen die met elkaar spreken. (van Peperstraten, 1998)

1.5 Wat zijn de gevolgen?

De tijd die nodig is om te herstellen na een psychose kan erg lang zijn. Vaak blijven tussen de psychotische perioden problemen bestaan. Dit kunnen zwakke psychotische verschijnselen zijn, maar ook andere verschijnselen, zoals problemen met concentreren, het dagelijkse leven niet goed aankunnen, minder energie hebben. De verschijnselen die overblijven na de laatste doorgemaakte psychose noemen we restverschijnselen. Schizofrenie is een ziekte die nooit helemaal overgaat.

Soms kan het bij een eenmalige psychose blijven, maar kunnen restverschijnselen hinderlijk zijn, in andere gevallen zijn er meermalen psychotische perioden, en is het moeilijk een stabiele situatie te bereiken.

1.6 Wat zijn de oorzaken?

Nog steeds is niet precies bekend wat de oorzaak van schizofrenie is en hoe de merkwaardige verschijnselen van de ziekte tot standkomen. Schizofrenie is een ziekte die waarschijnlijk al vanaf de geboorte bestaat. Onderzoekers vermoeden dat schizofrenie berust op een ontwikkelingsstoornis van de hersenen, die waarschijnlijk al voor de geboorte optreedt. Deze ontwikkelingsstoornis is voor een deel erfelijk bepaald. Maar daarnaast dragen andere, niet erfelijke oorzaken aan het ontstaan van de ziekte bij. Over de aard van deze omgevingsinvloeden is niets met zekerheid bekend. Ook is niet zeker of gebeurtenissen en omstandigheden rond de geboorte of in het latere leven nog van invloed kunnen zijn op het ontstaan van de ziekte.

1.7 Wat zijn de cognitieve consequenties?

Clënten van wonen geven regelmatig aan dat ze informatie die zij krijgen niet altijd begrijpen. Zoals ze zelf omschrijven blijft de informatie "niet hangen". Ze weten na verloop van tijd vaak niet meer wat er besproken is, waardoor ze met vragen rond blijven lopen. Van den Bosch zegt hier het volgende over:

"Mensen met een schizofrene stoornis hebben meer moeite met het reproduceren van een serie woorden, die zij zich achtereenvolgens moeten inprenten. De meeste fouten worden gemaakt bij het herinneren van de eerste woorden uit de reeks. Dit suggereert een probleem bij het actief vasthouden van die eerste informatie. Dat moet namelijk gebeuren door inwendig herhalen, zodat ze ingeprent worden en overgaan naar het lange-termijn-geheugen. Het actief opslaan van informatie lijkt dus belemmerd en daardoor kunnen achteraf problemen ontstaan bij het herinneren (Oltmanns, 1978).

Koh (1978) heeft met testonderzoek aannemelijk gemaakt dat de geheugenstoornissen bij schizofrenie inderdaad het gevolg zijn van tekorten bij het opslaan. Het zwakke punt ligt bij de codering. Het herinneren van opgeslagen informatie is sterk afhankelijk van de manier waarop dat opslaan heeft plaatsgevonden. Op dat moment moeten namelijk relaties worden gelegd met andere begrippen, zodat de nieuwe informatie opgenomen wordt in bekende schema's, dat wil zeggen, in grotere kennisstructuren. Als dat te kort schiet is het later opzoeken een probleem." (van den Bosch, 1993)

Als mensen midden in een psychose zitten realiseren zij zich hun cognitieve beperkingen meestal niet of nauwelijks. Andere dingen houden de geest dan bezig. Naderhand komt dat besef vaak wel, met een zekere verbazing soms. Het volgende citaat geeft een indruk welke belevingen er dan op kunnen treden.

"Ze ried me aan mezelf te dwingen de krant te lezen en nu merk ik hoe moeilijk dat mij valt; ik kan geen artikel meer achter elkaar uitlezen. En hierdoor ontdek ik aan en door mijzelf mijn 'ziekte'. (...) nu ging ik inderdaad echt twijfelen. (...) Wat was de fout van de voorafgaande tijden? (Tellegen, 1971)

Onvoldoende systematische opslag in het geheugen betekent dat er bij herinneren meer en actiever gezocht moet worden. Geheugenklachten kunnen daarom ook te maken hebben met een tekort aan bewuste aandachtinzet ten behoeve van dat zoeken, maar dat neemt niet weg dat het hoofdprobleem lijkt te liggen bij de codering.

“Koh constateerde dat mensen met schizofrenie hun geheugenmateriaal onvoldoende ordenen in bruikbare categorieën en dat dit hun geheugenklachten verklaart. Dat blijkt bijvoorbeeld als zij een aantal woorden krijgen aangeboden om zich die in te prenten. Gebruikelijk is dat proefpersonen in zo’n geval kijken in welke categorieën die woorden zijn onder te brengen, om ze effectief te kunnen opslaan. Mensen met schizofrenie doen dat minder en zij reproduceren later dus ook minder woorden. De parallel met de tekorten bij het waarnemen en bij het denken en spreken valt op: in alle gevallen is er onvoldoende ordening in grotere verbanden.” (Van den Bosch, 1993)

Als men wil dat informatie daadwerkelijk overkomt op de cliënt dan dient er rekening gehouden te worden met de beperkingen die men heeft vanuit de ziekte schizofrenie.

De informatie moet verwerkt kunnen worden om te kunnen begrijpen. Indien dit beperkt wordt dan komt informatie ook niet over op de cliënt, zoals ze zelf omschrijven, dan blijft de informatie “hangen”.

Als hulpverlener dien je bewust om te gaan met dit proces. Dit betekent dat informatie afgestemd moet worden op de doelgroep. In hoofdstuk 4, dat gaat over voorlichting zal ik dit verder toelichten.

HOOFDSTUK 2 WONEN

Inleiding

De cliënten van Parnassia heb ik in het vorige hoofdstuk beschreven.

Een opname in een instelling heeft voor cliënten vergaande consequenties. Zij moeten haard en huis achterlaten en zich conformeren aan de gedragsregels van een instelling. Wat het kan betekenen voor cliënten om te gaan wonen op een afdeling in een instelling wil ik in dit hoofdstuk verwoorden. Tevens wil ik een indruk schetsen geven van de instelling Parnassia, circuit Wonen en de afdeling Wonen II, waar mijn verslag op gebaseerd is.

2.1 Wat doet het met een cliënt om opgenomen te zijn binnen een instelling?

Deze veranderingen worden per individu verschillend beleefd en is mede afhankelijk van op welke voorwaarde een cliënt binnen komt, vrijwillig of gedwongen opname.

Veelal wordt de cliënt geconfronteerd met gevoelens van onmacht, omdat er als het ware een verlies van ego gaat ontstaan. Goffman zegt hier het volgende over:

“Van sommige instituties begint er een reeks verlagingen, vernederingen en ontluisteringen van de ego. Zijn ego wordt systematisch, zij het vaak onbedoeld, teniet gedaan, ‘gemortificeerd’.

Het proces van mortificatie

Na opname treedt er als het ware mortificatie op van het ego van de bewoner. Deze wordt ondergeschikt gemaakt aan processen binnen een instelling, waaraan iemand zich moet zien aan te passen. Goffman zegt hier het volgende over:

“De processen waardoor iemands ego wordt gemortificeerd, tenietgedaan, zijn tamelijk standaard in totale instituties”. (Goffman, 1977)

Hij plaatst dit vervolgens in het kader van de barrière die ontstaat tussen de bewoner en de wijdere wereld. Deze verwijdering vindt plaats omdat de cliënt zich bevindt in een woning van Parnassia, dat op een eigen terrein ligt, ver van de bewoonde wereld af.

Aangezien deze scheiding 24 uur per dag plaatsvindt, verliest de bewoner ook zijn rollen, die hij in de wereld buiten Parnassia had. Hij is niet langer de vader van twee zonen of de liefhebbende dochter van een notaris, maar de schizofrene patiënt binnen een woning van Parnassia.

Dit betekent dat de aangeleerde rollen en de daaraan gekoppelde verwachtingen niet meer van toepassing zijn en men niet meer weet waar hij aan toe is.

Door isolatie van de buitenwereld gaan deze rollen verloren en raakt men ook het zicht kwijt op een baan, studie, huwelijk, kinderen en overige toekomstverwachtingen.

Omtrent bezittingen van cliënten treedt er na opname binnen een instelling ook een proces van mortificatie op. Persoonlijke bezittingen hebben een speciale functie voor de ego. Het benadrukt iemands identiteit en geeft veiligheid. Mortificatie vindt plaats omdat mensen zich hechten aan eigendommen en hun eigen karakter eraan geven.

Na opname moet een cliënt zich in de nieuwe woning conformeren aan meubels, inrichting, kleuren waar ze niet zelf voor gekozen hebben. Op het gebied van inrichting en aankleding is veel gestandaardiseerd en alle “nieuwe” bezittingen in een instelling behoren toe aan de instelling en zullen nooit eigen worden.

Wat betreft de persoonlijke uitrusting, moet iemand afstand doen van zijn persoonlijke bezittingen zoals o.a. de eigen woning, meubelen, inrichting, wat ertoe leidt dat je iemand ook van zijn persoonlijke gezicht ontdoet, omdat ze als het ware ook afstand moeten nemen van alles waarmee zij zich konden identificeren.

De entreeprocedures

Direct na opname treden er diverse procedures op zoals het behandelingsplan opstellen, medicatie voorschrijven, geven van instructies met betrekking tot de leefwereld van de nieuwe bewoner, het laten zien van de kamer en verdere instructies.

Deze entreeprocedures zijn een vorm van “programmeren” omdat de nieuwkomer als het ware gemodelleerd wordt in de administratieve machinerie van de instelling.

Deze procedures kunnen gekenmerkt worden als een afscheid, omdat velen afstand moeten nemen van hun eigendommen zoals huis, haard en gezin.

Tijdens de entreeprocedures vindt er ook een verlies van ego plaats. Er vindt een blootstelling aan inbreuken plaats.

In de eerste plaats wordt de privacy geschonden wat betreft informatie over de eigen persoon, want tijdens de entreeprocedures worden feiten over de sociale positie en het vroegere gedrag verzameld en ondergebracht in een dossier dat toegankelijk is voor alle stafleden. Later vinden er tijdens diverse sessies aanvullingen plaats waarbij de cliënt wederom feiten en gevoelens over zichzelf moet prijsgeven.

Tenslotte wordt de cliënt verplicht medicijnen te slikken of injecties te nemen, of hij wil of niet. Wanneer iemand weigert dan kunnen er consequenties optreden met betrekking tot het privilegesysteem. **(Goffman,1977).**

Het privilegesysteem

Terwijl het mortificatieproces voorschrijdt begint de nieuwe bewoner formele en informele instructies te krijgen ten aanzien van het privilegesysteem.

Dit systeem heeft betrekking op de volgende elementen:

- De huisregels
- Beloningen
- Straffen

In de huisregels wordt benadrukt wat men verwacht in het gedrag van de nieuwe bewoner op een afdeling. Het geeft voorschriften en geboden waarnaar de bewoner zich dient te gedragen. Op het gebied van beloningen worden vanzelfsprekendheden nu een voorrecht om te kunnen behalen. Dingen die als vanzelfsprekend worden ervaren en als een recht binnen de eigen leefwereld, zoals zonder er bij na te denken wanneer je koffie drinkt, binnen de instituties kan dit problematisch worden.

Vooraf in het begin zal een bewoner zich op deze vanzelfsprekendheden fixeren. Het is gelang het karakter van de bewoner of hij zich gaat schikken naar de regels van de instelling of zich blijft verzetten tegen de vastgelegde koffietijden.

Goffmann zegt er als volgt over:

”Hij kan de dag doorbrengen, als een fanaticus, geheel toegewijd aan de mogelijkheid om deze beloningen te verwerven of verlangend naar het naderende uur waarop zij wellicht zullen worden verstrekt”

2.2 Beschrijving van de instelling

Parnassia is een organisatie met verschillende doelgroepgerichte zorgcircuits, die een breed scala aan woonmogelijkheden biedt t.b.v. langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten, die niet meer in staat zijn zelfstandig te functioneren c.q. wonen. Zorgcircuit “Wonen” heeft zes afdelingen.

“Zorg op maat en kernwaarden als ‘openheid, respect en deskundigheid’ lopen als een rode draad door gehele instelling en kenmerken het karakter van de organisatie. Deze rode draad is tevens terug te vinden in de missie ‘uw vraag is onze zorg’.

Enerzijds is deze missie wel erg breed en weinig concreet, anderzijds is in deze missie terug te zien dat Parnassia aandacht besteedt aan de wisselwerking van de organisatie met haar omgeving. Dit getuigt van de realiteitszin dat ook een organisatie als Parnassia in grote mate afhankelijk is van haar klanten en haar medewerkers.

Deze visie strookt met de verschuiving binnen de zorgsector van patiënt naar cliënt naar consument en het idee dat een medewerker meer is dan slechts een instrument binnen een organisatie waar door het management geen of nauwelijks aandacht aan geschonken hoeft te worden. De tekst 'Uw vraag is onze zorg' geeft verder een duidelijke identiteit, maar het gevaar hiervan is wel dat juist door het brede karakter de missie niet waar gemaakt kan worden. In de praktijk is er bijvoorbeeld een groot spanningsveld tussen wat de cliënt aan zorg vraagt en de organisatie als zorgpakket aanbiedt/kan aanbieden.

De centrale en geconcretiseerde doelstellingen achter deze missie kunnen voorkomen dat het hier slechts gaat om een loze bewering. De centrale en geconcretiseerde doelstellingen achter deze missie zijn:

- Het verbeteren van de cliënttevredenheid en de tevredenheid van verwijzers en omgeving.
 - Het verbeteren van de tevredenheid van de medewerkers.
 - Het verhogen van de kwaliteit van de interne bedrijfsvoering.
 - Het uitbouwen van innovatieve ontwikkelingen, die de verbeteringen ondersteunen.”
- (Parnassia, Bedrijfsplan Wonen, 2004)*

2.3 Beschrijving van circuit Wonen

Het circuit Wonen biedt cliënten diverse woonzorgvoorzieningen. Deze woonzorgvoorzieningen zijn op of in de directe nabijheid van het terrein van Parnassia. Binnen de woonzorgvoorzieningen wordt psychiatrische zorg en woonbegeleiding aangeboden die is afgestemd op de individuele behoeften en wensen van de cliënten.

Deze varieert van zeer intensieve zorg in een gesloten woonafdeling tot en met zorg en ondersteuning in meer zelfstandige woonvormen.

2.4 Beschrijving van de afdeling Wonen II

De afdeling Wonen II bestaat uit groepswonen met zeer intensieve psychiatrische zorg en intensieve woonbegeleiding en richt zich met name op de missie; “Uw vraag is onze zorg”. Hier vanaf geleid is de behandelvisie. Deze is als volgt:

De bejegening van cliënten staat in het teken van observatie en klinische zorg waar nodig. De uitgangspunten voor wonen zijn het bieden van: structuur, bescherming en veiligheid. Een onderdeel van de behandeling is het ondersteunen van de cliënt bij de dagelijkse activiteiten, het aanbrengen van structuur in de dag en het leren van sociale vaardigheid. In het verlengde van bovengenoemde doelstellingen wil circuit Wonen de kwaliteit van leven van langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten bevorderen door het realiseren van vraaggestuurde zorgarrangementen. Men wil dat deze gekenmerkt worden door aansluitend pakket van wonen, zorg, begeleiding en activiteiten. De kerntaak van circuit Wonen is de zorg voor de doelgroep ‘langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten’ die niet meer in staat zijn zelfstandig te functioneren/wonen en de zorg voor de hieraan verbonden huisvesting, woonbegeleiding en dagactiviteiten.

Om de kerntaak te verbeteren heeft men een zestal plannen die voornamelijk gericht zijn op:

- Kwaliteitsverhoging van de zorg, voorzieningen en dienstverlening
- Klant en service gerichtheid t.a.v. de zorg en dienstverlening
- Samenhang en samenwerking binnen het eigen circuit en met andere circuits
- Kleinschaligheid in zowel de woonzorgvoorzieningen als de organisatiestructuur
- Op geleide van vraag uitbreiden van woonzorgarrangementen (locatie Monsterseweg etc.)

➤ Deskundigheidsbevordering en verdere professionalisering van de medewerkers.

Op het gebied van de kerntaken zoals klant en servicegerichtheid en kwaliteitsverhoging ontbreekt er momenteel nog het nodige in het aanbod. Afdeling Wonen II heeft wel een zestal plannen op papier, maar in de praktijk gebeurt informatievoorziening aan klanten nog ad hoc en in onvoldoende mate. “Uw vraag is onze zorg” blijft voor de cliënt een vraag en wat betreft de ondersteuning van de cliënt bij de dagelijkse activiteiten is er sprake van een gebrekkige ondersteuning. Het beleid dat Parnassia verwoordt in zijn beleidsplan komt in de praktijk onvoldoende aan bod. Het zijn afspraken die op papier staan, maar in de praktijk niet tot onvoldoende uitgevoerd worden.

2.4.1 De doelgroep

De doelgroep wordt overwegend gekenmerkt door cliënten met schizofrenie, vaak in combinatie met gedragsstoornissen. Voor deze groep wordt er naar gestreefd hospitalisatie tegen te gaan en is de begeleiding gericht op een zo zelfstandig mogelijk functioneren. De doelgroep bestaat uit ongeveer 21 bewoners, zowel mannen als vrouwen, variërend in de leeftijdsgroep van 25 tot 65 jaar.

2.4.2 De begeleiding

De woonbegeleiding is gericht op ondersteuning bij het dagelijks functioneren. Doel is om op termijn de cliënt zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

De psychiatrische behandeling is gericht op het terugdringen, verminderen of onder controle brengen en houden van symptomen, het stabiel houden van de psychische toestand en op het verlichten van het lijden.

Naast psychiatrische zorg en psychiatrische woonbegeleiding worden ook de bij ‘Wonen’ behorende diensten en voorzieningen geboden, zoals dagbesteding en huisvesting. Iedere cliënt krijgt een persoonlijk begeleider toegewezen. Deze stelt in overleg met de cliënt en het behandelteam een verpleegplan op.

Om de doelstellingen te bereiken is er frequent contact met de persoonlijk begeleider. De begeleiding varieert van meekijken over de schouder tot daadwerkelijk hand in hand begeleiding.

Om de ik-functies van de cliënt zoveel mogelijk te versterken gelden de volgende uitgangspunten:

- Er wordt een beroep gedaan op de gezonde functies van de cliënt.
- Eigen initiatief wordt zoveel mogelijk positief gewaardeerd.
- Dagelijkse situaties worden zo mogelijk benut om sociale vaardigheid te vergroten.
- Voorlichten over ziekte, medicatie en mogelijkheden binnen de maatschappij spelen hierbij een belangrijke rol.

2.4.3 Het team

Het team van Wonen II geeft zeer intensieve zorg en zeer intensieve begeleiding aan deze bewonersgroep. Binnen het team werken 10 mensen aan de begeleiding en zorg voor de bewoners. Dit team bestaat uit zowel HBO als LBO opgeleide mensen, die afhankelijk van hun opleiding begeleiding bieden of ondersteunende taken uitvoeren.

In de ochtend ligt het accent vooral op hulp bij zelfzorg. In de middag en avond is er meer tijd voor individuele aandacht, zoals hulp bij het doen van inkopen, sporten of gewoon een praatje. Hiervoor kan er ook een beroep gedaan worden op vrijwilligers. Een aantal malen per jaar organiseren we voor onze bewoners dagtochtjes.

2.4.4 De behandeling

De behandeling varieert van medicamenteuze behandeling, psycho-educatie tot en met het leren omgaan met ziektesymptomen.

Een zelfredzamer niveau van functioneren wordt, waar mogelijk, nagestreefd.

Tot slot

Parnassia wil zorg op maat bieden door de ik-functies van de cliënt te versterken. Zij hanteren uitgangspunten, waarbij het eigen initiatief zoveel mogelijk positief wordt gewaardeerd en men zoveel mogelijk een beroep doet op de gezonde functies van de cliënt. Ondanks deze zorg op maat waarbij kernwaarden als 'openheid, respect en deskundigheid' hoog in het vaandel staan, worden pas opgenomen cliënten toch geconfronteerd met gevoelens van onmacht. Deze gevoelens zijn gebaseerd op het feit dat cliënten geconfronteerd worden met verliezen. De cliënt dient afstand te doen van vele persoonlijke bezittingen en rollen in de samenleving en moet zich gaan schikken naar de gedragsregels binnen de instelling.

Wil je als instelling zo goed mogelijk aansluiten op de cliënt, dan dien je je als hulpverlener bewust te zijn van dit proces. Bij vele voorschriften en huisregels waarnaar de cliënt zich dient te gedragen kun je je afvragen of daar de cliënt bij gediend is of de instelling.

HOOFDSTUK 3 DE RECHTEN VAN DE CLIENT OP HET GEBIED VAN INFORMATIEVERSTREKKING.

Inleiding

Elke cliënt heeft recht op adequate, hanteerbare en volledige informatie. Dit vormde voor mij de aanleiding om weer te geven welke wetten een rol spelen in deze rechten. Naast rechten spelen ook plichten een rol. Deze rechten en plichten van de patiënt zijn vastgelegd in vastgestelde wetten zoals de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelings-Overeenkomst).

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener. Het is een dwingend recht, d.w.z. dat cliënt en zorgverlener niet af mogen wijken van de wet zoals vastgelegd die in strijd zou zijn met de WGBO. De Wet is op 1 april 1995 in werking getreden en levert een belangrijke bijdrage aan het versterken en verduidelijken van de rechtspositie van de patiënt. Zo staat in de wet waarover de patiënt informatie kan krijgen (BV. ziekte, voorgestelde behandeling of onderzoek, risico's en medicijnen). Andere zaken die in de WGBO zijn geregeld betreffen het de toestemmingsvereiste, het recht op inzage in het medisch dossier en het recht op privacy.

3.1 De WGBO rechten en plichten

Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat er een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, wat gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand.

In de WGBO zijn een aantal spelregels vastgelegd, die voorheen in losse wetten en in rechterlijke uitspraken te vinden waren. Deze zijn als volgt:

➤ **Het recht van de patiënt op informatie**

De patiënt heeft recht op informatie, in begrijpelijke taal, over uw ziekte, de behandeling, de gevolgen en risico's van die behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen. De zorgverlener zal, als dat gewenst en noodzakelijk is, de informatie schriftelijk geven, zodat de patiënt die nog eens rustig kan nalezen. Als de zorgverlener denkt dat bepaalde informatie bij de patiënt slecht zal vallen, dan is dat geen reden om de patiënt deze informatie niet te geven. Alleen als naar het oordeel van de zorgverlener het geven van bepaalde informatie ernstig nadeel voor de patiënt zal opleveren, dan verstrekt hij die informatie niet. De zorgverlener is wel verplicht dit met een andere zorgverlener te overleggen.

Alleen met voldoende informatie kan de patiënt goed meedenken en meebeslissen over de behandeling. De WGBO schrijft dit ook voor: de patiënt beslist samen met de hulpverlener wat er gaat gebeuren.

➤ **De plichten van de patiënt**

De patiënt moet de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Met juiste en volledige informatie kan de zorgverlener sneller en beter een diagnose stellen en kan hij beter zorg verlenen. Dit klinkt logisch en redelijk, maar vaak worden uit schaamte, gemakzucht of onverschilligheid, of in de overtuiging dat het onbelangrijk zaken verzwegen of anders voorgesteld. De patiënt moet zo veel mogelijk met de zorgverlener meewerken en adviezen opvolgen. Een andere belangrijke plicht van de patiënt is de zorgverlener te betalen.

➤ **Het recht van de patiënt om geen informatie te willen**

Als een patiënt zegt bepaalde informatie niet te willen, dan krijgt hij die informatie niet, tenzij dit ernstig nadeel voor hemzelf of anderen oplevert, dan krijgt de patiënt toch die informatie van de zorgverlener.

➤ **De plicht van de zorgverlener informatie te verstrekken**

Niet alleen heeft de patiënt recht op informatie, de zorgverlener is zelfs verplicht de patiënt informatie te verschaffen. De zorgverlener moet in voor de patiënt te bevatten bewoordingen vertellen over het onderzoek, de voorgestelde behandeling en alternatieven, en de gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij wordt wel het principe der redelijkheid gehanteerd: als er bijvoorbeeld een kans van één op een miljoen is op een bepaalde bijwerking van een bepaalde behandeling, dan hoeft dat niet besproken te worden.

3.2 Richtlijn Patiëntenvoorlichting van de Commissie Voorlichting Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.

Naast de WGBO heeft de geestelijke gezondheidszorg een richtlijn ontwikkeld die tot stand is gekomen op initiatief van de Commissie voorlichting van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Hij is bestemd voor individuele zorgverleners en instellingen in de gezondheidszorg. Hierin gaat het om een mentaliteit van de zorgverlener die de individuele verantwoordelijkheid heeft om patiënten volgens deze richtlijn voorlichting te geven.

Op organisatorisch vlak wordt er vanuit gegaan dat voorlichting geven in het beleid opgenomen dient te worden en materialen om voorlichting te geven aanwezig behoren te zijn.

Tevens mag er van de ggz-instellingen verwacht worden dat zij in hun regio voorlichtingsactiviteiten ontplooien voor andere groepen dan hun directe patiënten.

3.2.1 De uitwerking voor de praktijk:

- Het recht van patiënten op goede informatie is wettelijk vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelings- overeenkomst. Informatie verstrekken, voorlichting geven, is echter veel meer dan het voldoen aan een wettelijke eis. Het gaat om een open mentaliteit van gelijkwaardigheid, de kunde om informatie over te brengen, en het vormen van gewoonten en routines, waarbij het geven van voorlichting een dagelijkse vanzelfsprekendheid wordt.
- Naast de individuele zorgverlener hebben ook ggz-instellingen een eigen verantwoordelijkheid. Voorlichting dient in het beleid opgenomen te zijn en de materialen om voorlichting te geven dienen aanwezig te zijn. Verder mag van ggz-instellingen verwacht worden dat zij in hun regio voorlichtingsactiviteiten ontplooien naar andere groepen dan hun directe patiënten.
- Patiënten hebben recht op adequate voorlichting, welke een vast onderdeel dient te zijn van iedere behandeling.
- Een behandeling waarbij de patiënt niet op de hoogte is gebracht van de aandoening, de vooruitzichten en de behandelingsmogelijkheden is een onvoldoende behandeling.
- Voorlichting dient een vast onderdeel te zijn van het behandelingsplan. Van het geven van voorlichting dient aantekening te worden gemaakt.
- Patiënten hebben recht op informatie, maar ook recht op het weigeren van informatie.
- Bij voorlichting is geen sprake van eenrichtingsverkeer maar van een interactief proces tussen hulpverlener, patiënt en familie. Hierbij dient steeds rekening te worden gehouden met de behoeften van de patiënt en de familie. Voorlichting dient wat betreft de inhoud en vorm afgestemd te zijn op begripsniveau en culturele achtergronden van de voor te lichten patiënt en familie. Degene die de voorlichting geeft dient steeds na te gaan of de voorlichting voldoende begrepen is.

- Voorlichting dient zo nodig multimethodisch en multidisciplinair te worden gegeven. Als ondersteuning van de mondelinge voorlichting kan audiovisueel materiaal worden gebruikt. Voorlichting kan zowel individueel als in groepen worden gegeven. Hierbij valt ook te denken aan zelfhulpgroepen en lotgenotencontact.
- Voorlichtingsvaardigheden dienen in de opleiding te worden aangeleerd en getoetst. Ook in bij- en nascholingsactiviteiten dient aan voorlichtingsvaardigheden aandacht te worden besteed.
- Ggz-instellingen dienen een schriftelijk vastgelegd voorlichtingsbeleid te hebben en te beschikken over voor patiënten en familie goed toegankelijk voorlichtingsmateriaal. Bij visitatie en accreditatie dient hier aandacht aan besteed te worden. **(zie bijlage 3)**

3.3 DE WET BOPZ

Als een cliënt onvrijwillig is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, dan wordt dit bij de wet BPOZ (Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen) geregeld.

In de wet BOPZ wordt zowel de externe als de interne rechtspositie geregeld.

Bij de externe positie gaat het om regels rond de onvrijwillige opname, verlof en (voorwaardelijk) ontslag, bij de interne om rechten van de patiënt die niet vrijwillig in een inrichting verblijft, of die niet in staat is bereidheid tot of verzet tegen de opname te tonen.

3.3.1 Het behandelingsplan

Wat betreft het recht op informatie, staat in de systematiek van de BOPZ het behandelingsplan centraal.

Voor een onder de BOPZ opgenomen patiënt moet zo snel mogelijk een behandelingsplan worden opgesteld. Over dit plan moet eerst overeenstemming met de patiënt worden bereikt, of indien deze hiertoe niet in staat is, met diens vertegenwoordiger.

Om ervoor te zorgen dat de patiënt op basis van voldoende informatie toestemming voor behandeling kan geven, moet de behandelaar de patiënt van begrijpelijke informatie voorzien. Deze informatieplicht is weer vastgelegd in de WGBO.

3.3.2 Vrijheidsbeperking

De onvrijwillig opgenomen patiënt heeft ook recht op vrije briefwisseling, behalve een in zijn aanwezigheid uit te voeren controle op mee te zenden voorwerpen. Ook heeft de patiënt recht op bezoek, vrij telefoonverkeer en bewegingsvrijheid, mits er geen vrees bestaat voor ernstige nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van de patiënt.

3.3.3 Klachtrecht

In de BOPZ staat ook geregeld in elk algemeen psychiatrisch ziekenhuis een cliënt een beroep kan doen op een PvP (patiëntenvertrouwenspersoon).

Deze heeft als taak de patiënt voor te lichten over zijn rechten en hem te ondersteunen bij het geldend maken ervan. Hij dient dus uitsluitend de belangen van de patiënt. De patiënt heeft het recht klachten in te dienen bij het ziekenhuisbestuur.

Op grond van de Wet klachtrecht cliënten zorgsector kan de patiënt klagen over alle ten opzichte van hem genomen beslissingen en gedragingen van personen die in het ziekenhuis werken.

Een psychiatrisch ziekenhuis is verplicht een klachtencommissie in te stellen die uit minimaal drie personen bestaat. Bij een BOPZ klacht moeten een jurist en een psychiater deel van de commissie uit maken.

3.4 Verhouding WGBO – Wet BOPZ

De WGBO geldt ook voor onvrijwillig opgenomen patiënten. Deze wet geldt voor onderwerpen waarover de BOPZ zwijgt, zoals de informatieverstrekking over de behandeling, het recht op informatie, het recht op inzage in zijn dossier, de plicht van de zorgverlener om informatie te verschaffen etc.

Op veel gebieden heeft het een overlap, zoals de plicht om begrijpelijke informatie te verschaffen, wil de cliënt toestemming kunnen geven voor het opstellen van een behandelingsplan. Voor onderwerpen die niet in de WGBO zijn beschreven vult de BOPZ aan, zoals de regels betreffende het behandelingsplan, de rechten en plichten betreffende de onvrijwillige opnames. De rechten van de cliënt betreffende de rechterlijke machtiging en de inbewaringstelling.

De WGBO geldt zowel voor vrijwillig als onvrijwillig opgenomen cliënten en de BPOZ regelt alle gedragsregels betreffende de onvrijwillige opname. Het is als een aanvulling op de WGBO.

Tot slot

De bewoners van Wonen II hebben momenteel nog geen gerichte informatie over de afdeling waar zij verblijven. Dat is in principe in strijd met de wetten zoals vastgelegd in de WGBO. Als woonbegeleider van cliënten vind ik dat je de cliënt tekort doet indien hij niet de volledige beschikking heeft over de informatie betreffende de eigen verblijfsafdeling. Cliënten dienen dan steeds met vragen naar de begeleiding toe te moeten gaan en worden zodoende gekort in hun zelfstandigheid. Als hulpverlener vind ik het je taak om de cliënt te voorzien van informatie zodat deze ondersteund wordt in zijn hulpvragen.

Parnassia wil ernaar streven de cliënttevredenheid en de tevredenheid van verwijzers en omgeving te vergroten. Een van de plannen om hieraan te werken heeft betrekking op de klant en servicegerichtheid. Naar mijn idee zal er meer informatie verschaft moeten worden over verblijfsafdelingen om te voldoen aan de klant en servicegerichtheid. Het geeft de cliënt de mogelijkheid zelf op zoek te gaan naar informatie en wegwijs te maken in de gezondheidszorg. Doordat de bewoner zelf op zoek kan gaan naar antwoorden hoeft hij niet steeds met vragen naar de begeleiding of familie zodat de onafhankelijkheid wordt vergroot.

Tevens beïnvloed je de sociale ondersteuning doordat de cliënt zelf op zoek kan gaan naar adressen betreffende sociale factoren. Dan kan je pas spreken van zorg op maat.

HOOFDSTUK 4 DE THEORIE OVER VOORLICHTEN

4.1 Wat zegt de theorie over voorlichting?

Voorlichting vindt plaats op de meest uiteenlopende terreinen en met heel verschillende bedoelingen. Maar altijd zal iemand die voorlicht proberen zijn doelgroep te bewegen tot gedragsverandering op basis van gerichte informatie, of zoals Wapenaar e.a. (1987) het zou omschrijven: zijn cliënten 'ondersteuning bieden bij besluitvorming op basis van kennisoverdracht'. (de Roos, 2003)

4.2 Wat is voorlichting?

De letterlijke betekenis van voorlichten is het verstrekken van informatie. Bij voorlichting gaat het om een zodanige beïnvloeding van menselijk gedrag dat de voor te lichten personen zelfstandig de gewenste of meest adequate beslissingen nemen, en zich daarbij baseren op de informatie die de voorlichter overdraagt. Uiteraard spelen naast informatie en hulp bij besluitvorming ook normen mee.

Voorlichting is vooral gericht op duurzame gedragsverandering. Dat kan het best bereikt worden door de informatie zodanig aan te bieden dat cliënten gemotiveerd raken, en door hen zodanig te ondersteunen dat zij zich het vermogen 'eigen maken' om zelfstandig te beslissen op grond van de geboden informatie (internaliseren).

Bij informatieve voorlichting verstrekt de voorlichter relevante informatie en gaat ervan uit dat de doelgroep in staat is zelf verstandige conclusies te trekken.

4.2.1 Gedragsverandering door voorlichting

Wil je als hulpverlener op een planmatige manier voorlichting geven, dan zul je moeten uitzoeken welke redenen of oorzaken het gedrag bepalen dat je wilt beïnvloeden. Een voorlichter communiceert om zijn doelgroep te beïnvloeden. Voor het tot stand komen van communicatie moeten de volgende ingrediënten aanwezig zijn:

- iemand die informatie wil overdragen
- degene(n) aan wie de informatie wordt overgedragen
- de informatie die overgedragen moet worden
- de weg waarlangs de informatie van de zender naar de ontvanger komt.

4.2.2 De wijze van voorlichting

Communicatie tot stand brengen is de eerste stap die je moet zetten. Binnen deze stap onderscheiden we: blootstelling aan een bericht, aandacht krijgen, zorgen voor begrip. Dat wil zeggen: zorg eerst dat je een bericht hebt, zorg dan dat de doelgroep dat bericht onder ogen krijgt en dat de leden van de doelgroep de bedoeling ervan begrijpen. Wanneer dat alles gelukt is, kun je zeggen dat de communicatie tot stand gekomen is.

Voorlichten is gericht op de beïnvloeding van het gedrag van bepaalde personen of doelgroepen. Het aanbieden van informatie vormt vaak een eerste aanzet tot deze beïnvloeding. In de hoop dat de boodschap over komt kies je als voorlichter er nogal eens voor om de informatie geregeld te herhalen en op verschillende manieren aan te bieden (schriftelijk, audiovisueel, mondeling).

Als je gaat voorlichten moet je altijd eerst zorgvuldig vaststellen wie de doelgroep is en hoe je die het beste kunt bereiken. Dan moet je goed nadenken hoe het bericht eruit moet zien zodat het onder de aandacht van de doelgroep valt en ook nog begrepen zal worden.

De wijze waarop de doelgroep geïnformeerd wordt kan via een brochure, een affiche, een televisieprogramma, een groepsbijeenkomst, een individueel gesprek, en ga zo maar door.

4.3 De voorlichting op Wonen II

Voorafgaande aan de opname krijgt de bewoner van diens persoonlijk begeleider korte informatie over de woning waar hij gaat wonen. Dit betreft vooral algemene informatie over circuit wonen, maar zegt nog niets over de afdeling. Om informatie over circuit wonen te geven kan de begeleider gebruik maken van de folder "Wonen". Deze folder bevat informatie over

- de verschillende vormen van huisvesting zoals open en gesloten woonafdeling, groepswonen, wooneenheden voor een of tweepersoonshuishoudens en wonen in een woonwijk,
- de ligging
- bereikbaarheid
- de behandeling (o.a. psyche-educatie, medicamenteuze behandeling)
- de begeleiding (varieert van intensieve tot het bieden van begeleiding bij het betrekken van een meer zelfstandige woning).
- de aanmeldingsprocedure

Tevens bestaat er een "Woonkrant" voor de bewoner. De Woonkrant is bedoeld voor en het liefst ook geschreven door bewoners en verschijnt eenmaal per kwartaal. De Woonkrant wil informatie bieden over alledaagse zaken binnen en buiten circuit Wonen, maar wil ook bij andere lezers de beeldvorming verbeteren over mensen met psychotische problemen die zijn aangewezen op duurzame zorg.

Deze krant geeft ook geen specifieke informatie over een verblijfsafdeling.

Het intakegesprek

Als een bewoner wordt aangemeld voor een woning dan volgt eerst een intakegesprek en daaropvolgend een rondleiding.

Tijdens de intake in de nieuwe woning van de bewoners wordt veel informatie gegeven over de gehele gang van zaken op de afdeling. Dit betreft o.a. informatie over de begeleiding, woonregels, de protocollen wat te doen bij onraad, eten en medicatietijden. Wat betreft laatstgenoemde wordt verwezen naar affiches die op de deur van de medicijnkamer en eetkamer hangen, zodat mensen weten wat de tijden zijn. Deze informatie wordt mondeling over gebracht naar de bewoner.

Na het ontvangen van al die informatie, krijgt de nieuwe bewoner een rondleiding over de afdeling. Tijdens deze rondleiding krijgt de nieuwe bewoner alle vertrekken te zien en krijgt de bewoner wederom mondeling informatie over deze vertrekken.

Na afloop van de rondleiding wordt de bewoner duidelijk gemaakt dat indien hij nog met vragen zit, deze altijd kan bespreken met de begeleiding.

De begeleiding zal de bewoner dan verder wegwijs maken.

Alle informatie die de nieuwe bewoner mondeling overgedragen heeft gekregen is voor hem niet na te lezen. Dat is de reden dat er bij vragen terugverwezen wordt naar de begeleiding.

4.4 Op welke wijze zou de bewoner van Wonen II over de afdeling geïnformeerd willen worden?

Om een beeld te krijgen wat bewoners missen en op welke wijze ze geïnformeerd willen worden, heb ik diverse gesprekken gehad met enkele bewoners.

Ik heb daarbij rekening gehouden met bewoners die al langer op de afdeling wonen en hun weg kunnen vinden en nieuwe bewoners. De gesprekken waren van korte duur, omdat in veel gevallen een langdurig gesprek niet op te brengen is, in verband met concentratiemoeilijkheden. Tijdens de gesprekken gaven zowel de bewoners die al langer op de afdeling wonen als nieuwe bewoners aan dat ze nog veel missen aan informatie.

De bewoners die al langer op de afdeling zijn, geven aan vooral informatie te missen over activiteiten, werkmogelijkheden, financiële regelingen etc. Nieuwe bewoners missen vooral informatie over de afdeling zoals, hoe werkt de wasmachine, kan ik buiten de etenstijden ook een maaltijd krijgen, waar kan ik schoon linnengoed vinden etc.

Beide doelgroepen geven aan dat veel vragen over de algemene zaken van een afdeling nergens terug te lezen zijn en dat zij bij onduidelijkheden steeds een beroep moeten doen op de begeleiding. De informatie die zij krijgen blijft in veel gevallen dan ook “niet hangen”, zoals ze zelf omschrijven. Vragen over de algemene zaken van een afdeling kan de bewoner nergens lezen en bij onduidelijkheden moeten ze steeds een beroep doen op de begeleiding. Soms wordt dit als heel vervelend ervaren omdat ze zich zo afhankelijk voelen van de begeleiding, maar anderen vinden het geen probleem omdat ze weten dat ze met vragen altijd terecht kunnen bij de begeleiding.

Ook familieleden van patiënten hebben hun ongenoegen geuit over het aanbod van informatie. Enkele familieleden gaven aan dat er wel veel informatie bestaat over de ziektebeelden en welke beperkingen dit oplevert, maar dat veel informatie over simpele praktische zaken, onduidelijk blijft.

Kortom komt het er op neer dat er bewoners en familieleden zijn voorlichtingsmateriaal missen waarin zij allerlei informatie kunnen vinden over de gang van zaken op een afdeling, afspraken, belangrijke telefoonnummers, etc.

Wil je als hulpverlener ervoor zorgen dat het gedrag van de cliënt zodanig wordt beïnvloedt dat het leidt tot gedragsverandering dan vind ik het van belang dat de informatie ook duidelijk, volledig en hanteerbaar is. Met gedragsverandering doel ik op het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt.

Naar mijn idee kan gedragsverandering door voorlichting bereikt worden mits de cliënt gemotiveerd is om het te lezen. Door gebruik te maken van voorlichtingsmateriaal kan de cliënt zelfstandig op zoek gaan naar informatie en kan zich hierdoor minder afhankelijk opstellen t.o.v. de begeleiding.

Tevens dienen hulpverleners dan ook de bereidheid te hebben om informatie op begrijpelijke wijze over te brengen. Dit betekent in de praktijk dat de begeleiding de tijd moet nemen om samen met de cliënt de brochure door te nemen en de cliënt bij eventuele vragen terug te verwijzen naar de brochure, zodat de cliënt zelf op zoek kan gaan.

Eén van de cliënten gaf ook aan dat het aanbieden van een eventuele voorlichtingsbrochure niet voldoende zou zijn. Deze zou dan in een lade terechtkomen en niet meer ingekeken worden. Hij stelde voor om als begeleiding daadwerkelijk te gaan werken met “de brochure”. Dit houdt in dat cliënten in eerste instantie de brochure samen met de begeleiding zouden moeten doornemen zodat ze bij onduidelijkheden hun vragen kwijt kunnen. Dit proces zou zich moeten herhalen en indien de bewoner vragen zou hebben, dan terug verwijzen naar de brochure, zodat de cliënt zelf op zoek gaat naar antwoorden. Bij navraag bij andere cliënten werd dit bevestigd. Afhankelijk van de gemoedsstemming is het raadzaam dit te herhalen, omdat het voor de bewoner niet altijd mogelijk is om informatie te verwerken, vooral als er sprake is van een “slechte dag”.

Dit vormde voor mij de aanleiding om gericht naar voorlichting te gaan kijken. Hierbij viel het me op dat voorlichtingsfolders veelal vakjargon bevatten en niet gericht aan cliënten werden gegeven maar veelvuldig in de folderrekken stonden.

Informatie verstrekken alleen is niet voldoende. Het is meer dan het voldoen aan een wettelijke eis zoals vastgelegd in de WGBO. Als hulpverlener dien je ook bereid te zijn om informatie te verstrekken en deze zoveel mogelijk af te stemmen op de cliënt. Het betekent dat je in de praktijk actief en samen met de cliënt naar de informatie kijkt, zodat deze de informatie ook kan hanteren. Dan pas kun je ook spreken van een respectvolle bejegening.

HOOFDSTUK 5 DE SAMENVATTING EN CONCLUSIE

De bewoners van Wonen II hebben momenteel nog geen gerichte informatie over de afdeling waar zij verblijven. Op het gebied van wonen ontbreekt nog het nodige aanbod op het gebied van informatie. Veel informatie krijgen zij mondeling ad hoc overgedragen en de informatie op het gebied van wonen dat voorhanden is, geeft geen specifieke informatie over de afdeling. Dit leidt ertoe dat ze in een afhankelijke positie ten opzichte van de begeleiding worden geplaatst. De bewoners van Wonen II zijn over het algemeen mensen met schizofrenie. Mensen met schizofrenie hebben moeite met het opslaan en reproduceren van informatie. Dit leidt ertoe dat veel informatie verloren gaat of in het geheel niet wordt opgeslagen. Vooral informatie dat teveel vakjargon bevat komt niet over bij de cliënt, zodat de cliënt met vragen blijft zitten.

Wonen II is een woonafdeling voor cliënten met schizofrenie. Het bestaat uit groepswonen met zeer intensieve psychiatrische zorg en intensieve woonbegeleiding. De missie die zij hanteren is "Uw vraag is onze zorg". Als een cliënt opgenomen wordt in een instelling, dan krijgt hij met veel veranderingen omtrent zijn persoon te maken. Omdat hij afstand moet doen van al zijn bezittingen, zijn rollen in de samenleving waarbij zijn ego als het ware wordt "gemortificeerd" wordt hij geconfronteerd met gevoelens van onmacht. De identiteit van de persoon wordt als het ware afgebroken en hij dient zich te conformeren aan de gedragsregels van de instelling. Dit wordt nog eens versterkt als cliënten geen tot onvoldoende informatie voorhanden hebben. Zij moeten dan steeds met vragen naar de begeleiding toe.

Zowel cliënten en familieleden als ook personeelsleden van wonen II ervaren het als een tekortkoming dat er geen informatie is over de afdeling. Dit betekent voor cliënten en diens familieleden/betrokkenen dat zij veelvuldig informatie moeten vragen aan de begeleiding van de afdeling en voor personeelsleden dat zij veelvuldig informatie over de afdeling moeten herhalen. Tevens hebben de bewoners ook herhaaldelijk aangegeven dat zij graag een boekje zouden willen hebben waar zij met regelmaat informatie kunnen teruglezen die zij veelal mondeling krijgen aangeboden.

Dit vormde voor mij de aanleiding om kritisch te kijken naar het aanbod op het gebied van informatie voor bewoners van Wonen II, binnen Parnassia.

Bij de afdeling van communicatie van Parnassia ben ik gaan navragen wat er zoal bestond op het gebied van folders/voorlichtingsmateriaal en welk beleid er wordt gehanteerd m.b.t. informatieverstrekking.

De afdeling communicatie bood mij een beleidsnotitie. In de beleidsnotitie staan doelstellingen en een plan van aanpak vermeld waarmee Parnassia de cliëntenvoorlichting op een hoog peil wil brengen en houden. Tevens staat hier in duidelijk verwoord dat cliëntenvoorlichting als cruciaal wordt gezien voor de mate waarin cliënten Parnassia als open en respectvol ervaren. De beleidsnotitie is afgeleidt van de Wet BOPZ. Deze wet regelt de relatie tussen de cliënt en de instelling waarin ook het recht op informatie wordt benoemd.

Informatie verstrekken is echter veel meer dan het voldoen aan een wettelijke eis zoals vastgelegd in de WGBO. Het betekent dat je een instelling als Parnassia bereidheid toont om informatie te verstrekken en voldoende informatie voorhanden hebt. Tevens dient de inhoud van de informatie daarbij zoveel mogelijk te worden afgestemd op de mogelijkheden van de doelgroep. Dan kun je pas spreken van een respectvolle bejegening.

Als de kwaliteit van de informatie voldoende is, dan hoeft de cliënt niet steeds met vragen naar de begeleiding toe te gaan, hierdoor ontstaat er een gedragsverandering omdat diens zelfstandigheid wordt vergroot, maar in de praktijk blijkt het aanbod op het gebied van voorlichting over de eigen afdeling erg matig te zijn. Veel relevante informatie over de eigen afdeling stond nog niet op papier of was sterk verouderd

De voorgaande criteria zijn voor mij de aanleiding geweest om een product te ontwikkelen dat antwoord geeft op de probleemstelling:

Op welke wijze kun je schizofrene cliënten van Wonen II binnen Parnassia duidelijke, volledige en hanteerbare informatie geven over de verblijfsafdeling?

Aangezien circuit Wonen ook zijn kerntaak wil verbeteren (zie hoofdstuk 2.1) door plannen uit te voeren zoals beschreven in het bedrijfsplan, leek het mij een goede zaak om er voor te zorgen dat de cliënt voldoende geïnformeerd wordt. Dit in het kader van kwaliteitsverhoging en klant en servicegerichtheid t.a.v. de zorg en dienstverlening.

Wil je als hulpverlener het gedrag van de cliënt op zodanige wijze beïnvloeden dat deze zelfstandig zijn weg kan vinden in de informatie dan dient de informatie voor de cliënt wel te begrijpen, overzichtelijk en hanteerbaar te zijn, wil deze voor de cliënt bruikbaar zijn. Tevens dienen hulpverleners dan ook de bereidheid te hebben om informatie op begrijpelijke wijze over te brengen. Dit betekent in de praktijk dat de begeleiding de tijd neemt om samen met de cliënt de brochure door te nemen en bij eventuele vragen terug verwijst naar de brochure, zodat de cliënt zelf op zoek kan gaan. Dit vormde voor mij de aanleiding om een brochure te ontwikkelen die qua taalgebruik hanteerbaar is voor de cliënt.

Waarom geeft de brochure antwoord op de probleemstelling?

De brochure zal zijn meerwaarde hebben om de volgende redenen:

- Ondanks de diverse folders die er al bestaan binnen Parnassia, zijn er nog geen gerichte folders over een verblijfsafdeling waardoor de cliënt met onduidelijkheden blijft zitten omtrent de verblijfsafdeling. De afdelingsbrochure zal de cliënt de gelegenheid geven om zelfstandig op zoek te gaan naar informatie.
- De brochure kan de cliënt ondersteunen in de hulpvragen op het gebied van wonen en draagt dit bij tot het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt.
- De wijze van informeren is laagdrempelig. De brochure is makkelijk te verkrijgen en te verspreiden.
- Het is makkelijk in gebruik omdat het zodanig is opgesteld dat in een oogopslag de onderwerpen terug te vinden zijn.
- Uitgaande van de missie van Parnassia "Uw vraag is onze zorg" en de vraag van de cliënt zou ik met het maken van de afdelingsbrochure voldoen aan de wens van de cliënt.
- Qua vorm en inhoud is er rekening gehouden met de beperkingen van de cliënt, dus zo overzichtelijk mogelijk gemaakt.

Helaas was het niet mogelijk om de brochure in meerdere talen uit te laten voeren. De communicatieadviseur gaf aan dat Parnassia zich zoveel mogelijk wil conformeren aan de samenleving. Een samenleving die verwacht dat anderstaligen zich de Nederlandse taal eigen gaan en moeten maken. Het vertalen van de brochure zou dan in strijd zijn met de beleidsnotitie.

Naar mijn idee doe je anderstalige cliënten te kort door ze geen vertaling te geven. Zoals ik al aangaf heeft iedere cliënt recht op informatie en kun je er niet vanuit gaan dat schizofrene cliënten met cognitieve beperkingen de Nederlandse taal zodanig aanleren dat ze een volledige brochure kunnen lezen. Als Parnassia kwalitatief wil voldoen aan het recht op informatie, dan dien je deze ook af te stemmen op de mogelijkheden en beperkingen van de cliënt. Dit betekent dat je brochures moet blijven vertalen zodat deze voor ieder cliënt begrijpbaar, overzichtelijk en hanteerbaar is. Door het ontbreken van vertalingen worden anderstalige cliënten alsnog in een afhankelijke positie geplaatst en wordt het recht op informatie niet volledig benut.

Als woonbegeleider van cliënten vind ik dat je de cliënt tekort doet indien hij niet de volledige beschikking heeft over de informatie betreffende de eigen verblijfsafdeling. Cliënten worden zodoende gekort in hun zelfstandigheid.

Persoonlijk hecht ik grote waarde aan respect voor de identiteit van de cliënt. Hierbij ga ik uit van het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Ik vind het van groot belang dat ondanks dat de cliënt niet altijd goed diens eigen situatie in kan schatten t.g.v. de psychische stoornis, je als hulpverlener zoveel mogelijk moeite moet doen om de cliënt te betrekken in de besluitvorming en te informeren over wonen. Met respect wil voor mij ook zeggen dat ik niet uitga van de `zieke cliënt, maar juist de nadruk leg op de gezonde kant van de cliënt.

Naar mijn idee heeft ieder mens recht op optimale hulpverlening. Dat wil zeggen dat je aandacht schenkt aan de kwaliteit van het hulpverleningsaanbod. Hierbij wil ik o.a. de nadruk leggen op de kwaliteit van de attitude van de hulpverlener. De attitude van de hulpverlener dient zich af te stemmen op een respectvolle bejegening en informatiebereidheid. Wil je de hulpvrager respectvol bejegenen, dan dien je als hulpverlener je ook af te stemmen op de mogelijkheden van de doelgroep. Niet de hulpverleners moeten bepalen hoe cliënten hun leven willen inrichten, want dat komt neer op betuttelen.

De kwaliteit van het hulpverleningsaanbod dient ook door een instelling als Parnassia in diens beleid uitgevoerd te worden. Helaas moet ik tot de conclusie komen dat de woorden vanuit het beleid mooier zijn dan de daden in de praktijk.

Met het ontwikkelen van de brochure hoop ik een bijdrage geleverd te hebben in de ondersteuning van de cliënt in zijn zelfstandigheid, zodat diens identiteit niet geheel "gemortificeerd" wordt na opname op een woonafdeling, maar een stukje zelfbeschikking tot zijn recht komt.

HOOFDSTUK 6 HET PRODUCT

6.1 De productkeuze

Tijdens mijn inwerkperiode in een woning van Parnassia viel het me op dat veel informatie voor bewoners mondeling werd overgebracht. Dit leidde ertoe dat bewoners met veel vragen bleven zitten en steeds weer naar de begeleiding moesten gaan voor de gang van zaken. De informatie die zij hadden gehad was in zijn geheel niet overgekomen, waardoor ze met vragen bleven zitten.

In eerste instantie had ik nog geen idee of ik hier iets mee kon en of dit ook noodzakelijk was. Uiteindelijk kon de bewoner altijd met vragen naar de begeleiding en was het ook niet duidelijk of de bewoner wel op een andere manier geïnformeerd zou willen worden.

Om na te gaan of en in hoeverre bewoners geïnformeerd wilden worden en wat ze precies missen aan informatie, heb ik diverse interviews (vraaggesprekken) gedaan met bewoners en direct betrokkenen zoals familie, begeleiding etc.

Tijdens deze gesprekken viel het me al op hoe moeilijk het voor sommige bewoners was om informatie te verwerken en dat veel informatie niet overkwam doordat ze het niet konden reproduceren.

Om na te gaan wat er precies gebeurt met de cognitieve verwerking van de informatie ben ik op zoek gegaan in de literatuur wat de consequenties zijn van schizofrenie op het gebied van informatieverwerking.

Via het Documentair Centrum van Parnassia heb ik diverse boeken kunnen lezen over schizofrenie en wat de gevolgen hiervan zijn op de cognitieve functies.

Welke aanbeveling kan ik doen om cliënten te voorzien van duidelijke, volledige en hanteerbare informatie?

Familieleden, begeleiders en de zorgcoördinator van Wonen II gaven aan dat ze vooral informatie missen over de verblijfsafdeling van de bewoner. Er was wel veel op papier over de instelling Parnassia, maar niets over de afdeling.

Bij navraag bij bewoners, begeleiding, familie en de zorgcoördinator werd mij duidelijk gemaakt dat zij het erg op prijs zouden stellen als ik bereid zou zijn een afdelingsbrochure te ontwikkelen voor Wonen II. Dit heeft mij doen besluiten me te buigen over een afdelingsbrochure.

De reden dat ik vooral voor een brochure heb gekozen en niet zozeer voor een website, is dat veel bewoners niet overweg kunnen met computers en deze als te hoogdrempelig ervaren. Het zou voor velen ook te moeilijk worden om gebruik te maken van een computer en/of aan te schaffen gezien de kosten. Een brochure kun je ook makkelijker verspreiden. Er zou bv op iedere kamer een brochure kunnen liggen waar de bewoner gebruik van kan maken.

Waar deze brochure aan moest voldoen had ik nog geen idee van, maar een brochure leek mij de manier om bewoners van Wonen II te informeren over het afdelingsgebeuren.

De brochure zou dan wel makkelijk leesbaar moeten zijn en makkelijk te verspreiden.

Een brochure zou ook makkelijker hanteerbaar zijn omdat het zodanig is opgesteld dat in een oogopslag de onderwerpen gemakkelijk terug te vinden zijn. Dit maakt de brochure voor de bewoner ook gemakkelijk in het gebruik.

Met het maken van een afdelingsbrochure zou ik voldoen aan de wens van de cliënt. "Uw vraag is onze zorg". Het beleid van Parnassia richt zich wel op wettelijke kaders en kwaliteitseisen maar er zijn ondanks alle diverse folders die er bestaan, nog geen gerichte folders over een verblijfsafdeling van Parnassia. Om die reden zou deze folder meerwaarde hebben omdat de cliënt zelfstandig op zoek kan gaan naar informatie over een afdeling.

Om daadwerkelijk met de brochure als voorlichtingsmateriaal te gaan werken, dient de begeleiding ondersteunt te worden door het beleid. Vanuit dit beleid moeten voorwaarden worden gecreëerd zodat de begeleiding de brochure voldoende kan introduceren. Hierbij valt te denken aan:

- Circuit Wonen moet zijn medewerkers in staat stellen om goede cliëntenvoorlichting te kunnen geven.
- De adviseurs van de productgroep Communicatie kan circuit Wonen op maat ondersteunen bij het realiseren van goede cliëntenvoorlichting
- Het Informatiecentrum van Parnassia kan een ondersteunende functie bieden bij het realiseren van goede cliëntenvoorlichting.

Indien cliënten vragen hebben die zij zelf terug kunnen vinden in de folder, dan kan de begeleiding de cliënt terug verwijzen naar de folder zodat deze zelfstandig op zoek gaat naar antwoorden.

6.1.1 Verantwoording van de productkeuze

Met de brochure wil ik als SPH de volgende deelkwalificaties benaderen zoals:

- Zelfstandig en samen met cliënten, andere hulpverleners en/of direct bij de cliënten betrokkenen de woon en leefsituatie verkennen en analyseren.

Door het maken van een brochure wordt er kritisch gekeken naar de inhoud omtrent de woon en leefsituatie van de bewoner. Dit leidt ertoe dat met betrekking tot het woon en leefklimaat een adequate afstemming op de bewoner kan plaatsvinden.

O.a. afspraken die zijn gemaakt zijn zo voor iedereen op deze wijze duidelijk.

- Programma's voor hulp en dienstverlening ontwerpen in situaties die gekenmerkt worden door complexe problematiek en hulpvragen, afgestemd op de behoeftes en mogelijkheden van de cliënt.

Door het maken van een duidelijk, volledig en hanteerbare brochure krijgt de bewoner op eenvoudige wijze informatie aangeboden die hem ondersteunt in de hulpvragen op het gebied van wonen en draagt dit bij tot het vergroten van de zelfstandigheid van de cliënt. Deze informatie kan regelmatig en indien nodig gelezen worden.

- Sociale ondersteuning voor de cliënt creëren of versterken door sociale systemen en maatschappelijke instellingen die voor de cliënt in de woon en leefsituatie belangrijk zijn, op methodische wijze te beïnvloeden.

Doordat de bewoner zelf op zoek kan gaan naar antwoorden hoeft hij niet steeds met vragen naar de begeleiding of familie zodat de onafhankelijkheid wordt vergroot.

Tevens beïnvloed je de sociale ondersteuning doordat de cliënt zelf op zoek kan gaan naar adressen omtrent sociale factoren.

- De belangen behartigen van de cliënt en cliëntstelsel of hen daarin ondersteunen door met hen of namens hen op te treden naar derden binnen de instelling of in de samenleving

De brochure geeft duidelijk antwoord op vragen omtrent de rechten van de bewoner en geeft verwijzingen naar instanties waar de bewoner terecht kan met vragen omtrent dit gebied. Tevens geeft het een handleiding om zelfstandig antwoord te vinden op vragen van praktische aard.

6.2 Het proces

Nadat ik de keuze had gemaakt voor een brochure ben ik op zoek gegaan naar hoe ik de brochure vorm kon gaan geven. Vooraf heb ik diverse deelvragen voor mezelf op papier gezet omtrent het proces, inhoud, lay-out en evaluatie. Deze waren als volgt:

➤ *proces*

Wat is het huidige aanbod van brochures op het gebied van Wonen?

Bij wie kan ik informatie krijgen over het maken van een brochure?

Waar moet ik toestemming vragen om een brochure te maken?

➤ *inhoud*

Welke informatie is relevant voor de brochure?

Welke informatie ontbreekt nog bij de cliënt?

➤ *lay-out*

Op welke wijze kan er vorm worden gegeven aan een brochure?

Hoe moet de brochure eruit gaan zien?

Aan welke voorwaarden moet de brochure voldoen (vormgeving, inhoud, etc)?

➤ *evaluatie*

Waar krijg ik de goedkeuring ter uitgifte van de brochure?

Op welke wijze wordt de brochure gepresenteerd en aangeboden?

Hoe weet ik dat mijn product voldoet aan de vraag?

Proces

Zoals eerder beschreven ben ik eerst op zoek gegaan naar het huidige aanbod op het gebied van Wonen. Op afdelingsniveau waren er nog geen folders ontwikkeld binnen circuit wonen. Om informatie te krijgen over het maken van een brochure, heb ik contact opgenomen met de afdeling Communicatie.

Om binnen Parnassia een brochure te ontwikkelen heb je toestemming nodig van de afdeling Communicatie. Alle artikelen over communicatie wordt door deze afdeling gescreend en ter goedkeuring overlegt aan de directie.

Inhoud

Voor de inhoud ben ik eerst zelf nagegaan wat belangrijk was om in te verwerken.

Dit betrof voornamelijk informatie over de afdeling en woonafspraken waar nog niets van op papier stond.

Over het thema rechten van de cliënt viel het me op dat veel informatie moeilijk leesbaar was en hoe lastig het is om alles in duidelijke korte zinsopbouw te verwoorden, zonder teveel gebruik te maken van vakjargon.

Bij bewoners heb ik door middel van vraaggesprekken duidelijk gekregen welke informatie zij graag zouden teruglezen in een brochure. Het betrof vooral de praktische informatie over de afdeling en adressen waar zij met diverse vragen terecht kunnen.

Om informatie te krijgen over de vorm en inhoud van de brochure heb ik contact opgenomen met de afdeling Communicatie van Parnassia.

De communicatieadviseur van Parnassia was bereid om mij op weg te helpen met de brochure. Zij vertelde mij dat de brochure aan bepaalde richtlijnen moet voldoen en voordat de brochure daadwerkelijk uitgegeven kon worden er eerst een goedkeuring moest plaatsvinden van de directie zorg van het circuit.

In eerste instantie zou ik een concept inleveren en de afdeling Communicatie zou dit opnemen met de directie, ter goedkeuring.

Lay-out

Om een brochure op te stellen moet deze voldoen aan diverse richtlijnen. Deze richtlijnen zorgen ervoor dat de brochure duidelijk, overzichtelijk en hanteerbaar wordt voor de lezer. Afdeling Communicatie gaf mij door dat elke brochure aan deze richtlijnen moeten voldoen, wil je de cliënt bereiken.

De richtlijnen op het gebied van taal, doelgroep, professionaliteit en vormgeving waren als volgt:

➤ Taal

Maak gebruik van makkelijke taal en gebruik niet teveel vakjargon.

Bewoners van Wonen II hebben moeite met informatieverwerking, dus dien je gebruik te maken van korte en duidelijke zinnen zodat je een goede afstemming krijgt op de doelgroep.

Door gebruik te maken van korte en duidelijke zinnen en deze onder elkaar te plaatsen heb ik op overzichtelijke wijze de brochure in elkaar gezet.

➤ Doelgroep

Maak gebruik van onderwerpen die de doelgroep aan zal spreken. Denk hierbij aan informatie die hij zal willen nalezen over de afdeling en waar gebruik van gemaakt kan worden.

Om hier aan te voldoen heb ik aan bewoners gevraagd welke informatie zij terug willen zien in de brochure zodat deze ook bruikbaar wordt voor de bewoner.

➤ Professionaliteit

De lay-out moet voldoen aan de huisstijl van Parnassia.

Om toch een eigen identiteit te geven aan de brochure heb ik toestemming gevraagd om een eigen titel te gebruiken.

➤ Vormgeving

De structuur is heel belangrijk. Geef aan het begin van de brochure een duidelijk overzicht.

Maak gebruik van kopjes, die je terug kan vinden in het overzicht.

Mensen lezen van links bovenin naar rechtsonder. Denk hieraan bij de vormgeving.

Het overzicht is zodanig opgesteld dan bewoners snel het onderwerp kunnen zien waarover zij informatie willen.

Evaluatie

Na het opstellen van de brochure heb ik deze door verschillende mensen laten beoordelen en aanvullen. Dit betrof de zorgcoördinator, woonbegeleiders, maatschappelijk werker en bewoners.

Ter controle heb ik de inhoud ook steeds laten lezen door bewoners en begeleiding om te toetsen of het taalgebruik duidelijk was.

De aanvullingen heb ik verwerkt in de brochure en deze wederom laten beoordelen door het team. Voorafgaande aan het teamoverleg van Wonen II heb ik het concept verdeeld onder de teamleden. Tijdens een teamoverleg hebben we de brochure kritisch doorgenomen en voorzien van aanvullingen.

Nadat de brochure was goedgekeurd door het team, heb ik deze opgestuurd naar de afdeling Communicatie.

Afdeling Communicatie overlegt met de directie of de brochure uitgegeven kan worden.

6.3 De inhoud en opzet van de brochure

In eerste instantie is de brochure ontwikkeld voor de bewoner van Wonen II. De brochure is een handleiding om op eenvoudige manier antwoord te geven op vragen die betrekking hebben op het wonen binnen de afdeling. De inhoud van de brochure is vooral samengesteld vanuit vragen, op en aanmerkingen van bewoners en personeelsleden.

De handleiding kan uiteraard ook gebruikt worden door medewerkers en familieleden. In het kort zal ik de opzet en inhoud van de brochure weergeven.

** De titel*

Om aandacht te trekken ben ik op zoek gegaan naar een pakkende titel. Deze titel is afgeleid van mijn eerste idee om de brochure op alfabetische volgorde te maken.

Dit werd toch te onoverzichtelijk, maar het onderwerp 'praktische zaken' heb ik wel op alfabetische volgorde geplaatst. Dit werd voor mij de aanleiding om de titel 'woonalfabet' te gebruiken. Directe betrokkenen zoals collega's vonden dit ook een geschikte titel.

** Inhoudsopgave*

De inhoudsopgave heb ik niet te groot gemaakt zodat het overzichtelijker qua onderwerpen is geworden. Het geeft een korte weergave van de belangrijkste onderwerpen die betrekking hebben op de afdeling wonen.

** De inleiding*

In de inleiding is er bewust geen gebruik gemaakt van de omschrijving van de doelgroep. In eerste instantie had ik dit wel gedaan, maar de meeste lezers vonden dit toch te confronterend. In veel folders volgt er al een uitgebreide beschrijving op doelgroepen en dit was voor de afdelingsbrochure niet relevant. Om die reden is de beschrijving dan ook niet toegevoegd. Het voorwoord is gebruikt als een welkom heten aan bewoners en verder kort gehouden om de aandacht niet af te leiden van de inhoud.

** De afdeling*

De afdeling heb ik beperkt tot de ruimtes die voor en door de bewoner het meest gebruikt gaat worden. Hier is het niet van belang om alle ruimtes van de afdeling te benoemen, omdat dat te verwarrend wordt.

Wel is het van groot belang dat het duidelijk is waar gerookt mag worden en waar niet omdat er binnen de instelling een rookbeleid is.

** Woonafspraken*

Huisregels gelden voor alle cliënten van Parnassia. De afdelingsregels worden per afdeling met bewoners besproken.

In de praktijk blijken afdelingsregels nog weleens te verschillen van de werknemers. Om die reden heb ik de afspraken die we met elkaar hebben gemaakt, vastgelegd in de brochure, zodat deze ook voor iedereen duidelijk zijn.

** De medewerkers*

Bewoners krijgen met veel medewerkers te maken. Om duidelijkheid te geven wie wat doet, heb ik alle medewerkers waarmee de bewoner in contact kan komen ook benoemd.

Tevens heb ik verwoord op welke tijden en locaties de medewerkers bereikbaar zijn, zodat ze zelf een afspraak kunnen maken, indien nodig en dit niet alleen afhankelijk wordt van de begeleiding.

** Ontspanning en vrije tijd*

Veel bewoners willen wel wat doen zoals een activiteit, een kopje koffie drinken buiten de afdeling of winkelen, maar weten vaak niet waar ze terecht kunnen.

Met dit hoofdstuk geef ik een overzicht waar en wanneer bewoners terecht kunnen voor deze activiteiten.

** Uw rechten als cliënt*

De cliënt heeft bepaalde rechten die bedoeld zijn om de eigen positie te verbeteren. Deze rechten zijn niet voor iedereen duidelijk. Tevens weten veel bewoners vaak niet bij wie ze terecht kunnen voor juridische zaken.

Om die reden heb ik een hoofdstuk ingevoegd waarin zij kunnen zien bij wie ze terecht kunnen indien er vragen, klachten of belangen spelen over het verblijf van een cliënt.

** Praktische zaken van a tot z*

Er zijn veel onderwerpen die moeilijk te verdelen zijn onder hoofdstukken. Om het toch overzichtelijk te houden, heb ik allerlei vragen op het gebied van praktische zaken in alfabetische volgorde geplaatst.

** Persoonlijke bijlage*

Om in een oogopslag te zien wie de direct betrokken medewerkers zijn betreffende de cliënt, heb ik een persoonlijke bijlage toegevoegd.

Hier kan de bewoner ook eventuele aantekeningen plaatsen die alleen op de eigen persoon betrekking heeft.

6.4 Mijn reflectie op de kwaliteit

In dit hoofdstuk geef ik een kritische beschouwing met betrekking tot de inhoudelijke kwaliteit van het product.

De kwaliteit van het product is naar mijn mening goed omdat ik aan diverse voorwaarden heb voldaan, te weten:

- Ik heb rekening gehouden met de praktijk door zowel cliënten, familieleden, personeelsleden en afdeling Communicatie mee te laten denken in het proces.
 - Met het ontwikkelen van de brochure heb ik deelvragen opgesteld die betrekking hebben op het proces, de inhoud, de lay-out en de evaluatie zodat ik een verantwoord product kon ontwikkelen:
1. *Wat is het huidige aanbod van brochures op het gebied van Wonen?*
 2. *Bij wie kan ik informatie krijgen over het maken van een brochure?*
 3. *Waar moet ik toestemming vragen om een brochure te maken?*
 4. *Welke informatie is relevant voor de brochure?*
 5. *Welke informatie ontbreekt nog bij de cliënt?*
 6. *Op welke wijze kan er vorm worden gegeven aan een brochure?*
 7. *Hoe moet de brochure eruit gaan zien?*
 8. *Aan welke voorwaarden moet de brochure voldoen (vormgeving, inhoud, etc)?*
 9. *Waar krijg ik de goedkeuring ter uitgifte van de brochure?*
 10. *Op welke wijze wordt de brochure gepresenteerd en aangeboden?*
 11. *Hoe weet ik dat mijn product voldoet aan de vraag?*
- Ik heb bestaande folders op het gebied van wonen geanalyseerd zodat mijn product antwoord geeft op de tekortkomingen op het gebied van informatieverstrekking.
 - De brochure is zodanig ontwikkeld dat het voldoet aan de criteria die je hanteert bij het opstellen van een brochure, zoals begrijpbare taal, gebruiksvriendelijk, overzichtelijk.
 - De brochure geeft de cliënt de mogelijkheid om zelfstandig op zoek te gaan naar antwoorden op het gebied van wonen.

Met betrekking tot de doelgroep heb ik een laatste deelvraag toegevoegd omdat ik een breder beeld wil geven wat het betekent voor cliënten om opgenomen te zijn binnen een instelling. Tevens schets ik hier een beeld welke gevolgen een opname heeft op de autonomie van de cliënt.

Deze vraag luidt:

`Wat doet het met een cliënt om opgenomen te zijn binnen een instelling`

CRITERIA VOOR BROCHURES

➤ Taal

Maak gebruik van makkelijke taal.

Maak geen gebruik van teveel vakjargon.

De tekst is inhoudelijk juist, helder, afgestemd op de doelgroep en logisch verdeeld over de bladen.

➤ Doelgroep

Maak gebruik van onderwerpen die de doelgroep aan zal spreken.

De inhoud en vormgeving zijn in alle opzichten toegespitst op de belevingswereld en het functioneren van de doelgroep gebruikers.

➤ Inhoud

Geef aan het begin van de brochure een duidelijk overzicht.

Maak gebruik van kopjes, die je terug kunt vinden in het overzicht.

De hoofdstukken zijn duidelijk van elkaar te onderscheiden door koppen.

Tekst en beeld van een brochure zijn ieder afzonderlijk goed ge-lay-out, en samen versterken ze de inhoud.

➤ Lay-out

Formaat en vorm zijn hanteerbaar.

Een brochure heeft het formaat van 1 A5.

De vormgeving is verzorgd en adequaat.

LITERATUURLIJST

Boeken

Well, Cornelia van. *Diagnose: schizofrenie. Vijftien levensverhalen van familieleden*. Utrecht: De tijdstroom.

Wunderink. A. (2001). *Schizofrenie, oorzaken, gevolgen en behandeling*. Wormer: Immerc bv. (derde, herziene druk).

Van den Bosch, Robert. J (1993), *Schizofrenie, subjectieve ervaringen en cognitief onderzoek*. Houten/Zaventem. Bohn Stafleu van Loghum.

Vandereyken. W. en van Deth. R. (2004). *Psychiatrie, van diagnose tot behandeling*. Houten. Bohn Stafleu van Loghum. (tweede, herziene druk).

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

Peperstraten, Hans van en Aalders, Helga. (1998). *Schizofrenie, psycho-educatie. Het collegedeel*. Den-Haag. RBC

Roos, Sytze de, Dinther, Marth van en Terpstra, Jan. (2003). *Preventie in de sociaal pedagogische hulpverlening*. Bussum. Coutinho.

Goffman, Erving. (1977). *Totale instituties*. Rotterdam. Nijgh en van Ditmar.

Internetsites:

http://www.schizofrenieplein.nl/hulp/nieuws/yn49/patient.htm	-Beschikbaar 18 april 2005.
http://www.parnassia.nl/publiek	-Beschikbaar 18 april 2005.
http://www.hulpgids.nl/wetten	-Beschikbaar 18 april 2005.
http://www.kompassie.nl/	-Beschikbaar 18 april 2005.
http://www.trimbos.nl/default1184.html	-Beschikbaar 18 april 2005.
http://www.artsenapotheke.nl/g/richtlijnen_psychiatrie	-Beschikbaar 18 april 2005.

Folders van Parnassia:

- Wie bouwen er aan wonen?
- Wonen, informatie voor verwijzers
- Parnassia, algemene informatie voor cliënten
- RBC, GGZ voor Volwassenen I, informatie voor cliënten en bezoekers
- De Woonkrant, informatie over alledaagse zaken binnen en buiten circuit wonen.

OVERIGE BRONNEN

Documentair Centrum Parnassia

In het Documentair Centrum van Parnassia heb ik alle literatuur over de doelgroep kunnen krijgen die ik nodig had voor mijn productverslag.

Tevens beschikken zij over alle folders die binnen Parnassia worden verspreid en heb hier inzage in gekregen.

Afdeling Communicatie

Stefanie Hermens is communicatieadviseur van Parnassia. Zij is op de hoogte van alle richtlijnen en instellingsbeleid als het gaat om het ontwikkelen van een folder. Met afdeling Communicatie heb ik diverse contacten gehad zodat ik mijn product kon maken.

Afdeling Wonen II

De zorgcoördinator en personeelsleden van Wonen II hebben mij van informatie voorzien in mijn zoektocht naar folders.

BIJLAGEN

Bijlage 1 Uittreksel beleidsnotitie afdeling communicatie.

Inleiding

Cliëntenvoorlichting is cruciaal voor de mate waarin cliënten Parnassia als open en respectvol ervaren. In deze notitie formuleren we doelstellingen en een plan van aanpak waarmee Parnassia de cliëntenvoorlichting op een hoog peil kan brengen en houden. Onder cliëntenvoorlichting verstaan we in deze notitie: het planmatig en doelgericht verstrekken van informatie aan cliënten. In de praktijk gebeurt cliëntenvoorlichting vaak ad hoc. Een meer planmatige en systematische aanpak van cliëntenvoorlichting is nodig om te kunnen realiseren dat de voorlichting voldoet aan een aantal kwaliteitseisen, die in deze notitie worden besproken.

I Uitgangspunten

In het bedrijfsplan staat dat Parnassia open en transparant wil zijn. Vanzelfsprekend is goede cliëntenvoorlichting dan een vereiste.

Wettelijke kaders

De Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO) stelt voorlichtingseisen. Cliënten hebben recht op informatie over de aard van hun ziekte en de voorgestelde behandeling, het verwachte resultaat van de behandeling, mogelijke bijwerkingen en risico's en alternatieve behandelingen.

Informed consent is het kernbegrip uit deze wet. Een cliënt kan pas toestemming geven voor een behandeling nadat hij/zij voldoende is geïnformeerd. Desgevraagd moet een cliënt schriftelijk worden geïnformeerd.

Voor BOPZ-cliënten geldt hetzelfde recht op informatie. **De BOPZ** bevat enkele specifieke instructies voor het informeren van de contactpersoon van de cliënt.

Om goed te kunnen voldoen aan deze wettelijke informatieplicht, is het van belang dat er afspraken zijn over wie welke voorlichting geeft, dat er tijd en hulpmiddelen beschikbaar zijn en dat er samenhang zit in de activiteiten op het gebied van cliëntenvoorlichting. In hoofdstuk II *Systematische voorlichting* worden hiertoe voorstellen gedaan.

II Gewenste resultaten

1. De voorlichting voldoet aan de wettelijke eisen uit de **WGBO en de BOPZ**.
2. Cliënten in een vergelijkbare situatie of behandelfase kunnen rekenen op een vergelijkbare kwaliteit en kwantiteit van de voorlichting.
3. De voorlichting gebeurt in begrijpelijke taal *'
4. De voorlichting is voldoende voor de cliënt
5. De voorlichting is cliëntgericht: sluit aan bij de behoefte, vragen en beleavingswereld van de cliënt (zie hoofdstuk V: Cliëntgerichte voorlichting).

Deze doelstellingen zijn op verschillende manieren meetbaar te maken:

- Systematisch bij cliënten nagaan of voorlichting voldoende is en voorlichting opnemen in de cliënttevredenheidsonderzoeken;
- door registratie van verstrekte voorlichting in het dossier
- door onderzoek te doen naar de beschikbaarheid en verstrekking van folders.

' * enerzijds: zonder jargon en anderzijds: in het Nederlands, waar mogelijk en met gebruik van tolken en andere hulpmiddelen voor vertaling waar nodig.

Verantwoordelijkheden

Cliëntenvoorlichting vindt plaats in het kader van de behandelrelatie die iemand heeft met Parnassia. Cliëntenvoorlichting vindt plaats in de circuits, niet op centraal niveau. Medewerkers met cliëntcontacten zijn op grond van goed hulpverlenerschap integraal verantwoordelijk voor de voorlichting die zij cliënten verstrekken. Voor de kwaliteit van de voorlichting is een goede inbedding in de organisatie van de hulpverlening essentieel.

De circuits moeten medewerkers in staat stellen om goede cliëntenvoorlichting te kunnen geven.

Belangrijke voorwaarden daarvoor zijn:

- Voldoende tijd voor voorlichting
- Het inbouwen van vaste voorlichtingsmomenten
- Registratie van voorlichting in het dossier
- Systematisch nagaan of voorlichting "aankomt"

- Effectief gebruik van voorlichtingsmateriaal (met name folders)
- Multidisciplinair overleg waarbij afspraken over voorlichting aan de orde komen.

De adviseurs van de productgroep Communicatie kunnen de circuits op maat ondersteunen bij het realiseren van goede cliëntenvoorlichting door:

- het "doorlichten" van bestaande cliëntenvoorlichting en het ontwikkelen van nieuwe voorlichtingsactiviteiten
- ondersteuning bij het ontwikkelen/selecteren van folders
- ondersteuning bij een systematischer aanpak van cliëntenvoorlichting
- ondersteuning bij het organiseren van groepsvoorlichting
- advies en training in het geven van voorlichting
- ondersteuning bij onderzoek naar cliëntenvoorlichting

Eén van de communicatieadviseurs is specialist op het gebied van cliëntenvoorlichting. Desgewenst kan deze adviseur ondersteuning bieden bij projecten of activiteiten op het vlak van cliëntenvoorlichting.

Het Informatiecentrum van Parnassia heeft een ondersteunende functie bij het realiseren van goede cliëntenvoorlichting. Het Informatiecentrum kan:

- vragen beantwoorden/verhelderen
- voorlichtingsmateriaal bieden (o.a. folders & video's)

III Systematische voorlichting Voorlichtingsmatrix

Binnen de circuits van Parnassia wordt veel aan cliëntenvoorlichting gedaan. Er wordt mondeling informatie gegeven door hulpverleners en anderen. Er worden folders uitgereikt, voor sommige groepen cliënten is groepsvoorlichting beschikbaar. Veelal is het echter niet precies bekend wat een circuit aan cliëntenvoorlichting te bieden heeft. Waar kan een cliënt op rekenen? Wie is verantwoordelijk voor welk stuk cliëntenvoorlichting? Het is wenselijk om 'losse' voorlichtingsactiviteiten zoals folders, gesprekken en groepsbijeenkomsten in te bedden in één samenhangend voorlichtingstraject. Hierdoor wordt het proces beter beheersbaar en wint de voorlichting aan kwaliteit. Daarvoor is het nodig dat circuits expliciet maken op welke voorlichting cliënten kunnen rekenen en zo nodig meer concrete afspraken hierover maken.

IV Voorlichting op verschillende manieren

Uit onderzoek blijkt dat voorlichting op verschillende manieren (multimethodisch) én verschillende momenten het meest effectief is. Meestal hebben we het in dit verband over mondelinge en schriftelijke voorlichting (voornamelijk folders), over audiovisuele voorlichting (video's, cassettes) en voorlichting met behulp van nieuwe media (Internet). Daarnaast is het onderscheid individuele/groepsvoorlichting van belang. Hierna volgt een aantal voorstellen op elk van deze gebieden.

Mondelinge voorlichting

Het gesprek tussen hulpverlener en cliënt vormt de harteklop van de voorlichting. Hoewel de informatie uiteraard 'op maat' gegeven moet worden, is het toch wenselijk om afspraken te maken over het minimale pakket mondelinge voorlichting dat cliënten moeten krijgen in de verschillende behandelfases die zij doorlopen. Welke informatie moet een cliënt minimaal ontvangen in de intakefase, behandelfase of ontslagfase?

Belangrijk is dat duidelijk wordt wie wat verteld, wat de daarvoor geëigende voorlichtingsmomenten zijn en dat herhaling wordt ingebouwd zodat cliënten gelegenheid hebben de informatie te verwerken en erop terug te komen. Ook is het zinvol om te kijken wat echt mondeling moet en wat schriftelijk kan.

Schriftelijke voorlichting

Mondelinge voorlichting alléén wordt snel vergeten. Schriftelijke voorlichting werkt ondersteunend, mits juist ingezet, dat wil zeggen: een voor de cliënt geschikte folder/brochure is op een geschikt tijdstip voor de cliënt beschikbaar. Dat lijkt eenvoudig, maar blijkt in de praktijk ingewikkeld te zijn. Voor een effectieve inzet van folders zijn de volgende aspecten van belang: productie, selectie, onderhoud en beschikbaarheid.

Productie van eigen voorlichtingsmateriaal

Elk circuit heeft folders die gebruikt worden voor cliëntenvoorlichting op verschillende 'niveaus'. In het bedrijfsplan van Parnassia staat dat elk circuit moet beschikken over folders die het behandel aanbod beschrijven.

Er zijn verschillende manieren om het foldermateriaal per circuit in te delen: per behandelprogramma, per locatie, per afdeling. Per circuit kan een andere indeling logisch zijn. In elk geval is het belangrijk dat er gekozen wordt voor een heldere, consequente structuur. Enerzijds moet je als cliënt een overzicht krijgen: Wat kan ik hier allemaal halen? Anderzijds moet het mogelijk zijn om op maat informatie te krijgen over een specifieke behandelvorm/methode.

Bij sommige klinische onderdelen van Parnassia zal een afdelingsfolder nog wenselijk zijn, omdat die informatie te specifiek is voor een brochure waarin het gehele behandelprogramma beschreven staat.

V Voorlichting & kwaliteit

Voorlichting is een onderdeel van de zorg waar kwaliteitsprincipes evenzeer van toepassing zijn. Beheersing van de voorlichtingsketen is nodig voor kwaliteitsbehoud. De voorgestelde manieren om dit te bereiken zijn naast de eerder genoemde voorlichtingsmatrix: registratie van de voorlichting en een systematiek om de resultaten van voorlichting in de praktijk te toetsen.

Registratie van voorlichting

Om te kunnen voldoen aan de voorlichtingseisen die de WGBO stelt is het verstandig om verstrekte informatie te registreren. Waar multidisciplinair gewerkt wordt is het registreren van verstrekte informatie sowieso verstandig. Een heldere, afkruisbare checklist in het dossier kan daarvoor een hulpmiddel zijn. Daar kan bijvoorbeeld op aangegeven worden of de folder over cliëntenrechten is uitgereikt

Kwaliteitstoetsing

Het is belangrijk dat elk circuit regelmatig de kwaliteit van haar voorlichting toetst. Daarbij gaat het er vooral om dat nagegaan wordt of de afspraken over voorlichting zoals die in de voorlichtingsmatrixen zijn vastgelegd, ook daadwerkelijk worden nagekomen. Dat kan door de cliëntenvoorlichting bijvoorbeeld elke drie maanden in werkoverleg te bespreken; na te gaan of afspraken duidelijk zijn, of folders voldoende aanwezig zijn en worden uitgereikt et cetera. Onderzoek naar de effecten van cliëntenvoorlichting en de mate van tevredenheid van cliënten is uiteraard belangrijk. Cliëntenvoorlichting is een van de items die deel uitmaken van het algemene tevredenheidsonderzoek van Parnassia. Een andere mogelijkheid is uitgebreider onderzoek op deelaspecten van cliëntenvoorlichting binnen een circuit. De communicatieadviseurs kunnen daarbij ondersteuning bieden.

VI Cliëntgerichte voorlichting

Dat cliëntenvoorlichting cliëntgericht moet zijn, lijkt vanzelfsprekend maar is niet zomaar te realiseren. Een aantal uitgangspunten:

- De voorlichting wordt afgestemd op de individuele behoefte(n) van de cliënt. Dat kan door herhaaldelijk bij de cliënt na te gaan wat hij of zij al weet, wil weten en door na te gaan of informatie is begrepen en onthouden.
- Voorlichting is beschikbaar op verschillende momenten; zodat de cliënt informatie kan verwerken en erop kan terugkomen.
- Voorlichting wordt verstrekt in een voor de cliënt begrijpelijke taal: zonder vakjargon, en zo nodig met behulp van een tolk; vertaalde folders en/of audiovisuele middelen.
- Cliënten kunnen een actieve rol spelen bij het realiseren van cliëntgerichte voorlichting door zelf te participeren in de voorlichting. In sommige circuits is het gebruikelijk dat cliënten of ex-clieñten als voorlichter medecliënten informeren. Het verdient aanbeveling de mogelijkheden hiervoor met de cliëntenrader van de circuits na te gaan.
- Ook kunnen individuele cliënten en cliëntencommissies een grotere rol spelen bij het ontwikkelen en toetsen van voorlichting. Enerzijds door te adviseren over voorlichtingsactiviteiten, anderzijds door folders te beoordelen. Hierdoor ontstaan betere voorlichtingsproducten.
- In sommige GGZ-instellingen trainen cliënten hulpverleners in het geven van voorlichting of andere aspecten die met bejegening te maken hebben. Door dit systematisch op te pakken kan Parnassia haar imago een belangrijke positieve impuls geven.

VII Familievoorlichting

Naast goede cliëntenvoorlichting is familievoorlichting een onderwerp dat Parnassia breed aandacht heeft. De omgeving van cliënten is in toenemende mate een partij die betrokken is en wordt bij de behandeling. Familieleden hebben een eigen voorlichtingsbehoefte. Familieorganisaties zoals Ypsilon bejveren zich hiervoor. Er zijn ook landelijke richtlijnen van familiekoepelorganisaties voor voorlichting aan familieleden in de GGZ. Daarnaast bevat de BOPZ een aantal richtlijnen voor het informeren van familieleden. Familieleden hebben niet alleen behoefte aan informatie, maar ook aan begeleiding, ondersteuning en lotgenotencontact. Voor een deel wordt in deze behoefte voorzien door het aanbod van ondersteuningsgroepen van Preventie. De voorlichting die familieleden krijgen in het kader van de behandeling van hun cliënt/familielid, is echter een ander verhaal.

Op dit moment is er nog geen Parnassia beleid voor familievoorlichting in het kader van de behandelrelatie. De mate waarin circuits aandacht besteden aan familievoorlichting en de wijze waarop ze dit invullen verschilt sterk. Er zijn signalen dat er duidelijke tekorten zijn aan familievoorlichting

Mogelijke initiatieven op het gebied van familievoorlichting:

- systematisch uitreiken van voorlichtingsmateriaal aan familie
- organiseren van groepsvoorlichting rondom ziektebeeld & behandeling
- instellen van een familiecontactpersoon per circuit
- familiespreekuren instellen

Bijlage 2: Richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (kopie)

VERANTWOORDING

Deze richtlijn van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie is totstandgekomen op initiatief van de Commissie Voorlichting. Het eerste concept is aan de orde gesteld in een conferentie voor genodigden in december 1997. De deelnemers vormden een brede doorsnede van zorgvragers, zorgaanbieders, overheden, zorgverzekeraars, onderzoekers. De discussie leverde belangrijke veranderingen op. Het tweede concept is vervolgens besproken met psychiaters op het Voorjaarscongres van de Vereniging.

Het derde concept is schriftelijk voorgelegd aan de deelnemers van de eerste conferentie met verzoek tot hernieuwde kritische beschouwing en commentaar. Ten slotte is de richtlijn vastgesteld door het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie. Hij is bestemd voor individuele zorgverleners en voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg.

INLEIDING

Het recht van patiënten op goede informatie is wettelijk vastgelegd in de *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst* (WGBO) en de *Kwaliteitswet zorginstellingen*.

Informatie verstrekken, voorlichting geven, is echter veel meer dan het voldoen aan een wettelijke eis. Het gaat om een open mentaliteit van gelijkwaardigheid, de kunde om informatie over te brengen en het vormen van gewoonten en routines, waarbij het geven van voorlichting een dagelijkse vanzelfsprekendheid wordt.

Elke zorgverlener in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft de individuele verantwoordelijkheid patiëntenvoorlichting op bovenstaande wijze vorm te geven. Het spreekt daarbij voor zich dat de inhoud van de voorlichting zoveel mogelijk wordt afgestemd op de voor de beroepsgroep geldende normen voor verantwoorde zorg.

Daarnaast hebben ook instellingen voor geestelijke gezondheidszorg een eigen verantwoordelijkheid. Voorlichting dient in het beleid opgenomen te zijn en materialen om voorlichting te geven behoren aanwezig te zijn. Verder mag van GGZ-instellingen verwacht worden dat zij in hun regio voorlichtingsactiviteiten ontplooien voor andere groepen dan hun directe patiënten.

UITWERKING VOOR DE PRAKTIJK

1. Patiënten hebben recht op adequate voorlichting, die een vast onderdeel dient te zijn van iedere behandeling.
2. Patiënten hebben recht op voorlichting, maar mogen die informatie ook weigeren.
3. Een behandeling waarbij aan de patiënt geen informatie is geboden over de aandoening, de vooruitzichten op korte en langere termijn en de behandelingsmogelijkheden is een onvoldoende behandeling.
4. Voorlichting behoort een vast onderdeel te zijn van het behandelingsplan. Van het geven van voorlichting wordt aantekening gemaakt in het patiëntendossier.
5. Bij voorlichting is geen sprake van eenrichtingsverkeer maar van een interactief proces tussen hulpverlener, patiënt, familie en andere betrokkenen. Hierbij zal de hulpverlener de voorlichting afstemmen op behoeften, begripsniveau en culturele achtergronden van de voor te lichten personen: Degene die de voorlichting geeft, dient steeds na te gaan of deze voldoende begrepen is.

6. Wil de voorlichtingsboodschap overkomen, dan moet voorlichting bij herhaling gegeven worden, bij voorkeur op meerdere manieren en door verschillende beroepsgroepen. Als ondersteuning van de mondelinge voorlichting kan schriftelijk en audiovisueel materiaal worden gebruikt. Voorlichting kan zowel individueel als in groepen worden gegeven. Bij voorlichting valt ook te denken aan contacten met zelfhulpgroepen en lotgenoten.

7. Het verwerven van voorlichtingsvaardigheden dient een onderdeel van de opleidingen te zijn. Ook in bij- en nascholingsactiviteiten moet hieraan aandacht worden besteed.

8. GGz-instellingen behoren een schriftelijk vastgelegd voorlichtingsbeleid te hebben en te beschikken over voor patiënten en familie goed toegankelijk voorlichtingsmateriaal. Bij visitatie en accreditatie dient hier aandacht aan besteed te worden.

COMMISSIE

Dr. J.L.M. van der Beek, zenuwarts

VOORLICHTING

Mw. dr. E.A.M. Knoppert-van der Klein, psychiater R.B. Laport,
psychiater

Dr. C.R. van Meer, psychiater Prof.

dr. W.A. Nolen, psychiater R.A.

Schoevers, psychiater

Dr. J.A. Swinkels, psychiater

Mw. W. Smith-van Rietschoten, psychiater, voorzitter

Bijlage 3: Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en zorgverlener (artsen, verpleegkundigen, orthopedagogen, psychologen, verloskundigen, fysiotherapeuten, logopedisten, orthopedagogen et cetera). Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen. De patiënt is opdrachtgever tot zorg, hetgeen gedefinieerd wordt als: onderzoek, het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen of de gezondheidstoestand te beoordelen, of het verlenen van verloskundige bijstand. De WGBO is dwingend recht, dat wil zeggen dat zorgverleners (of zorgverlenende instanties) en patiënten onderling geen afspraken kunnen maken die in strijd zijn met de WGBO.

In de WGBO zijn een aantal spelregels vastgelegd, die voorheen in losse wetten en in rechterlijke uitspraken te vinden waren.

De plichten van de patiënt

De patiënt moet de zorgverlener goed, eerlijk en volledig op de hoogte stellen van zijn problematiek. Met juiste en volledige informatie kan de zorgverlener sneller en beter een diagnose stellen en kan hij beter zorg verlenen. Dit klinkt logisch en redelijk, maar vaak worden uit schaamte, gemakzucht of onverschilligheid, of in de overtuiging dat het onbelangrijk zaken verzwegen of anders voorgesteld. De patiënt moet zo veel mogelijk met de zorgverlener meewerken en adviezen opvolgen. Een andere belangrijke plicht van de patiënt is de zorgverlener te betalen.

Het recht van de patiënt op informatie

Als patiënt hebt u recht op informatie, in begrijpelijke taal, over uw ziekte, de behandeling, de gevolgen en risico's van die behandeling en over eventuele alternatieve behandelingen. De zorgverlener zal, als dat gewenst en noodzakelijk is, de informatie schriftelijk geven, zodat de patiënt die nog eens rustig kan nalezen. Als de zorgverlener denkt dat bepaalde informatie bij de patiënt slecht zal vallen, dan is dat geen reden om de patiënt deze informatie niet te geven. Alleen als naar het oordeel van de zorgverlener het geven van bepaalde informatie ernstig nadeel voor de patiënt zal opleveren, dan verstrekt hij die informatie niet. De zorgverlener is wel verplicht dit met een andere zorgverlener te overleggen.

Alleen met voldoende informatie kunt u goed meedenken en meebeslissen over de behandeling. De WGBO schrijft dit ook voor: u beslist samen met de hulpverlener wat er gaat gebeuren.

Het recht van de patiënt om geen informatie te willen

Als een patiënt zegt bepaalde informatie niet te willen, dan krijgt hij die informatie niet, tenzij dit ernstig nadeel voor hemzelf of anderen oplevert, dan krijgt de patiënt toch die informatie van de zorgverlener.

Het recht van de patiënt op inzage in zijn dossier

Van iedere patiënt wordt een medisch dossier bijgehouden. Hierin staan alle gegevens die betrekking hebben op uw behandeling. Omdat het dossier gaat over UW lichaam en gezondheid kunt u het uiteraard inzien, met uitzondering van de gegevens die niet over uzelf gaan. Op de hulpverlener na mag niemand anders het dossier inzien, tenzij u daar toestemming voor geeft. Tot inzage dient zo spoedig mogelijk gelegenheid te worden gegeven. U heeft recht op kopieën van uw dossier, waarvoor de zorgverlener een redelijke bedrag in rekening mag brengen.

Als u een andere visie heeft dan welke in uw dossier staat, dan mag u aan de zorgverlener vragen om het dossier te wijzigen of om uw visie toe te voegen aan het dossier.

Medische dossiers moeten minimaal 10 jaar bewaard blijven. Op verzoek van een patiënt moet echter een dossier binnen 3 maanden vernietigd worden door de

zorgverlener, tenzij dat in strijd is met de wet of nadeel voor een ander dan de patiënt kan opleveren. Daarbij moet bijvoorbeeld gedacht worden aan aandoeningen die mogelijk erfelijk bepaald zijn. In het belang van anderen zal een goed zorgverlener in zulke gevallen het verzoek om vernietiging van een dossier naast zich neer leggen. Ook de mogelijkheid van wetenschappelijk onderzoek verzet zich tegen het vernietigen van bepaalde medische dossiers.

Het recht van de patiënt op bescherming van zijn privacy

De zorgverlener dient de privacy van de patiënt te beschermen en te bewaren. Alles moet vertrouwelijk worden behandeld. Medische handelingen mogen alleen uitgevoerd worden als niemand anders die kan waarnemen, tenzij de patiënt daarmee instemt. Het medisch dossier is alleen ter inzage aan de zorgverlener en degenen die betrokken zijn bij de behandeling. De zorgverlener mag geen enkele informatie aan derden verstrekken (inclusief directe familie), tenzij de patiënt daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven of als de wet de zorgverlener daartoe verplicht, of als het informatie betreft ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek, maar dan alleen onder strikte voorwaarden. Het overlijden van een patiënt betekent niet dat diens privacy niet meer beschermd hoeft te worden. Ook na de dood hebben derden geen recht op inzage in het dossier, tenzij de zorgverlener zeker weet dat de patiënt daar geen bezwaar tegen gehad zou hebben.

De plicht van de zorgverlener informatie te verstrekken

Niet alleen heeft de patiënt recht op informatie, de zorgverlener is zelfs verplicht de patiënt informatie te verschaffen. De zorgverlener moet in voor de patiënt te bevatten bewoordingen vertellen over het onderzoek, de voorgestelde behandeling en alternatieven, en de gezondheidstoestand van de patiënt. Hierbij wordt wel het principe der redelijkheid gehanteerd: als er bijvoorbeeld een kans van één op een miljoen is op een bepaalde bijwerking van een bepaalde behandeling, dan hoeft dat niet besproken te worden.

De plicht van de zorgverlener een medisch dossier bij te houden

In het medisch dossier moeten aantekeningen gemaakt worden door de zorgverlener over de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Dit alles voor zover dit voor een goede zorgverlening aan de patiënt nodig is. De zorgverlener moet het dossier minimaal 10 jaren bewaren, of zoveel langer als redelijkerwijs uit de zorg van een goed hulpverlener voortvloeit.

De plicht van de zorgverlener de privacy van de patiënt te bewaren

Het is de plicht van de zorgverlener er voor te zorgen dat geen inlichtingen over de patiënt aan derden ter beschikking komen. Tenzij de patiënt hier uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Alleen personen die direct bij het onderzoek en de behandeling betrokken zijn, mogen over de patiëntgegevens beschikken. Zonder toestemming van de patiënt kunnen wel gegevens aan derden verstrekt worden ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek indien het vragen van toestemming niet mogelijk is en de patiënt niet onevenredig wordt geschaad, of het vragen van toestemming niet redelijk is en de gegevens niet tot de patiënt herleidbaar zijn.

Als een patiënt echter uitdrukkelijk bezwaar heeft gemaakt tegen het verstrekken van gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek, dan mag de zorgverlener geen gegevens verstrekken. Het wetenschappelijk onderzoek moet wel een algemeen belang dienen en het moet niet ook zonder de patiëntgegevens uitgevoerd kunnen worden. Als er gegevens ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek of statistiek verstrekt worden, dan wordt dat door de zorgverlener in het dossier genoteerd.

Bijlage 4: Het recht op informatie volgens de BOPZ:

Recht op informatie

U heeft informatie nodig voordat u kunt meepraten over uw behandelplan. De behandelaar vertelt in begrijpelijke woorden over uw ziekte, over zijn voorstel voor behandeling en over andere mogelijkheden van behandeling. Hij legt uit wat hij met de behandeling wil bereiken, hoe lang die kan duren en hoe groot de kans is dat het lukt. Hij laat u ook weten welk risico een behandeling heeft. Zo zal hij u voorlichten over bijwerkingen van medicijnen.

Voorbeeld

U bent opgenomen omdat u zo somber bent dat u niet meer wilt eten en alleen nog maar op bed ligt. Volgens uw hulpverlener bent u depressief. Hij bespreekt vervolgens met u de diverse manieren om de depressie te verhelpen. Hij meent dat medicijnen in combinatie met gesprekstherapie goed zullen helpen. Tevens legt hij uit dat de medicijnen slaperigheid, een droge mond en vermindering van seksuele gevoelens kunnen veroorzaken.

Al deze informatie heeft u nodig. Want u moet toestemming geven voor de behandeling. En die toestemming kunt u pas geven wanneer u voldoende weet en begrijpt. Vraag dus alles wat u weten wilt!

Maar misschien wilt u bepaalde informatie juist niet krijgen, bijvoorbeeld de bijwerkingen van medicijnen of een diagnose die uw verdere leven diepgaand verandert. Laat dat dan aan de hulpverlener weten! Hij zal daar zoveel mogelijk rekening mee houden.

Krijg ik ook informatie op papier?

Misschien vindt u het lastig om alle informatie te onthouden. Vraag de hulpverlener om de belangrijkste zaken voor u op te schrijven. Van het ziekenhuis krijgt u de huisregels en schriftelijke inlichtingen over de klachtenprocedure.

Gedwongen opgenomen

Bent u gedwongen opgenomen dan krijgt u tevens schriftelijke informatie over uw rechten volgens de wet BOPZ. Ook ontvangt u op schrift welke hulpverlener verantwoordelijk is voor uw behandeling. U krijgt een kopie van de IBS (inbewaringstelling) of de RM (rechterlijke machtiging).

Mag de hulpverlener informatie voor mij achterhouden?

Als de behandelaar denkt dat bepaalde informatie schadelijk voor u is mag hij die informatie tijdelijk achterhouden. Dat mag hij alleen in uitzonderlijke gevallen doen en pas na overleg met een collega. Als het nodig is zal de hulpverlener iemand uit uw naaste omgeving inlichten.

Voorbeeld

U verkeert in een psychische crisis. Nu blijkt dat u ook nog een ernstige lichamelijke aandoening heeft. De hulpverlener besluit u dat niet te vertellen, want hij is bang dat het u teveel wordt en dat u zelfmoordgedachten krijgt. Zodra het beter met u gaat krijgt u alsnog de mededeling over uw aandoening.

Krijgen anderen informatie over mij?

Alle leden van het behandelteam krijgen de nodige informatie over u. Aan anderen geeft de behandelaar geen informatie over u, tenzij u er in toestemt dat het wel gebeurt. Hulpverleners hebben een beroepsgeheim. Echter, in drie gevallen wordt toch zonder uw toestemming informatie aan anderen gegeven. (www.hulpqids.nl/wetten)

CONCEPT

HET WOONALFABET

**Handleiding
voor de bewoners van
woning “.....”**

Wonen II

Inhoudsopgave

Inleiding.....	blz 2
De Afdeling.....	blz 3
Woonafspraken.....	blz 4
De Medewerkers.....	blz 5
Ontspanning en vrije tijd.....	blz 6
Uw rechten als cliënt.....	blz 7
Praktische zaken van A tot Z.....	blz 8
Persoonlijke bijlage.....	blz 12

Inleiding

Welkom!!

Beste bewoner van Wonen II

Van harte welkom in uw nieuwe huis.
In de woning woont u met meerdere personen.

Dit boekje bevat belangrijke informatie.
U kunt deze gebruiken als u vragen heeft op het gebied van Wonen.
De onderwerpen staan voor in het boekje, zodat u het makkelijk terug kan vinden.

We hopen dat u het hier naar uw zin zult krijgen
Het team van Wonen II wenst u een prettig verblijf toe in uw nieuwe woning.

De Afdeling

U bevindt zich op een open woonafdeling.

U bent dus vrij om gaan en staan waar u wilt.

Wij stellen het op prijs dat u meldt waar u naartoe gaat.

Dit voorkomt onnodig zoeken als er naar u gevraagd wordt.

De huiskamer

Er zijn twee huiskamers en een eetkamer.

Er is een huiskamer waar gerookt mag worden en een rookvrije huiskamer.

De maaltijden worden aangeboden in de eetkamer.

Uw kamer

Op uw kamer heeft u de beschikking over een bed, een kast en een nachtkastje.

U kunt, na overleg met de begeleiding, ook gebruik maken van eigen meubelen.

Uw kast kunt u op slot doen.

We adviseren u de kast op slot te doen en de sleutel bij u te houden.

De kamersleutel kunt u tegen betaling van de borg in eigen beheer krijgen.

Douches en toiletten

De douches en toiletten bevinden zich op de gang, direct in de omgeving van uw kamer.

U kunt er gebruik van maken wanneer u wilt.

Woonafspraken

Afdelingsregels

Om prettig met elkaar samen te leven, zijn er afdelingsregels gemaakt. Voor alle bewoners gelden de volgende afdelingsregels.

- ❖ Vuile rommel ruimen we zelf op en laten dit niet liggen voor anderen.
- ❖ Na 21.00 uur ontvangen we geen bezoek meer.
- ❖ Als u de afdeling verlaat of terugkomt, dan even melden bij de begeleiding
- ❖ Gebruik van soft en harddrugs is in de woning niet toegestaan.
- ❖ Afspraken nakomen die gemaakt zijn met het behandelteam (arts, persoonlijk begeleider, maatschappelijk werker etc).

Huisregels

Binnen Parnassia zijn er ook huisregels. Deze regels zijn er om duidelijkheid te geven hoe we met elkaar omgaan. Voor alle cliënten gelden de volgende huisregels.

Het is niet toegestaan om:

- ❖ Te dreigen, te schelden, te intimideren of geweld te gebruiken tegen medewerkers, andere bewoners of bezoekers.
- ❖ Alcohol of drugs in de woning te gebruiken
- ❖ Te roken op plekken waar het niet toegestaan is.
- ❖ Op het terrein of in het gebouw van Parnassia in het bezit te zijn van wapens.
- ❖ Persoonlijke eigendommen (waaronder drugs en alcohol) te ruilen, te verkopen of aan andere cliënten weg te geven.

De medewerkers

Het Team

Er zijn 24 uur per dag verschillende begeleiders op de afdeling.
Zij zijn verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken.
Als u ergens hulp bij nodig heeft dan kunt u dit vragen aan de begeleiding.
Schroom niet om vragen te stellen als iets u niet duidelijk is.

De persoonlijk begeleider

Een van deze begeleiders is uw persoonlijk begeleider.
Met de persoonlijk begeleider maakt u afspraken over hoe u wilt dat de zorg gaat verlopen.
Deze afspraken worden vastgelegd in een begeleidingsplan.

De woonbegeleider

Met de woonbegeleider kunt u afspraken maken over praktische zaken.
Praktische zaken zijn o.a. boodschappen doen, schoonhouden van uw kamer, het wassen van uw kleding etc

De zorgcoördinator

De zorgcoördinator zorgt ervoor dat alles goed verloopt op een afdeling.
Heeft u vragen waar u met de begeleiding niet uitkomt, dan kunt u dit bespreken met de zorgcoördinator.

De huisarts.

De huisarts heeft 1x per week spreekuur in uw woning in op de 2^e etage.
Wilt u deze spreken, dan kunt u dat doorgeven aan uw persoonlijk of woonbegeleider.
Deze zorgt ervoor dat u op het spreekuur terecht kan.

De psychiater

Met de psychiater kunt u een afspraak maken om langs te komen.
Wilt u deze spreken, dan kunt u dit ook aan uw persoonlijk begeleider doorgeven.
Deze neemt dan contact op met de psychiater om een afspraak te maken op de 2^e etage.

De Maatschappelijk Werker

De maatschappelijk Werker begeleidt u bij sociale en materiele zaken.
Dit zijn o.a. financiën, invullen van formulieren, uitkering, bankzaken etc
Als u vragen heeft dan kunt u aan uw persoonlijk begeleider vragen om een afspraak voor u te maken met de maatschappelijk werker.
U kunt ook s,morgens zelf tussen 9.00 en 11.00 uur naar haar toegaan op de 2^e etage, kamer ?

De Geestelijke Verzorging

Iedere zondagochtend om 10.30 uur is er een oecumenische dienst in de kerk.
De dienst wordt verzorgd door de geestelijke verzorging van Parnassia.
Ongeacht uw achtergrond kunt u de geestelijke verzorging over tal van zaken aanspreken.
Voor een meer persoonlijk gesprek kunt u een afspraak maken met:

Het secretariaat (u kunt ook een boodschap inspreken).	toestel: 7355
Martine Moolenaar, humanistisch raadvrouw	toestel: 7233
Corry van Straten, pastor	toestel: 7307
Harry Dellemare, pastor	toestel: 7063

De psycholoog

Als u een gesprek wilt of een cursus wil volgen, dan kunt u aan uw begeleiding vragen om een afspraak te maken met een psycholoog.

Het kantoor van de psycholoog bevindt zich ook op de tweede etage.

Ontspanning en Vrije tijd

De Brink

Op het terrein is een dagactiviteitencentrum “De Brink”.

In de Brink is een grote ontmoetingsruimte.

Hier kunt u veel mensen ontmoeten die ook op het terrein wonen.

U kunt er ook koffie, thee en sapjes gaan drinken.

Activiteiten op het terrein

Er zijn diverse mogelijkheden, zoals de creatieve inloop, kaarsenmakerij, houtbewerkinggroep, sport en spel, en het Westlands Groencentrum.

Indien u zich wilt opgeven dan kunt u dat doen bij REAKT.

De receptie van Reakt is in de Brink.

Activiteiten op de afdeling

De activiteitenbegeleiding komt op bepaalde dagen in uw woning, op de begane grond. Zij organiseren allerlei activiteiten zoals creatief bezig zijn, dagjes uit, wandelingen etc

Als u mee wilt doen, geef u dit dan door aan de activiteitenbegeleiding. U krijgt dan te horen waar, wanneer en welke activiteiten er zijn.

De Rode Hoed

Op het terrein is een cafetaria. Hier kunt u eens een patatje eten of een kopje koffie drinken.

De Rode Hoed verzorgt dagelijks een andere maaltijd. U kunt een prijslijst aanvragen in de cafetaria.

De kapsalon

Op dinsdag kunnen dames en op woensdag kunnen heren, tegen betaalbare prijzen, terecht bij de kapsalon. Deze kunt u vinden in de Brink. De ingang vindt u in destraat

Winkelen

Er zijn twee winkels op het terrein, een kledingwinkel en een minimart.

Voor uw dagelijkse boodschappen kunt u naar de Minimart. Deze heeft een uitgebreid assortiment.

Openingstijden zijn:

maandag t/m vrijdag - 8.00 uur tot 17.00 uur

zaterdag - 8.00 uur tot 16.00 uur

Zondag - gesloten

De kledingwinkel Sjapo Roesh bevindt zich naast de Minimart. Hier kunt u zowel nieuwe als tweedehands kleding kopen tegen aantrekkelijke prijzen.

Voor overige boodschappen kunt u naar het winkelcentrum in Loosduinen gaan.

Sporten

In de Brink bevindt zich ook een sportzaal. Dagelijks kunt u meedoen aan diverse sporten.

U kunt ook ieder week naar een sportschool. U gaat dan met een pendelbus naar de sportschool toe en wordt ook weer thuisgebracht.

Tevens bestaat er ook de mogelijkheid om wekelijks te gaan zwemmen.

Als u mee wilt doen dan kunt u zich opgeven bij de receptie van de Brink.

Uw rechten als cliënt

Rechten

Als cliënt heeft u bepaalde rechten. Deze rechten zijn bedoeld om uw positie te beschermen. Belangrijke rechten zijn:

- ❖ Uw behandelend arts is verplicht om u uit te leggen wat uw rechten zijn
- ❖ Het behandelplan moet in overleg met u tot stand komen
- ❖ De arts stelt uw behandeling voor en zal uw toestemming vragen.
- ❖ U heeft recht op informatie over uw behandeling
- ❖ U heeft recht op inzage in uw dossier
- ❖ U heeft recht om een klacht in te dienen over uw behandeling
- ❖ U heeft recht op contact met de Patiënten Vertrouwens Persoon

Patiënten Vertrouwens Persoon

Binnen de instelling is een onafhankelijke Patiënten Vertrouwens Persoon (PVP) aanwezig. Als u een klacht heeft over uw verblijf of een vraag over uw rechten dan kunt u de PVP bellen.

De PVP is bereikbaar via Mw Fietje Wijkniet, tst 7392

Cliëntenraad en cliëntenbelangenbureau

De cliëntenraad bestaat uit bewoners en cliënten van Parnassia.

Deze raad komt op voor uw belangen.

De cliëntenraad is een onafhankelijk en zelfstandig adviesorgaan.

Zij hebben maandelijks overleg met de directie.

Tijdens dit overleg bespreken zij zaken zoals: huisvesting, privacy, kwaliteit van de behandeling etc

De cliëntenraad vergadert iedere week in de Panoramazaal.

U bent daarbij van harte welkom.

Adres: Monsterseweg 79,
2553 RH Den-Haag

Contactpersonen voor Wonen:

Hans Nieuwlaat (voorzitter) toestel: 6239

Sita van Toorenborg (ondersteuner) toestel: 6723

Kompassie

Kompassie is een informatiewinkel over de geestelijke gezondheidszorg

Zij geven voorlichting, informatie, advies, luisterend oor, cursussen, sociale dienstverlening, sociaal juridisch advies, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening etc.

Hier kunt u ook terecht voor het juridische spreekuur.

Adres: Regentesselaan 108
 2562 EE Den-Haag

Tel: 070-4273240

Homepage: www.kompassie.nl

Praktische zaken van A tot Z

Adres

Uw adres voor aan u gerichte post is:

Woning “de

t.a.v. Dhr/Mw....

Monsterseweg 89

Postcode, Den-Haag

Bezoektijden

U kunt dagelijks bezoek ontvangen van 09.00 uur – 21.00 uur

Corvee

Iedere dinsdagavond vindt er corveebespreking plaats. Alle bewoners kunnen betrokken worden bij wekelijkse corveetaken zoals: koffie zetten, huiskamers opruimen, tafel dekken etc. Via de bespreking kunt u uw wensen op het gebied van corveetaken bespreekbaar maken.

Drugs

Binnen de woning mag geen drugs gebruikt en gehandeld worden. Dit betreft zowel soft als harddrugs.

Etenstijden

Het ontbijt en de avondboterham worden verzorgd door de instelling.

Als u bepaalde wensen hebt dan kunt u dat doorgeven aan uw persoonlijk begeleider.

De warme maaltijd wordt dagelijks verzorgd door Alofood.

Om aan te geven welke warme maaltijden u wilt, kunt u op dinsdag en zaterdag een maaltijdkeuze formulier invullen.

Per dag kunt u kiezen uit drie maaltijden.

De maaltijden worden gezamenlijk gebruikt in de eetkamer of alleen op de eigen kamer.

- ❖ U kunt gebruik maken van het ontbijt tussen 8.00 en 10.00 uur.
- ❖ Om 12.00 uur krijgt u de warme maaltijd aangeboden.
- ❖ U kunt gebruik maken van de avondboterham tussen 17.00 en 19.00 uur.

U kunt ook zelf gaan koken. Dit dient dan wel in overleg met de begeleiding. We verwachten dan wel dat u de vuile was zelf afwast en opruimt. Na 21.00 uur kan er niet meer gekookt of gebakken worden.

Op maandag tussen 11.00 en 13.00 uur is er een kookclub op de afdeling. Hier kunt u ook aan deelnemen.

Indien u liever s'avonds een warme maaltijd krijgt, dan kunt u via de begeleiding een foliemaaltijd aanvragen.

Financiën

Het is mogelijk om een bedrag voor eigen uitgaven of uw uikering over te maken aan de rekening van Parnassia, onder vermelding van uw naam.

Het rekeningnummer is 67.12.43.276 van de ING-bank in Den-Haag.

Van dit bedrag kunt u zakgeld opnemen bij de kassier.

De kassier kan ook betalingen voor u doen zoals ziekenfonds. AWBZ etc

U kunt van maandag t/m vrijdag van 8.30 -12.00 uur bij de kassier terecht.

De begeleiding neemt geen geld of andere kostbaarheden voor u in bewaring

Huisdieren

Het hebben van een huisdier in de woning is in principe niet toegestaan.

Het houden van een klein huisdier in uw kamer, zoals een hamster, vis etc kan eventueel wel in overleg met de begeleiding, mits u deze zelf verzorgd.

Het bezoek mag wel een huisdier meenemen, mits deze aangelijnd is.

Huisdieren zijn ook niet toegestaan in de huiskamer waar de maaltijden worden gegeten.

Ideeën

Als u leuke ideeën heeft, dan kunt u deze in de ideeënbus doen. Deze bus hangt bij de balie in de gang. U kunt uw ideeën ook afgeven aan de redactie van de Woonkrant.

Jarig

Als u jarig bent, dan kunt u via uw begeleider een verjaardagsmaaltijd bestellen.

Koffie en thee zetten

De koffie en thee zijn kosteloos te verkrijgen. Op diverse tijden van de dag zal dit aangeboden worden en is er de mogelijkheid dit zelf te zetten.

U kunt ook koffie/thee gaan drinken in de Brink, bij de Rode Hoed of in de ontmoetingsruimte op de begane grond.

Laboratorium

Bij gebruik van bepaalde medicatie kan het nodig zijn om regelmatig bloed te prikken.

Het lab bevindt zich in de polikliniek, Monsterseweg 83.

Medicatie

Alle afspraken over de medicatie maakt u met uw arts. Deze bepaald of er wijzigingen worden gedaan of niet.

De medicatie wordt u op vaste tijden aangeboden door de begeleiding of kunt u zelf ophalen bij de medicijnkamer. Deze tijden zijn:

- ❖ Tussen 09.00 en 10.00 uur
- ❖ Tussen 12.00 en 13.00 uur
- ❖ Tussen 17.00 en 18.00 uur
- ❖ Tussen 21.00 en 22.00 uur

Nieuws

Er zijn diverse brochures met informatie voor bewoners.

Op de afdeling hangt een folderrek waar u deze brochures kunt vinden.

Er zijn o.a. brochures over het wonen binnen Parnassia, uw rechten, ziektebeelden, voorlichtingen, cliëntenorganisaties etc

Ontspanning

Door bezig te zijn kunt u afleiding zoeken en andere mensen ontmoeten.

Er zijn diverse mogelijkheden om dit te doen.

U kunt deze informatie in de brochure vinden bij “Vrije tijd en Ontspanning”.

Post

Als u post wil verzenden kunt u deze afgeven bij de begeleiding.

Wilt u zelf de post op de bus doen, de postbus vindt u bij de Brink.

Aan u gerichte post wordt dagelijks in uw brievenbus gedaan.

Rechten en plichten

Uw rechten en plichten zijn vastgelegd in de wetgeving (BOPZ).

(zie uw rechten als client, blz 7).

Schoon linnengoed

Het schone linnengoed wordt iedere vrijdag aangeleverd.. Het linnengoed dat aangeboden wordt bestaat uit:Lakens, slopen, handdoeken, washandjes en theedoeken. Wat u nodig heeft, kunt u vinden in dekast of krijgt u aangeboden van de begeleiding.

De vuile was dient in de daarvoor bestemde gekleurde zakken doen en wordt op dinsdag en vrijdag opgehaald door de stomerij.

- ❖ De roze zak is voor de bovenkleding
- ❖ De witte zak is voor het ondergoed.
- ❖ De blauwe zak is voor beddengoed en handdoeken
- ❖ De creme zak is voor het incontinentiemateriaal

Telefoneren

Op het terrein, bij de Brink zijn diverse telefooncellen.

Hier kunt u bellen met een telefoonkaart.

De telefoonkaart is te verkrijgen bij het winkeltje.

Indien u telefoontjes ontvangt, dan kan dit via de afdelingstelefoon, toestel

Uitjes

Er worden regelmatig uitstapjes georganiseerd.

Als u mee wilt, geef u dan op bij uw begeleider of bij de activiteitenbegeleiding.

Verlof

Als u met verlof wilt gaan, wilt u dat dan doorgeven aan de begeleiding.

Wasgoed

Er zijn meerdere mogelijkheden voor het wassen van uw kleding.

- Familie of kennissen kunnen uw kleding wassen.
- U kunt een wasabonnement nemen bij de stomerij. Uw schone was wordt dan 1x per week geleverd in de woning. De kosten zijn 28,36 euro per maand. De financiën kopen via de kassier.
- U kunt zelf wassen in de wasmachines op de afdeling. Hiervoor moet u gebruik maken van was en droogmuntjes. Deze zijn in het winkeltje te koop.

Waardevolle voorwerpen

Om diefstal te voorkomen raden wij u aan uw kastdeur op slot te doen.

Belangrijke spullen, papieren en geld kunt u in bewaring geven bij de kassier.

Wij zijn niet aansprakelijk voor beschadiging of verlies van uw eigendommen.

Woonkrant

Deze krant is voor en het liefst door de bewoners gemaakt.

Xtc

Dit is een drug. (Zie afspraken over drugs).

Ypsilon

Ypsilon is de landelijke vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose. Ze is actief op het gebied van zelfhulp, belangenbehartiging en voorlichting.

Adres: Kerkhoflaan 306

3034 TJ Rotterdam

Tel: 010-4045166

Email: ypsilon@ypsilon.org

Homepage: www.ypsilon.org

Zorg

De begeleiding geeft u ondersteuning als u deze nodig heeft.

Dit kan zijn voor uw kamierzorg (kamer opruimen, bed opmaken etc)
of lichamelijke zorg (douchen, aankleden etc).

Persoonlijke bijlage:

Mij persoonlijk begeleider is:

Mijn psychiater is:

Mijn huisarts is:

Mijn maatschappelijk werker is:

Mijn psycholoog is:

Mijn adres is:

Aantekeningen: