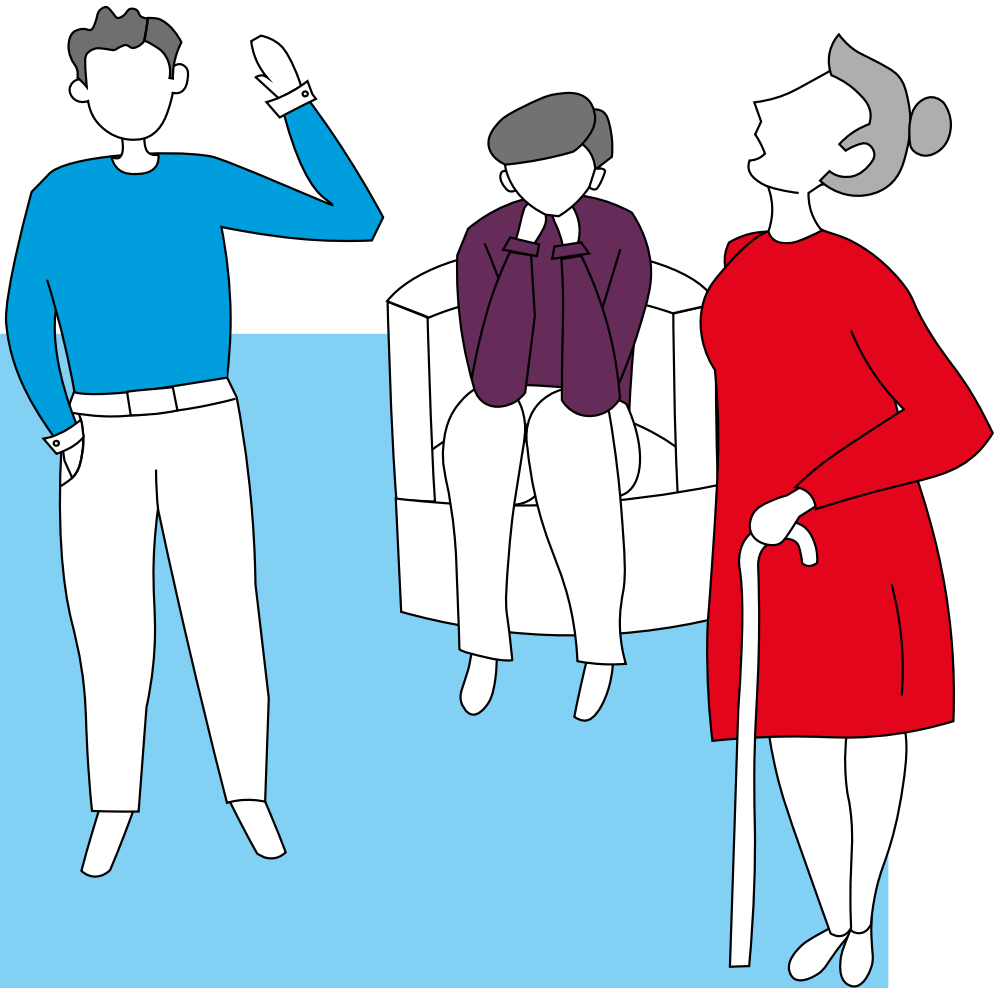




De regels zijn gelijk. Toch is iedereen anders.

# Clïentschetsen

Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis



# Inhoud

**Inleiding** **5**

**Zvw-cliënten** **6 - 19**

Aisja

Gert-Jan

Sigrid

**Wmo-cliënten** **20 - 33**

Björn

Maarten

Soraya

**Wlz-cliënten** **34 - 67**

Martijn

Anne

Claudia

Lucienne

Manuela

Joe

Youssef

Teresa

# Inleiding

De Wet langdurige zorg (Wlz) is bedoeld voor mensen die hun leven lang permanent toezicht nodig hebben, of 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat zij niet in staat zijn op relevante momenten ernstig nadeel te voorkomen. Vanaf 2021 is de Wet langdurige zorg ook toegankelijk voor volwassenen met een psychische stoornis. Voor hen kan zorg vanuit de Wlz een betere oplossing zijn dan de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) of de Zorgverzekeringswet (Zvw), waar ze nu vaak onder vallen. Mensen met een lichamelijke, verstandelijke of zintuiglijke handicap en mensen met een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking hadden al toegang tot de Wlz.

De Wmo en de Zvw gaan ervan uit dat mensen, met ondersteuning, structuur in hun leven kunnen brengen en dat ze (op den duur en al dan niet met ondersteuning) zelfstandig kunnen wonen. De Wlz is daar niet op gericht, maar heeft wel aandacht voor de ontwikkeling van cliënten binnen hun mogelijkheden. Zij hebben blijvend behoefte aan de zorg zoals bedoeld in de Wlz.

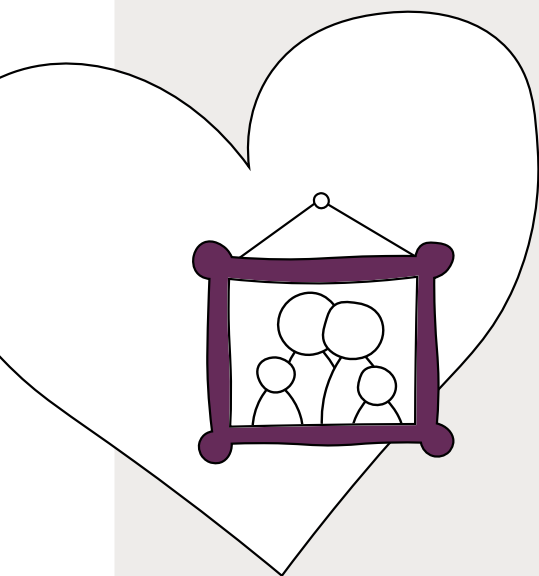
Vanaf 2020 stelt het CIZ vast of de cliënt vanaf 2021 toegang heeft tot de Wlz. Dit gebeurt in overleg met de betreffende cliënt en betrokkenen, of zijn vertegenwoordiger. Maar wie komt straks in aanmerking voor de Wet langdurige zorg? Om meer inzicht te geven, hebben we schetsen gemaakt van cliënten met een psychische stoornis die (straks) zorg krijgen vanuit de Wlz, Wmo of Zvw. De schetsen zijn gebaseerd op geanonimiseerde cliëntverhalen.

Iedere situatie is uniek. We zeggen niet voor niets: de regels zijn gelijk, toch is iedereen anders. Wilt u meer weten over de Wlz-toeganscriteria? Op [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl) vindt u een toelichting op de toeganscriteria voor de ggz-doelgroep en betrokkenen. Twijfelt u of een aanvraag voor de Wlz zinvol is voor uw cliënt? Neem dan contact op met het CIZ via [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl).

# Zvw- cliënten

Soms is een (tijdelijke) opname nodig in een psychiatrische instelling (ggz-kliniek) om de psychische stoornis te behandelen. Het is dan medisch noodzakelijk dat de cliënt in een psychiatrische instelling wordt opgenomen. Deze opname kan gepland of vanuit een crisis noodzakelijk zijn, vrijwillig of gedwongen. De behandeling, zorg en begeleiding is gericht op stabilisatie en herstel. Na opname in de instelling, kan het nodig zijn om ambulante zorg vanuit de Zvw in te zetten. De cliënt kan zelfstandig wonen met ambulante behandeling vanuit de Zvw met (woon) begeleiding vanuit de gemeente, of de cliënt kan beschermd gaan wonen. Wanneer een medisch noodzakelijke opname langer dan drie jaar duurt, volgt na drie jaar een overgang naar voortgezet verblijf binnen de Wlz. De schetsen van Aisja, Gert-Jan en Sigrid geven een beeld waarom zij behandeling, zorg en/of begeleiding vanuit de Zvw krijgen.





# Aïsjja

## 30 jaar



Aïjsja is dertig en enig kind van een Nederlandse moeder en Marokkaanse vader. Haar ouders zijn gescheiden toen ze vier jaar was. Haar moeder leefde van een uitkering, had een persoonlijkheidsstoornis en dronk veel.

### **Aïjsja's achtergrond**

Aïjsja was een stil en verlegen kind. Op school werd ze gepest om haar lichtgetinte uiterlijk. Ze had geen vrienden. Op de middelbare school begon ze te krassen in haar arm. Een leerkracht zag haar wonden en littekens en bracht haar in contact met jeugdzorg. Aïjsja was toen al erg somber en kreeg paniekaanvallen. De gedachte aan zelfdoding kwam steeds vaker bij haar op. Sinds haar zeventiende werd Aïjsja regelmatig opgenomen in psychiatrische klinieken. Daarbij werd een borderline-persoonlijkheidsstoornis vastgesteld. Toen ze op haar tweeëntwintigste in een eigen appartement ging wonen, ontmoette ze Bart met wie ze zou trouwen en twee kinderen kreeg.

### **Dagelijks leven**

Bart werkt fulltime, regelt de financiën en zorgt groten-deels voor het huishouden. Aïjsja kan de zorg voor haar kinderen niet aan. Haar schoonmoeder is veel in huis en betreft Aïjsja zo veel mogelijk bij de dagelijkse dingen. Dat gaat goed maar het evenwicht is kwetsbaar; er zijn momenten dat Aïjsja zich erg goed voelt, veel onderneemt en weinig beroep doet op haar schoonmoeder of hulpverleners. Soms gaat het slecht met Aïjsja omdat ze zo somber en angstig is dat ze vaker denkt aan zelfdoding. In deze situaties is het voor Aïjsja en haar gezin nodig dat ze kortdurend wordt opgenomen in de ggz-kliniek.

## **Sociale contacten**

Buiten haar gezin en de hulpverleners heeft Aisja geen contacten. Haar begeleider heeft voorgesteld om haar in contact te brengen met een ervaringsdeskundige, iemand die soortgelijke ervaringen heeft als Aisja zelf. Daar staat ze wel voor open.

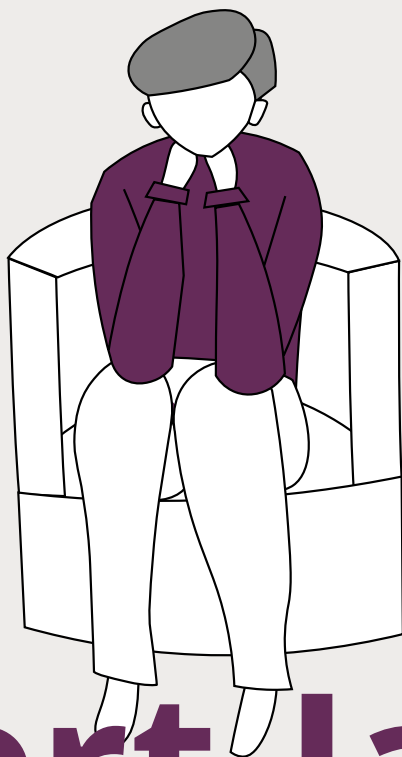
## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Tijdens de opnames blijkt Aisja instabieler te worden en forse gedragsproblemen te krijgen die ze thuis niet heeft. Daarom is besloten de zorg zo veel mogelijk ambulante te organiseren en eventuele opnames zo kort mogelijk te houden. Het ambulante ggz-team levert na een opname direct intensieve zorg thuis. Zij bieden systeemtherapie aan het hele gezin en houden in de gaten hoe Aisja functioneert. Er is veel aandacht voor een veilige omgeving voor de kinderen. Aisja is blij met de hulp van haar schoonmoeder en dat wordt door de hulpverleners als een acceptabele situatie beoordeeld. Ze houden wel de vinger aan de pols.

Een aandachtspunt is dagbesteding. Aisja staat daar nu niet voor open. Ze vindt dat ze voor haar kinderen moet zorgen en dagbesteding voelt voor haar als een stap daar vandaan. Haar man en schoonmoeder denken juist dat het kan helpen om meer zelfvertrouwen te krijgen. De begeleiders zoeken samen met Aisja naar een geschikte daginvulling. Aisja hecht veel waarde aan de goede band die zij heeft met het ambulante behandelteam. Opname is en blijft voor haar een noodzakelijk time-out.

### **Waarom krijgt Aïsja zorg vanuit de Zwv?**

Aïsja's zorgbehoefte wisselt sterk. Het ene moment redt ze zich thuis met ambulante behandeling en ondersteuning en soms is de psychiatrische problematiek zo ernstig dat zij voor behandeling moet worden opgenomen in een ggz-kliniek. Het ambulante behandelteam heeft doelen met Aïsja opgesteld om de pieken en dalen in haar functioneren te verminderen. Het moet blijken of deze doelen realistisch zijn en welke structurele zorg Aïsja in de toekomst nodig zal hebben.



# Gert-Jan

## 49 jaar

Gert-Jan is negenenveertig en komt uit het diepe zuiden van Limburg. Na zijn dertigste ontwikkelde hij een depressie met psychotische kenmerken die goed te behandelen is met medicijnen. Gert-Jan is momenteel nog niet gemotiveerd om medicatie te gebruiken. Er is voortdurende motivatie tot behandeling nodig en om hem te leren leven met de verschijnselen die zijn ziekte met zich meebrengt.

### **Gert-Jans achtergrond**

Als nakomer in een gezin van vier kinderen had Gert-Jan weinig contact met zijn oudere broers en zussen. Zijn jongste zus ging uit huis toen hij vijf jaar was. Op school deed Gert-Jan precies genoeg om niet te blijven zitten. Boeken interesseerden hem niet, hij kreeg pas plezier in school toen hij op de lts met zijn handen kon werken. Hij werd automonteur, begon een eigen garage, trouwde met Rita en kreeg twee kinderen. Rita deed de administratie, Gert-Jan maakte lange dagen op de werkvloer.

Drie jaar geleden veranderde zijn leven totaal. Zijn vader overleed plotseling en kort na de begrafenis ontdekte Gert-Jan dat Rita een affaire had. Zij vertrok met de kinderen en Gert-Jan stond er ineens alleen voor. Hij raakte overstuur, trok zich terug in huis en wilde niemand meer spreken. De burens hoorden regelmatig het meubilair door de kamer gaan en zagen het vuilnis opstapelen in de voortuin en de gang. Niemand greep in. Het kwam zo ver, dat de woningbouwcorporatie hem uit huis zette. Zwervend op

straat bleef Gert-Jan lange tijd onder de radar. Uiteindelijk werd hij door de politie in verwarde toestand van straat gehaald en via de crisisdienst opgenomen.

Hulpverleners wilde hij niet spreken. Ook medicatie weigerde hij omdat hij bang was vergiftigd te worden. Een van de verpleegkundigen wist een band met hem op te bouwen en hem te motiveren weer uit bed te komen. Uiteindelijk stemde hij ook in met cognitieve gedragstherapie. Daar bouwde hij wat vertrouwen op en stemde hij uiteindelijk in met een proefbehandeling met anti-psychotica. De achterdocht verminderde en daardoor kon Gert-Jan weer aan zijn toekomst denken. Toen het tot hem doordrong hoe hoog zijn schulden waren, raakte Gert-Jan opnieuw in een depressie. Met nieuwe medicatie is hij daarvan weer hersteld.

### **Dagelijks leven**

Gert-Jan is nu nog opgenomen in de ggz-kliniek. Hij krijgt intensieve behandeling, wordt ingesteld op medicatie en krijgt verschillende therapieën. Hij heeft gesprekken met diverse hulpverleners en bouwt langzaam vertrouwen op in de mensen om hem heen.

### **Sociale contacten**

Zijn kinderen heeft hij lang niet gezien. De laatste tijd denkt Gert-Jan vaker aan hen en wil hij het contact gaan herstellen. Een maatschappelijk werkster zal dit contact de eerste keren begeleiden. Zijn ex-vrouw wil hij niet meer zien. Zijn moeder is hem steeds komen bezoeken; met haar heeft Gert-Jan goed contact.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Met de psychiater praat Gert-Jan over zijn gehele behandeling en over zijn weerstand tegen medicatie. Een psycholoog helpt Gert-Jan om het verlies van zijn vader en zijn scheiding te verwerken. Een maatschappelijk werker is met hem aan de slag gegaan om zijn financiële situatie op orde te krijgen en schuldhulpverlening te regelen. Zij zoekt ook samen met hem naar een appartement waar hij na zijn opname kan gaan wonen. Begeleiding zal nog een tijd nodig zijn vanwege Gert-Jans weerstand tegen medicatie. De medicatie is belangrijk voor zijn functioneren, maar dit ziet Gert-Jan zelf niet zo. Gert-Jan is kwetsbaar en heeft veel meegemaakt de afgelopen jaren; langzamerhand moet hij met behulp van deze begeleiding weer grip krijgen op zijn leven.

## **Waarom krijgt Gert-Jan zorg vanuit de Zwv?**

Gert-Jan is opgenomen in de ggz-kliniek omdat hij behoefte heeft aan intensieve behandeling waarbij hij adequaat wordt ingesteld op medicatie en therapieën volgt. De psychiater verwacht dat Gert-Jan na de intensieve behandeling weer in staat zal zijn om zijn leven buiten de kliniek op te pakken. In welke mate dit zal zijn en wanneer, dat is nog onduidelijk. Hij zal dit langzamerhand weer moeten opbouwen met ondersteuning van ambulante begeleiding.



# Sigrid

## 30 jaar



Sigrid is dertig jaar. Enkele jaren geleden werd een schizo-affectieve stoornis met een angst- en paniekstoornis vastgesteld. Haar intelligentie is gemiddeld, maar ze heeft veel tijd nodig om informatie te verwerken en haar werkgeheugen is beperkt. Door haar vlotte babbel wordt ze vaak overschat.

### **Sigrids achtergrond**

Als kind van gescheiden ouders, verloor Sigrid al jong het vertrouwen in de mensen om haar heen. Haar vader verdween toen ze vijf jaar was. Enkele jaren daarna hertrouwde haar moeder en kreeg Sigrid een oudere stiefbroer en -zus. Hoewel er thuis geen grote problemen waren, had zij het er niet naar haar zin.

De basisschool doorliep Sigrid zonder grote problemen. Ze haalde voldoende, had vriendinnen en wilde graag naar de middelbare school. Daar kreeg ze het moeilijk. Op haar zestiende hield ze school voor gezien en besloot ze een baantje te zoeken. Werk vinden ging haar makkelijk af, maar ze verveelde zich snel en ging daardoor van baan naar baan. Daarbij stortte ze zich in het nachtleven en ging drugs gebruiken. Dat leidde tot een manisch-psychotische episode waarvoor ze werd opgenomen in een ggz-kliniek. Medicatie stabiliseerde haar snel; Sigrid woonde een tijdje binnen een begeleid wooninitiatief voor jongeren. Ook daar lukte het haar echter niet om enige regelmaat in haar leven te brengen. Ondanks de ambulante begeleiding, ging het steeds slechter. Sigrid kon niet meer goed voor zichzelf zorgen, gebruikte drugs, kreeg angstaanvallen en uitte zich suïcidaal. Hierdoor werd besloten om Sigrid voor een langere tijd te

laten opnemen voor een intensievere behandeling inclusief resocialisatietraject.

### **Dagelijks leven**

Uit zichzelf onderneemt Sigrid niet veel. 's Nachts ligt ze wakker en overdag valt ze vaak in slaap. Ze wil graag een 'gewoon' leven met een baan en een eigen huis, maar durft daarvoor geen stappen te zetten en raakt geïrriteerd als anderen haar willen helpen of stimuleren. Ze gebruikt nog steeds drugs. Niet in die mate dat het direct zorgwekkend is, maar het is wel een risico dat ze verslaafd raakt. Daarom blijft drugsgebruik een essentieel onderdeel in de behandeling.

### **Sociale contacten**

Sigrid heeft geen contact met haar familie. Haar vrienden buiten de instelling gebruiken allemaal drugs en voorzien Sigrid nu en dan van middelen. Met één medebewoner kan Sigrid goed opschieten. Verder heeft Sigrid vooral contact met de hulpverleners.

### **Benodigde zorg en ondersteuning**

De hulpverlening is nu vooral gericht op Sigrids onvermogen om het leven op te bouwen dat ze eigenlijk wil. Het is een gevoelig punt waar ze liever niet over spreekt. Het kost de psycholoog veel tijd om voldoende vertrouwen op te bouwen. Steun van de hulpverlening is erg belangrijk voor Sigrid. Langzaam begint ze na te denken over haar toekomst. Ze begrijpt dat ze haar drugsgebruik onder controle moet houden en is bereid daarvoor in behandeling te gaan. Ook staat Sigrid open voor gebruik van medicatie.

Voor de toekomst blijft het innemen van de medicatie van belang. Een trajectbegeleider zal met haar onderzoeken of aangepast werk mogelijk is. Begeleiding van het maatschappelijk werk is nodig om haar financiën op orde te krijgen

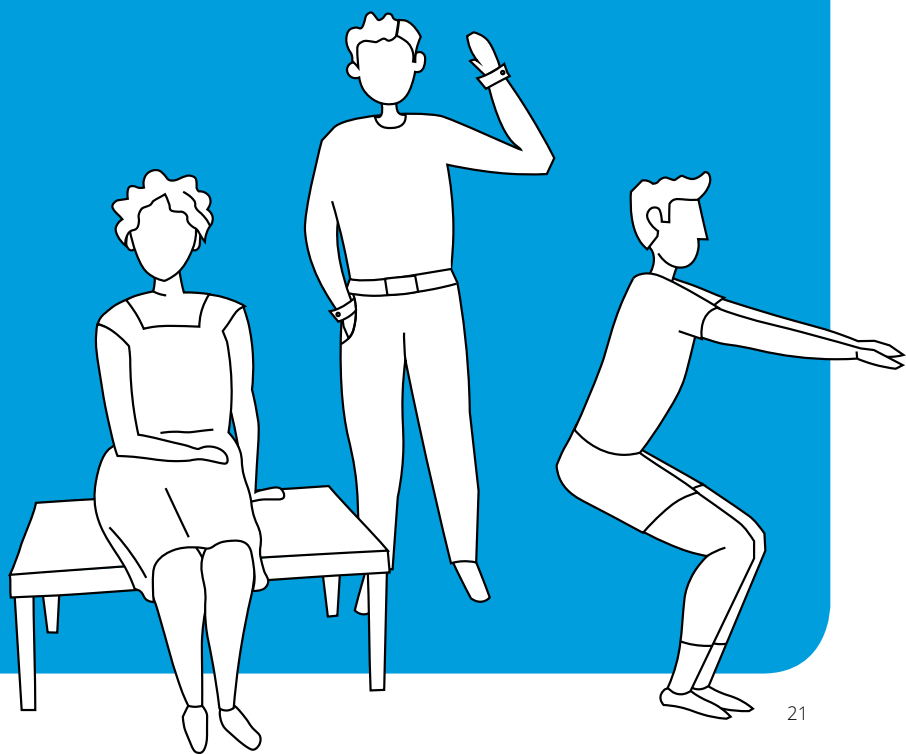
en te houden. Sigrid heeft nu schulden waarvoor ook hulp wordt ingezet. Sigrid zal tijdens de behandeling ook moeten werken aan het beter zorgdragen voor haar persoonlijke hygiëne en het op orde houden van haar eigen leefomgeving.

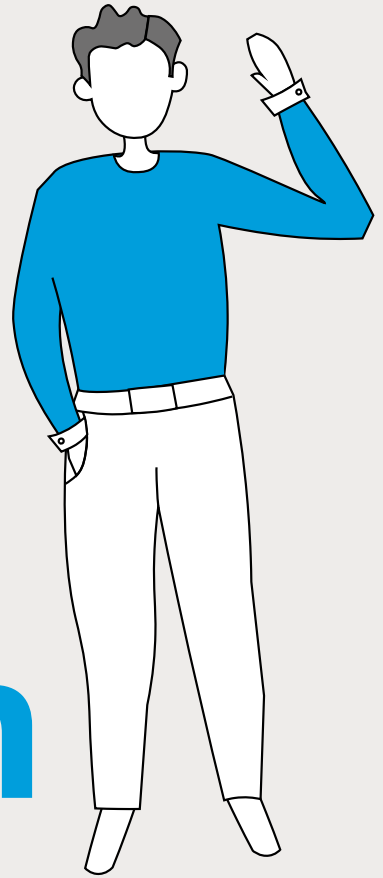
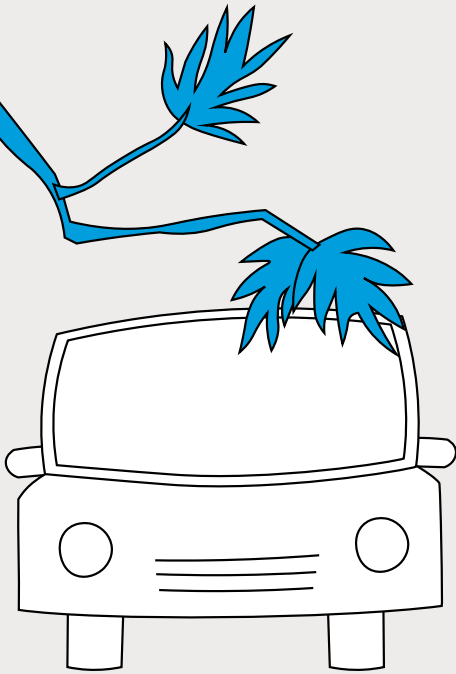
### **Waarom krijgt Sigrid zorg vanuit de Zvw?**

Sigrid staat aan het begin van een intensief ggz-behandeltraject. Ze wordt ingesteld op medicatie en zal verschillende therapieën volgen. Het is de eerste keer dat Sigrid langduriger wordt opgenomen. De behandeling, begeleiding en ondersteuning zullen perspectief geven. Wat dit gaat brengen voor haar toekomst staat nog open; het is nu onduidelijk of zij blijvend zorg nodig heeft.

# Wmo- cliënten

De zorg en ondersteuning voor cliënten met een psychische stoornis, is er in de Wmo op gericht om zelfredzaamheid en participatie te bevorderen of te herstellen. Zodat cliënten zoveel mogelijk mee kunnen blijven doen in de samenleving en zij (op termijn) zo zelfstandig mogelijk kunnen leven. Hoelang dit traject duurt, is voor iedereen verschillend. De Wmo biedt geen behandeling; deze kan indien nodig ambulantly worden geboden vanuit de Zvw. In het volgende deel laten we zien waarom Björn, Maarten en Soraya baat hebben bij zorg en ondersteuning vanuit de Wmo.





**Björn**  
55 jaar

Björn is vijfenvijftig jaar. Hij groeide op in een groot gezin. Hij was een buitenbeentje; zowel thuis als op school. Maar zijn eigenheid werd geaccepteerd en Björn groeide redelijk stabiel op. Rond zijn dertigste kreeg Björn last van angsten. Na jaren zoeken in de ggz werd naast de angststoornis ook autisme vastgesteld.

### **Björns achtergrond**

Terwijl zijn broers en zussen aan de universiteit gingen studeren, voltooide Björn met moeite de mavo en ging als fietsenmaker aan het werk. Zijn intelligentie is hoog, maar het onderwijs paste totaal niet bij zijn manier van leren. Op zijn vierentwintigste ontmoette hij Lotte; zij trouwden en kregen een dochter.

Hij ging voor zijn angsten in therapie en gebruikte medicatie, maar zonder grote verbetering. De spanning liep op; kleine veranderingen waren aanleiding tot grote uitbarstingen wat, een grote invloed had op zijn gezin. Zijn vrouw zag geen gezamenlijke toekomst meer en vroeg een scheiding aan. Daarvan raakte Björn zo uit balans, dat hij hulp zocht en zich vrijwillig liet opnemen in een ggz-kliniek. Na de opname woonde Björn bijna tien jaar op een beschermde woonplek. Daar leerde hij omgaan met zijn angsten en zijn autisme. Sinds drie jaar woont hij weer zelfstandig met begeleiding.

## **Dagelijks leven**

Björn werkt drie dagen per week op vrijwillige basis als chauffeur bij de kringloopwinkel. Het huishouden kost hem veel tijd omdat hij alles precies en zorgvuldig doet. Met mooi weer is hij graag in het park vlakbij zijn huis.

## **Sociale contacten**

Björn heeft nauwelijks contact met zijn ex-vrouw, maar zijn dochter en kleinzoon ziet hij bijna iedere week. Hij gaat dan met hen naar het park of koffie drinken in de buurt. In het park raakt hij soms in gesprek met onbekenden, en tot zijn eigen verbazing heeft hij daar plezier in. Dat zijn heel vrijblijvende contacten, die meestal gaan over de planten of de vogels in het park. Verder heeft Björn weinig behoefte aan sociale contacten. Hij kan altijd bij de begeleiders terecht en dat is voor hem genoeg. De medebewoners van de beschermde woonplek mist hij niet; die vond hij veel te druk.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Björn krijgt hulp van de woonbegeleider en heeft wekelijks contact met zijn persoonlijk begeleider. Daarnaast helpt een budgetcoach hem met zijn financiën. Als hij voelt dat het slechter met hem gaat, kan hij altijd iemand bellen. Ondanks zijn tamelijk stabiele situatie, weet Björn dat de angststoornis altijd op kan spelen. Daar praat hij regelmatig over met de begeleider. Voor hem zijn duidelijke afspraken met zijn begeleider heel belangrijk. Als het even wat slechter gaat, kan hij praten met iemand die hem kent en adequaat reageert. Dat geeft hem zoveel rust, dat het steeds beter met hem gaat. Björn verwacht dat hij steeds minder begeleiding nodig heeft en uiteindelijk weer helemaal zelfstandig kan functioneren.



### **Waarom krijgt Björn ondersteuning vanuit de Wmo?**

Björn heeft langdurige behandeling gehad voor zijn angststoornis. Hij krijgt nu intensieve begeleiding in het dagelijks leven en merkt dat hij steeds meer grip op zijn leven krijgt en zich steeds zelfverzekerder voelt. Hierdoor durft hij zijn horizon steeds verder te verkennen. Björn ziet een toekomst tegemoet waarbij hij dusdanig grip heeft op zijn angsten en autisme dat hij steeds minder begeleiding nodig heeft. Hij hoopt dat hij zelfstandiger wordt in zijn sociale leven en werk.



# Maarten

36 jaar

Maarten is zesendertig. Na jarenlang verblijf in een instelling, woont hij nu al een paar jaar zelfstandig met begeleiding. Tijdens zijn puberteit werd schizofrenie vastgesteld, en later werd ook ADHD gediagnosticeerd.

### **Maartens achtergrond**

Maarten was een druk kind maar groeide zonder problemen op. School vond hij saai en huiswerk maken al helemaal, maar onder druk van zijn vader redde hij het wel op school. Totdat hij op zijn achttiende in de war raakte, stemmen hoorde en met achterdocht en agressie reageerde op mensen in zijn omgeving. Die stemmen gingen niet meer weg en de opdrachten werden steeds gevaarlijker. Maarten werd daarom in een ggz-kliniek opgenomen. Het duurde lang om hem goed in te stellen op medicatie; maar nu zijn de stemmen grotendeels verdwenen. School heeft Maarten niet meer afgemaakt.

Maarten woonde dertien jaar in de ggz-kliniek. Daar is intensief toegewerkt aan de mogelijkheid om begeleid zelfstandig te gaan wonen. Nu huurt Maarten een appartement in een begeleid wonencomplex en krijgt hij woonbegeleiding.

### **Dagelijks leven**

Maarten heeft arbeidsmatige dagbesteding in de groen-voorziening. Buiten zijn en veel bewegen, is voor hem erg belangrijk. Naast de dagbesteding, gaat hij regelmatig naar het buurtcentrum en sport hij twee keer in de week. Als Maarten zich verveelt of de hele dag binnen zit, slaapt hij slecht en neemt het risico op psychoses weer toe. Hij is erg gemotiveerd om dat te voorkomen.

## **Sociale contacten**

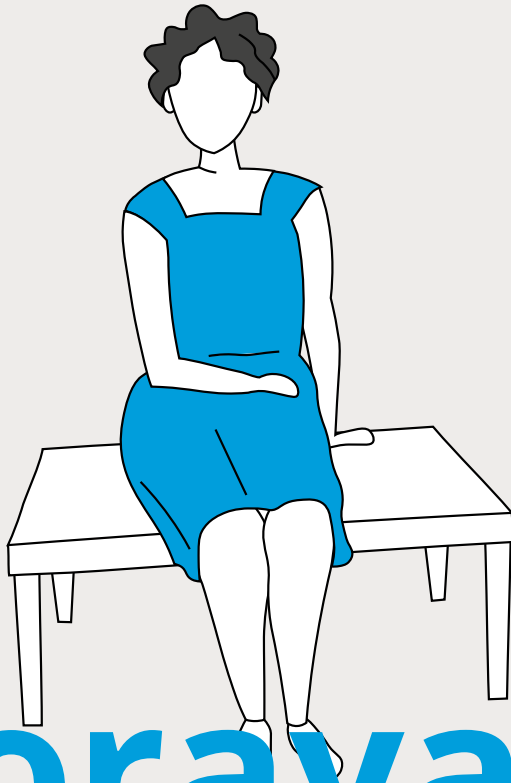
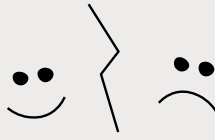
Met zijn moeder en broer, heeft Maarten goed contact. Zijn vader heeft het heel moeilijk gehad met Maartens ziekte. Nu Maarten weer buiten de instelling woont, wordt het contact langzaam beter. Maarten woont bij zijn ouders in de buurt en zijn moeder komt regelmatig bij hem langs. Verder heeft hij goed contact met de andere bewoners in het begeleid wonencomplex. Twee keer per week eet hij samen met de andere bewoners. Op de andere dagen kookt hij zelf of brengt zijn moeder hem een maaltijd. Maarten heeft geen relatie, maar nu het buiten de instelling zo goed gaat, begint het wel te kriebelen. Kinderen wil hij niet, maar hij hoopt wel een partner tegen te komen.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Maarten krijgt eens per week begeleiding van een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige waarmee hij ook zijn medicijngebruik bespreekt. Zijn begeleidster Anke neemt met hem de post, de administratie en zijn agenda door en houdt in de gaten of de sluimerende psychose opspeelt. Zonder die paar uur begeleiding, zou Maarten snel het overzicht over het dagelijks leven kwijt raken en bestaat er een kans dat hij zijn medicijnen niet goed inneemt. Het risico op terugval in psychoses is dan heel groot.

### **Waarom krijgt Maarten ondersteuning vanuit de Wmo?**

Maarten heeft in de afgelopen jaren flink wat stappen gemaakt. Na jaren van behandeling en zorg in een ggz-kliniek woont, hij nu zelfstandig met begeleiding. De begeleiders hebben een signalerende en ondersteunende rol in het dagelijks leven. Maarten ontwikkelt zich nog volop, daarom hij kan steeds meer dingen in zijn dagelijks leven zelf.



**Soraya**  
28 jaar

Soraya is achtentwintig en had een stabiele jeugd in een liefdevol gezin. Toch werd ze vanwege drugsgebruik meerdere keren opgenomen in een kliniek. Vervolgens werd ze doorgestuurd naar een ggz-kliniek waar een borderline persoonlijkheidsstoornis en een angststoornis werden vastgesteld.

### **Soraya's achtergrond**

Op school ging het goed. Als tiener ging ze experimenteren met softdrugs en later met harddrugs. Daarbij ging ze steeds meer alcohol drinken. Soraya stopte met school omdat ze wilde gaan werken, maar het kwam er niet van een baan te vinden. De drugs en alcohol beheersten haar leven steeds meer. Als ze met de drugs stopte, werd ze zo angstig dat ze toch weer naar middelen greep.

Ze verwaarloosde zichzelf en trok zich in haar eigen wereldje terug. Uiteindelijk zocht ze zelf professionele hulp en werd ze verschillende keren opgenomen in een verslavingskliniek. Het lukte haar echter niet om in een groep te functioneren.

Haar ouders waren er altijd als ze hen nodig had. In slechte periodes zorgden ze voor Soraya. Soraya stal echter geld van haar ouders omdat de drang naar drugs te groot was. Zonder drugs voelde Soraya een enorme leegte en kwamen de angsten naar boven.

## **Dagelijks leven**

Zij woont in een beschermende woonvoorziening waar ze zich prettig voelt. De organisatie biedt veel nabijheid en mogelijkheden om in kleine stappen weer regie over haar leven te krijgen. Haar drugsverslaving is onder controle, al zal dit altijd een punt van zorg blijven. De slechte periodes komen minder vaak voor en zijn korter. Dat geeft hoop voor de toekomst. Samen met haar begeleiders is Soraya nu op zoek naar goede dagbesteding, zodat ze meer omhanden heeft en minder gaat piekeren. Ze beseft dat ze nog weinig zelfstandig is en dat ze hulp nodig heeft om zich verder te ontwikkelen.

## **Sociale contacten**

Het contact met haar ouders is goed gebleven. Haar twee broers spreekt ze niet. In goede periodes is Soraya heel sociaal en maakt praatjes in de buurt en met de medebewoners. In slechte periodes trekt ze zich terug en beperkt ze zich tot minimale communicatie met de begeleiders en haar ouders.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Soraya heeft veel behoefte om op iemand terug te kunnen vallen: zij moet altijd iemand kunnen bereiken als ze angstig wordt. Het is ook belangrijk dat begeleiders haar goed kennen en het snel zien als de angsten opspelen of ze somber wordt. Dan lukt het vaak wel om samen een goede behandeling te zoeken waar Soraya gemotiveerd voor is. Als het te lang duurt, trekt ze zich helemaal terug en wordt behandeling steeds moeilijker.



De begeleiders beheren haar financiën en medicatie nu nog, maar leren haar stap voor stap daarvoor zelf verantwoordelijkheid te nemen. Zo krijgt ze steeds meer vertrouwen in haar eigen kunnen. De wetenschap dat ze steeds terug kan vallen op de begeleiders, is daarbij cruciaal. Ze leert ook oplopende spanning bij zichzelf snel te herkennen zodat ze zelf op tijd om hulp kan vragen. Daardoor is de verwachting dat ze in de toekomst met minder intensieve begeleiding kan leven. Samen met haar begeleiders werkt ze hard om steeds zelfstandiger te kunnen gaan functioneren en haar leven op de rit te krijgen.

### **Waarom krijgt Soraya ondersteuning van uit de Wmo?**

Na verschillende opnames met behandeling in de ggz-kliniek tegen de verslaving krijgt Soraya binnen het beschermd wonen met intensieve begeleiding langzaam weer grip op haar leven. De ondersteuning en begeleiding is er op gericht om nabijheid, stabiliteit en structuur te bieden wat de zelfredzaamheid van Soraya vergroot en terugval voorkomt. Op dit moment gaat dit met pieken en dalen, maar de pieken duren vaak langer en de dalen worden steeds korter. Soraya werkt hard om stap voor stap met behulp van begeleiding weer zelf regie te krijgen over haar leven.

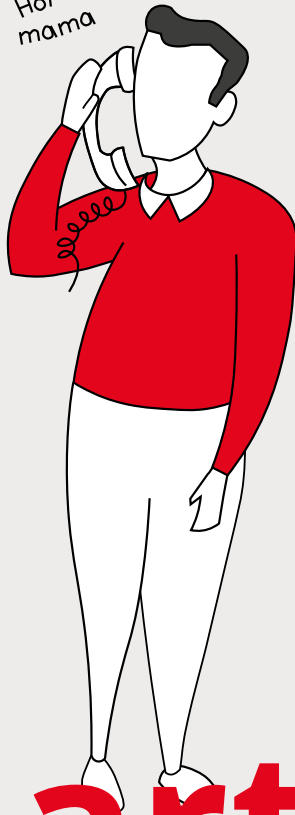
# Wlz- cliënten



Zorg vanuit de Wlz is bedoeld voor cliënten die een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid omdat zij niet in staat zijn op relevante momenten ernstig nadeel te voorkomen. Met ingang van 1 januari 2021 hebben ook volwassenen met een psychische stoornis toegang tot de Wlz. De zorg voor jeugdigen tot achttien jaar met een psychische stoornis blijft onder de Jeugdwet vallen. In het volgende deel schetsen we cliënten als Claudia, Manuela en Joe die permanent toezicht en/of 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig hebben en zorg krijgen vanuit de Wlz.



Hoi  
mama



# Martijn

## 48 jaar

Martijn is achtenveertig en heeft autisme. Zijn IQ is ruim bovengemiddeld: hij is analytisch sterk en heeft een goed geheugen. Sociaal-emotioneel is hij nog heel jong. Andere mensen en allerlei alledaagse situaties zijn vaak onbegrijpelijk voor hem. Ook raakt hij snel overprikkeld van geluiden en geuren. Dan kan hij in paniek raken en het kost dan dagen voordat hij weer een beetje functioneert.

### **Martijns achtergrond**

Martijn viel als kind op tussen zijn leeftijdsgenoten. Hij was gevoeliger, wilde niet met andere kinderen spelen, zat graag alleen op zijn kamer waar hij zichzelf al leerde lezen voordat hij naar de basisschool ging. Na de basisschool heeft hij met veel pijn en moeite het vwo voltooid – het leren ging hem makkelijk af maar ‘op school zijn’ kostte hem extreem veel moeite. Studeren lukte niet: Martijn verzandde in de hoeveelheid lesstof en kon totaal niet met computers overweg. Ook samenwerken in groepjes ging zo moeizaam, dat hij uiteindelijk stopte. Vervolgens had hij een paar baantjes maar daarbij liep de stress zo hoog op dat hij ook eenvoudige taken niet voor elkaar kon krijgen. Na een jarenlange tocht door de ggz kreeg hij de diagnose autisme. Sindsdien begrijpt hij beter waarom hij is zoals hij is en weet hij overvraging beter te voorkomen.

## **Dagelijks leven**

Martijn woonde lang bij zijn ouders. Vijf jaar geleden zijn zij zelf een wooninitiatief gestart waar hij nu woont, samen met vijf andere mensen met autisme. Het is voor Martijn erg belangrijk dat hij zijn eigen tempo kan aanhouden. Hij doet alles zorgvuldig en met aandacht en dat kost tijd. Hij heeft een paar vaste restaurantjes waar hij een kop koffie gaat drinken. De mensen daar kennen hem en maken een praatje. Martijn houdt grip op de wereld door zelf regels op te stellen. Die regels geven hem houvast, ook al worden ze door de omgeving niet altijd passend gevonden.

Ondanks zijn hoge intelligentie, lukt het Martijn niet om schijnbaar eenvoudige taken uit te voeren, zoals zijn huishouden doen. Hij weet niet hoe te beginnen, raakt het overzicht kwijt, gaat dan iets doen wat (naar mening van anderen) niets met de oorspronkelijke taak te maken heeft en kan daar vervolgens niet meer mee stoppen.

## **Sociale contacten**

Andere mensen zijn een raadsel voor hem. Dat maakt Martijn erg onzeker. Hij heeft een aantal sociale scenario's die hij goed kan afdraaien – zoals koffie drinken bij vaste restaurantjes en af en toe met zijn medebewoners eten. Meer hoeft voor hem niet op sociaal gebied. Een groot probleem voor Martijn is dat hij alles op zichzelf betreft. Als hij bijvoorbeeld iemand hoort praten over een ziekte, denkt Martijn dat hij die ziekte zelf heeft en kan hij dat niet meer loslaten. Dat blijft allemaal in zijn hoofd: tegen anderen zegt hij daar niets over.

Met zijn moeder heeft Martijn een functioneel contact, hij belt haar regelmatig om uitleg te vragen over situaties die hem stress geven.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Martijn heeft dagelijkse intensieve begeleiding nodig. Continuïteit is heel belangrijk: hij moet de begeleiders kennen en vertrouwen. Martijn heeft talloze momenten op een dag waarin hij de situatie niet begrijpt waardoor hij het overzicht verliest en in paniek kan raken. Als hij direct uitleg krijgt kan hij weer door, maar zonder begeleiding in de buurt escaleert de paniek. Omdat hij zelf niet aangeeft dat het niet goed gaat, moeten de begeleiders vaak actief actie ondernemen.

Met de juiste begeleiding kan Martijn zich nog wel verschillende vaardigheden aanleren, maar zelfstandig wonen zal door het beperkte inzicht in situaties nooit haalbaar zijn.

## **Waarom krijgt Martijn een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Martijn heeft een complexe ontwikkelingsstoornis. Na een langdurig behandeltraject, is duidelijk dat hij zich niet verder zal ontwikkelen waardoor 24 uur per dag zorg in de nabijheid noodzakelijk blijft. Martijn is erg kwetsbaar. In periodes van extreme irrationele angst en paniek kan hij niet meer functioneren. Het risico op ernstig nadeel is altijd aanwezig. Martijn heeft veel begeleiding nodig om overzicht te houden.



**Anne**  
52 jaar



Anne is een onzekere vrouw van tweeënvijftig jaar. Zij heeft een ingewikkelde zorgvraag door de combinatie van een bipolaire stoornis, psychosegevoeligheid en een beneden-gemiddelde intelligentie. Verder is Anne bij de huisarts bekend met verschillende somatische aandoeningen, waaronder diabetes.

### **Annes achtergrond**

Op school kon Anne niet goed meekomen. Haar beneden-gemiddelde intelligentie – van 86 – is pas later onderkend. Zij woont al jarenlang in een beschermende woonvorm. Door haar psychoses en depressiviteit, heeft zij ook veel langdurige opnames in de ggz meegemaakt. Kleine veranderingen kunnen Anne helemaal uit balans halen. Als het leven niet gaat zoals zij verwacht, raakt ze zo in paniek dat ze tegen zichzelf beschermd moet worden. Ze wil dan zelf een opname in de ggz, waarin ze heel dwingend kan zijn. Anne heeft al meerdere pogingen tot zelfdoding gedaan.

### **Dagelijks leven**

Anne heeft dagbesteding maar komt lang niet altijd. Ze meldt zich vaak ziek. In haar eentje thuis verveelt ze zich en loopt ze bij de burens langs voor een praatje. Zelf kan ze niet goed aangeven waarom ze zich ziek meldt. Hierdoor is het onduidelijk of ze te moe is, het niet leuk vindt of dat er iets anders speelt. Twee keer per week komt een begeleider haar helpen met het huishouden. Anne vindt daar niks aan en vraagt voortdurend om rookpauzes. Opruimen en oude spullen weggooiën vindt ze moeilijk.

## **Sociale contacten**

Hoewel Anne makkelijk mensen aanspreekt en kletspraatjes maakt, vindt ze het moeilijk om een contact op te bouwen en te onderhouden. Hierdoor is ze eenzaam en heeft ze weinig echte vriendschappen. Haar contact met de medebewoners verloopt niet makkelijk. Anne is onzeker en vindt het erg belangrijk wat anderen van haar vinden. Niet iedere medebewoner heeft daar even veel geduld voor, waardoor er bij hen irritaties kunnen ontstaan. Anne vindt het moeilijk deze irritaties te duiden.

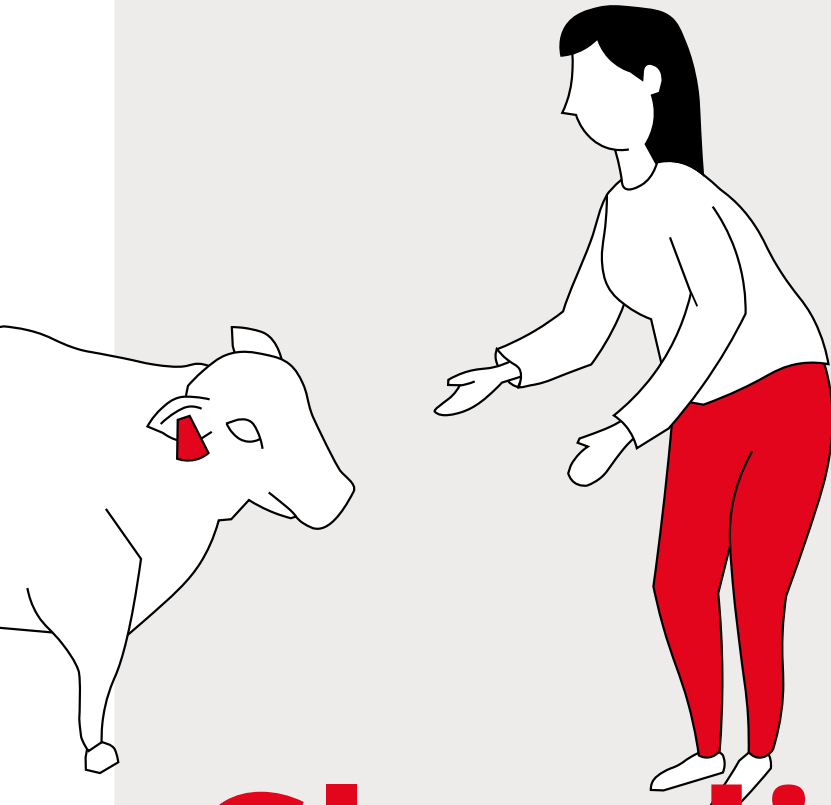
## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Anne heeft begeleiding nodig in het gewone dagelijkse leven en bij haar gezondheid. Ze raakt snel overprikkeld en kan dan heftig reageren op medebewoners. De begeleiding helpt haar om voldoende rust te nemen. Om te voorkomen dat ze haar dag-nachtritme omdraait, stimuleert de begeleiding haar om 22.00 uur naar bed te gaan. 's Ochtends om 9.00 wordt ze gewekt.

Omdat Anne haar huishoudelijke klussen niet uit zichzelf doet, is daar veel aansturing bij nodig zodat haar huis netjes blijft. Anne heeft een ongezond eetpatroon. Daarom is afgesproken dat ze drie keer per week mee-eet bij de inloop. Annes geld wordt beheerd door een bewindvoerder, zij krijgt zakgeld via de begeleiding. Anne heeft diabetes en moet daarvoor insuline spuiten. De begeleiders gaan mee naar de medische controles omdat Anne de informatie van de arts vaak niet begrijpt en te gespannen is om zelf vragen te stellen. Ze heeft ook moeite om zich aan het insuline-schema te houden.

### **Waarom krijgt Anne een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Anne zal zich niet zo ontwikkelen dat ze in de toekomst zelfstandiger kan gaan functioneren. Er is sprake van multicomplexe problematiek die grillig is ondanks langdurige behandelingen. Het evenwicht blijft kwetsbaar maar in de huidige woonsetting hanteerbaar. De begeleiding is gericht op behoud van opgedane vaardigheden en het voorkomen van een terugval. Anne is niet in staat om op relevante momenten een concrete hulpvraag te stellen. Zij is aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid.



# Claudia

## 40 jaar

Claudia is veertig jaar. Zij heeft autisme en bijkomende psychiatrische problematiek: een angststoornis en schizofrenie. Eerder werd gedacht dat zij een borderline persoonlijkheidsstoornis had, maar later bleek er sprake te zijn van autisme.

### **Claudia's achtergrond**

Als kind had Claudia het niet makkelijk. Haar ouders zijn gescheiden en ze is een tijd misbruikt door haar stiefvader. Zij ontwikkelde zich duidelijk anders dan haar leeftijdsgenoten, bij wie ze dan ook geen aansluiting vond. Op de basisschool werd ze gepest. Veranderingen gaven haar veel stress, ze had moeite om vrienden te maken en raakte snel overprikkeld. Al op jonge leeftijd kon ze agressief reageren. Vanaf haar twaalfde jaar is Claudia in verschillende instellingen opgenomen. Jarenlang kwam ze nauwelijks van de instellingsterreinen af. Zij werd regelmatig geïsoleerd; soms langere periodes. In al die jaren heeft niet geleerd om zelf keuzes te maken of eigen interesses te volgen. Wel leerde ze om prikkels beter te hanteren waardoor haar agressie is verminderd.

### **Dagelijks leven**

Claudia woont nu in een beschermd wonen voorziening met 24 uur begeleiding. Ze heeft daar een eigen appartement. Ze komt weer buiten en leert een aantal huishoudelijke taken zelf te doen. Boodschappen doet ze met begeleiding. Samen met haar begeleider is ze op zoek naar dagbesteding buiten, bijvoorbeeld op een zorgboerderij. Dat vindt ze nog wel erg spannend.

## **Sociale contacten**

De relatie met haar moeder is hersteld. Claudia ziet haar regelmatig en kan goed overweg met de nieuwe partner van haar moeder. Claudia heeft ook drie zussen maar die ziet ze nooit. Met haar begeleiders heeft ze goed contact als ze hen eenmaal een beetje kent. Veranderingen blijven moeilijk voor Claudia. Verder heeft ze sporadisch, maar wel acceptabel contact met haar burens. Claudia zou graag meer mensen willen kennen en daarom staat ze open voor dagbesteding op een zorgboerderij. Tegelijkertijd vindt ze het ontzettend spannend om nieuwe mensen te ontmoeten. Ze heeft vaak het idee dat mensen over haar praten en gooit dat dan meteen in de groep. Als ze het er niet meteen over kan hebben, raakt ze in paniek.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Claudia is prikkelgevoelig, gehospitaliseerd en angstig. Zij vertrouwt maar weinig mensen. Door een voorspelbare situatie te creëren, durft ze zich in kleine stapjes te ontwikkelen. Nu doet ze, na meer dan een jaar gewenning, met begeleiding zelf haar boodschappen bij de supermarkt om de hoek. Dit vraagt veel samenwerking en afstemming tussen de begeleiders en behandelaars. Door haar lage draagkracht moeten begeleiders zaken van haar overnemen, zoals een deel van het huishouden en de financiën. Ook is sterk toezicht op medicatie-inname belangrijk.

Het leggen van verbanden tussen oorzaak en gevolg, is heel moeilijk voor Claudia. Hierdoor kan ze gebeurtenissen moeilijk in perspectief zien. In de avond lopen prikkels vaak op. Zaken zoals het nieuws hebben dan een zware impact op haar. Om te voorkomen dat deze dingen met haar op de loop gaan, neemt een begeleider dagelijks met haar door wat ze gezien en gelezen heeft.

Zo kan ze haar angsten en zorgen relativeren. Claudia heeft kleine, maar voor haar grote doelen voor de toekomst. Bijvoorbeeld zelfstandig boodschappen doen en een hele dag naar dagbesteding. Ze weet dat zelfstandig wonen voor haar niet haalbaar zal zijn. Bij het idee alleen al, raakt ze in paniek. Ze is blij met de stapjes die ze nu maakt, nadat ze tientallen jaren volledig binnen de muren van instellingen heeft geleefd.

### **Waarom krijgt Claudia een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Door de combinatie van een ontwikkelingsstoornis en ernstige psychiatrische problematiek, is de behandeling van Claudia slechts beperkt effectief. Daardoor is 24 uur per dag zorg in de nabijheid blijvend noodzakelijk, ook als zij zich eventueel nog zal ontwikkelen. Claudia is niet in staat regie te voeren over het dagelijks leven doordat ze het verband tussen oorzaak en gevolg niet ziet. Ook kan ze gebeurtenissen niet in perspectief plaatsen en kan ze angsten niet relativeren. Daardoor kan Claudia door alledaagse dingen op ieder moment decompenseren.



# Lucienne

## 59 jaar



Lucienne is negenenvijftig. Zij is gedwongen opgenomen in een ggz-kliniek. Vanwege haar onberekenbare gedrag, brengt ze zichzelf of anderen in gevaar waardoor zij niet in een groep kan functioneren. Lucienne heeft een curator die al haar belangen voor haar behartigt.

### **Luciennes achtergrond**

Tot tien jaar geleden was Lucienne een onafhankelijke vrouw die zonder problemen functioneerde. Bijna van de ene op de andere dag veranderde haar leven ingrijpend: zij werd psychotisch, agressief en raakte in de war. Een gedwongen opname met gedwongen medicatie en psychiatrische behandeling, hadden geen effect. Lucienne ging van de ene instelling naar de andere. Na twee jaar werd een erfelijke ziekte vastgesteld die psychiatrische stoornissen en dementie met zich meebrengt. Deze ziekte verklaarde haar persoonlijkheidsverandering. De ziekte is niet te behandelen en Lucienne zal alleen maar verder achteruit gaan.

Sommige periodes is zij goed gestemd, maar dat kan snel omslaan in agressie. In het verleden was zij soms zo agressief dat ze bijna door de deur heen brak. Dan werd zij naar de isoleercel gebracht, zo nodig met politiebegeleiding. De laatste tijd verslechtert haar lichamelijke conditie en is zij minder sterk. De gedragsproblemen nemen toe. Er is nog geen vermoeden van cognitieve achteruitgang in het kader van dementie.

## **Dagelijks leven**

Lucienne is bijna altijd in haar appartement. Zij wordt gemonitord via camerabewaking en kan contact leggen via de intercom. Door haar onberekenbare gedrag, kan ze niet alleen naar buiten. Als ze naar buiten gaat, wordt ze begeleid door twee verpleegkundigen. Luciennes opname is gericht op veiligheid voor haarzelf en haar omgeving. Vanwege haar onvoorspelbaarheid nemen de verpleegkundigen strikte voorzorgsmaatregelen bij de verzorging. Zij gaan nooit alleen naar binnen en Lucienne moet op een vaste plek gaan zitten.

## **Sociale contacten**

Lucienne kan niet in een groep functioneren. Haar contacten zijn beperkt tot de verpleegkundigen en haar familie. De instelling begeleidt de bezoeken van haar familie vanwege het onvoorspelbare gedrag van Lucienne.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Lucienne heeft hulp nodig bij alle dagelijkse activiteiten. Zij verwaarloost zichzelf en verzet zich vaak tegen de zorg, met name tegen het wassen. Dat lukt eigenlijk alleen nog onder dwang. Omdat dit traumatisch is wordt de persoonlijke verzorging beperkt tot de minimaal acceptabele hygiëne.

Haar ziekte is niet te behandelen. De zorg is gericht op veiligheid en comfort. Lucienne heeft een niet-reanimeren verklaring en een niet-behandelverklaring. Goed te behandelen somatische klachten, zoals gebitsproblemen, worden wel aangepakt. Daarvoor is dan fixatie en sedatie nodig, waarbij sederende middelen vaak veel minder effect hebben dan gebruikelijk. Met antipsychotica en kalmerende middelen, is Lucienne nu redelijk stabiel.

### **Waarom krijgt Lucienne een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Lucienne heeft een erfelijke ziekte waardoor zij steeds meer zorg en begeleiding nodig heeft. Door de onvoorspelbaarheid van haar gedrag, is zij aangewezen op permanent toezicht om haar eigen veiligheid en die van anderen te waarborgen. Het doel van de begeleiding is het leven van Lucienne zo aangenaam en stabiel mogelijk te houden. Lucienne is niet in staat voor zichzelf te zorgen, zij ziet niet in dat persoonlijke hygiëne en het behandelen van somatische klachten noodzakelijk zijn.



# Manuela 60 jaar

Manuela is zestig jaar en heeft sinds haar twintigste vele psychoses doorgemaakt. Zij heeft een schizo-affectieve stoornis met uitgebreide wanen en de overtuiging dat anderen het altijd over haar hebben en op haar hebben gemunt. Manuela is een creatieve denker wat kan doorslaan in ontremde reacties en chaos in haar hoofd. Als zij zelfstandig woont, verwaarloost zij zichzelf en haar omgeving dusdanig dat gedwongen ingrijpen noodzakelijk is.

### **Manuela's achtergrond**

Manuela werd zestig jaar geleden geboren als vierde kind in een boerengezin. Zij was niet gewenst en kreeg nauwelijks aandacht van haar moeder. Haar vader was dag en nacht met het boerenbedrijf bezig en verwachtte veel discipline van zijn kinderen. Manuela werd vooral door haar vijf jaar oudere broer op sleeptouw genomen.

Al op haar zestiende ging Manuela uit huis omdat ze de ruzies met haar ouders zat was. Zij kwam in een kraakpand terecht waar ze enkele jaren redelijk gelukkig woonde. Toen haar broer en een huisgenoot kort na elkaar onverwacht overleden, raakte ze de grip kwijt en ontstond de eerste psychose. Zij was toen twintig jaar. Tijdens verschillende gedwongen opnames kreeg Manuela antipsychotica, maar die sloegen niet aan. Zij is chronisch psychotisch.

Een jarenlange langdurige gedwongen opname volgde. Manuela werd steeds agressiever naar medebewoners en het personeel van de instelling. Na verschillende aanpassingen in de medicatie, verminderde de agressie voldoende om naar een open groep te kunnen. Manuela weet nu dat ze de medicatie nodig heeft om in een open setting te kunnen wonen. Maar soms heeft ze een vergiftigingswaan en dan weigert ze haar medicatie.

### **Dagelijks leven**

Manuela woont nu een jaar of vier in een open beschermde woonvorm. Zij heeft apathische periodes waarin zij tot niets komt en heeft dan veel motivatie nodig voor minimale zelfzorg. Maar er zijn ook goede periodes; dan gaat ze naar buiten en volgt ze creatieve dagbesteding. Ze maakt dan indrukwekkende schilderijen waar ze vol trots over vertelt.

### **Sociale contacten**

Manuela's ouders zijn al jaren geleden overleden. Ze heeft sinds kort weer contact met haar zus. Dat contact wordt begeleid vanuit de zorgaanbieder omdat lichte spanningen haar psychotische klachten al kunnen vergroten. Haar zus doet veel moeite om het ontspannen te houden. In haar goede periodes is Manuela open en vrolijk op de dagbesteding en zoekt ze af en toe medebewoners op voor een praatje. Andere contacten heeft ze niet.

### **Benodigde zorg en ondersteuning**

De mate van begeleiding varieert. Ondersteuning bij de dagplanning en zelfzorg is altijd nodig, omdat Manuela ook in goede periodes het overzicht verliest en de noodzaak van zelfzorg niet kan overzien. Ze signaleert zelf niet wanneer de spanning zich bij haar opbouwt. Daarom moet de begeleiding dagelijks op vaste momenten polsen hoe ze in haar vel zit. In mindere periodes is bijna voortdurende

begeleiding nodig. Zonder stimulans komt ze dan nauwelijks uit bed. De begeleiding neemt dan veel over wat soms tot conflicten leidt.

Manuela gebruikt haar medicatie nu vrijwillig, althans ze ziet in dat ze weinig keus heeft. Het blijft wel een aandachtspunt in de begeleiding. Zonder medicatie is het broze evenwicht snel verstoord en kan ze weer agressief reageren op de mensen om haar heen. De begeleiders bespreken regelmatig welke gevolgen het stoppen met medicatie heeft. Manuela realiseert zich goed dat ze zonder medicatie waarschijnlijk weer in gedwongen zorg terecht komt.

### **Waarom krijgt Manuela een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Manuela is jarenlang klinisch en ambulante in behandeling geweest. Manuela is psychisch gezien stabiel maar het evenwicht is kwetsbaar waardoor Manuela blijvend 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig heeft. Zij is niet in staat regie te voeren over een aantal essentiële onderdelen van het dagelijks leven. Ook heeft Manuela niet het vermogen om te signaleren wanneer de spanning bij haar opbouwt. Er is blijvend kans op ernstig nadeel doordat er snel sprake is van teloorgang, conflicten en het willen stoppen met de medicatie.



**Joe**  
61 jaar



Joe is eenenzestig en verslaafd aan alcohol en heeft depressieve periodes. Zelf ziet hij niet dat hij een probleem heeft. Zorg en begeleiding vindt hij niet nodig, mensen moeten zich vooral niet met hem bemoeien. Maar zonder hulp verwaarloost hij zichzelf en zijn omgeving, eet hij nauwelijks en komt hij zijn huis niet meer uit.

### **Joe's achtergrond**

Joe is de oudste zoon van een gezin met vier kinderen. Het gezin had het niet breed. Zijn moeder was huisvrouw en verdiende soms wat bij omdat zij prachtige jurken kon naaien. Zijn vader werkte in de bouw en was na het werk vooral in de kroeg te vinden. Ook Joe werkte al jong in de bouw en ging met zijn vader mee naar de kroeg. Joe's drankgebruik werd steeds ernstiger. Hij kwam geregeld dronken op zijn werk en werd uiteindelijk ontslagen. Zonder inkomen kon hij de huur niet meer betalen en werd op straat gezet. Hij isoleerde zichzelf en pleegde kleine diefstallen om zijn drank te betalen. Joe werd verscheidene malen met alcoholintoxicaties opgenomen in het ziekenhuis. Hij wilde zich dood drinken, zoals hij zelf zei. Dit heeft uiteindelijk geleid tot langdurige opname binnen de ggz. In de kliniek werd vastgesteld dat Joe ook een depressieve stoornis heeft. Na ontslag uit de kliniek, ging het snel weer berg afwaarts. Hetzelfde patroon herhaalde zich: drinken, geen inkomen, uithuiszetting, meer drinken waardoor hij weer werd opgenomen. Inmiddels is het syndroom van Korsakov vastgesteld.

## **Dagelijks leven**

Joe woont nu vijf jaar bij een wooninitiatief voor mensen met het syndroom van Korsakov. Hij heeft een eigen studio. De bewoners eten samen in een gezamenlijke woonruimte. Joe wil geen dagbesteding omdat dit in zijn beleving niet strookt met zijn capaciteiten die hij altijd heeft gehad. Meestal doet hij hierdoor niet zoveel op een dag. Soms neemt hij een bus naar de stad en verdwaalt dan meestal. Sinds kort heeft hij een eenvoudig mobieltje zodat de begeleiding hem kan bellen en hem kan helpen de weg terug te vinden.

## **Sociale contacten**

Joe heeft weinig behoefte aan sociale contacten. Samen eten met de bewoners van het wooninitiatief is al meer dan genoeg. Met de vaste begeleiders heeft hij redelijk goed contact.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

Joe heeft een duidelijke structuur en stimulans nodig. Anders doet hij niets of creëert hij een grote chaos. De begeleiders helpen hem om zijn kamer op orde te brengen en stimuleren hem zichzelf te verzorgen. Rust is daarbij heel belangrijk. Joe voelt zich snel betutteld en wordt dan boos. De begeleiders laten hem zoveel mogelijk zelf doen, maar moeten er wel bij zijn, anders gebeurt er niks. Joe heeft weinig behoefte aan eten en raakt ondervoed als hij niet gestimuleerd wordt om te eten. Vaak eet hij met de groep mee maar dat geeft hem ook veel prikkels. Regelmatig gaat hij halverwege de maaltijd in een rustig hoekje zitten. De begeleiders moeten dan in de gaten houden of hij wel genoeg eet.

Joe wil geen dagbesteding maar helpt wel de tuinman met het onderhouden van de tuin. Hij heeft een eigen kweekkastje waar hij kruiden en fruit verbouwt die worden gebruikt bij de avondmaaltijd. Joe geniet van de complimenten die hij daarvoor krijgt en kan dan korte tijd heel gezellig aanwezig zijn.

### **Waarom krijgt Joe een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

Joe heeft als gevolg van zijn ernstige ziekte geen ziektebesef en ziekte-inzicht. De begeleiding moet veel toezien op de dagelijkse taken en neemt ook geregeld taken over. Het risico op ernstig nadeel zoals zelfverwaarlozing is erg groot omdat Joe geen eigen initiatief toont en niet inziet dat hij een grote ondersteuningsbehoefte heeft. Daardoor is Joe blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid.



# Youssef

48 jaar

Youssef is een achtenveertig-jarige man. Hij kwam als peuter van twee met zijn ouders naar Nederland. Hij is opgegroeid in Rotterdam als een verlegen kind dat het goed deed op school. Na de middelbare technische school ging hij als elektricien aan het werk.

### **Youssefs achtergrond**

Achteraf gezien had hij als puber al lichte psychotische verschijnselen. Die zijn toen niet herkend. Toen hij ging werken, namen de symptomen toe. Hij werd extreem achterdochtig, was ervan overtuigd dat zijn werkgever hem volgde en dat zijn collega's hem kwaad wilden doen. In die periode begon hij met softdrugs. Dat maakte hem rustiger. Hij is nog een tijd blijven werken, maar maakte steeds meer fouten en kwam steeds vaker te laat opdagen. Uiteindelijk is hij ontslagen en zat hij alleen thuis. Zijn ouders waren toen al teruggekeerd naar Marokko. Youssef raakte langzaam maar zeker verslaafd aan harddrugs.

Rond zijn vijfentwintigste werd Youssef uit zijn totaal verwaarloosde huis gehaald en gedwongen opgenomen. Hij zwaaide door zijn raam met een mes naar voorbijgangers en riep dreigende woorden. In de kliniek kreeg hij anti-psychotica, maar die hadden slechts een matig effect. De psychotische verschijnselen verminderden, maar zijn nooit helemaal verdwenen.

Youssefs drugsverslaving is zeer hardnekkig. Tijdens verschillende opnames in een verslavingskliniek werd geconstateerd dat de verslaving onbehandelbaar is. Hij is gestart in diverse verslavingsklinieken maar daarna langdurig beland in een gesloten setting van een ggz-kliniek. De enige manier om hem van drugs af te houden, is om al zijn vrijheden af te nemen en hem op een gesloten afdeling te plaatsen. Zodra hij enige ruimte krijgt, gaat hij opnieuw gebruiken. De afgelopen jaren ontstond een vicieuze cirkel waarin Youssef thuis veel drugs gebruikt en zichzelf extreem verwaarloost. Vervolgens wordt hij opgenomen om op krachten te komen en enige structuur in zijn leven te brengen. Zodra hij thuis is, gaat hij weer veel gebruiken. Youssef is absoluut niet gemotiveerd om te stoppen met drugs.

### **Dagelijks leven**

Thuis wonen met intensieve begeleiding bleek niet haalbaar. Youssef woont nu in een gesloten beschermde woonvorm. Omdat hij beperkt is in zijn vrijheden, kan hij maar een keer per week van het instellingsterrein af om drugs te kopen. Dat wordt toegestaan omdat hij zich aan een aantal afspraken houdt, zoals zichzelf en zijn huis voldoende verzorgen, genoeg eten en regelmatig op de dagbesteding komen.

### **Sociale contacten**

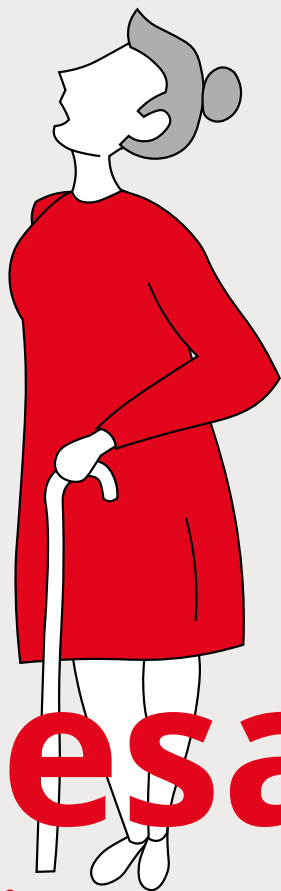
Youssef heeft twee broers die hij slechts af en toe ziet. Met zijn ouders in Marokko heeft hij maandelijks kort telefonisch contact. Youssef maakt praatjes met zijn begeleiders. Vrienden heeft hij niet en het drugscircuit mijdt hij sinds hij gereguleerd kan gebruiken.

### **Benodigde zorg en ondersteuning**

Een verpleegkundige geeft Youssef iedere twee weken een injectie met een langwerkend antipsychoticum. De begeleiding stimuleert Youssef bij de dagelijkse taken. Youssef is hiervoor redelijk gemotiveerd vanwege de afspraak dat hij drugs kan gebruiken, maar hij heeft blijvend hulp nodig om die taken ook in voldoende mate uit te voeren. Op deze wijze lijkt er een modus gevonden waarin Youssef vrij stabiel functioneert, de psychose naar de achtergrond verdwijnt en de ernstige verwaarlozing onder controle is.

### **Waarom krijgt Youssef een indicatie voor zorg vanuit de Wlz?**

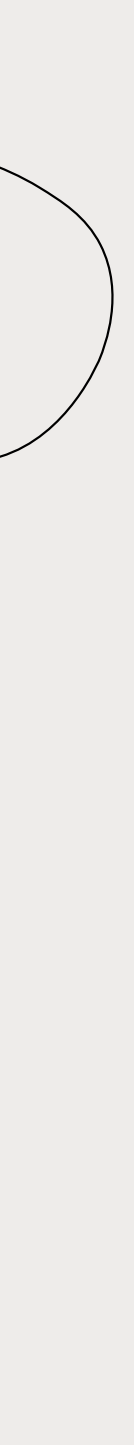
Na verschillende behandelingen in de ggz-kliniek is gebleken dat de verslaving van Youssef onbehandelbaar is. Youssef is niet in staat om voldoende initiatief te nemen om voor zichzelf en zijn woning te zorgen. Er is toezicht nodig op zijn middelengebruik en zijn sociale contacten om het risico op terugval te verkleinen. Youssef is blijvend aangewezen op 24 uur per dag zorg in de nabijheid. Zonder sturing met intensieve begeleiding op geplande en ongeplande momenten, is er een groot risico op ernstige verwaarlozing.



# Teresa

## 58 jaar





Teresa is achtenvijftig. Ze woont in een ggz-kliniek. Haar diagnose is schizofrenie van het paranoïde type. Later is ook artrose vastgesteld. Zij heeft veel last van betrekkingswanen waardoor zij vrijwel niemand vertrouwt. Juist de mensen die ze goed kent, belanden in haar waansysteem.

### **Teresa's achtergrond**

Teresa groeide op in een welgesteld gezin. Zij kon goed leren en was graag buiten in de natuur. Haar klasgenootjes liet ze links liggen, ze las liever een boek. Ze reageerde vaak nauwelijks op vragen van haar ouders, bijvoorbeeld om haar kamer op te ruimen. Haar ouders lieten het dan maar gaan. In de klas leek ze vaak weg te dromen. Dit viel haar leerkrachten wel op, maar omdat ze goede cijfers haalde, werd er verder weinig aandacht aan besteed.

Tijdens de puberteit ging Teresa zich steeds meer afsluiten. Zij zat veel op haar kamer met muziek aan. Soms dachten haar ouders dat ze Teresa hoorden schreeuwen, maar dan stelden ze zichzelf gerust dat het de muziek was. Tijdens haar studie Biologie, escaleerde haar gedrag plotseling. Ze werd agressief tegen medestudenten en weigerde daarna met haar mentor of ouders te praten. In plaats daarvan dwaalde ze urenlang alleen door het bos en bleef daarna ernstig verward in haar straat rondjes lopen. Buren belden de politie die de crisisdienst inschakelde. Teresa werd langdurig opgenomen in een ggz-kliniek. Ondanks langdurige psychische behandeling, herstelde Teresa niet genoeg voor ontslag uit de instelling.

## **Dagelijks leven**

Teresa leeft in haar eigen werkelijkheid. Zij is totaal niet bezig met het dagelijks leven en met de mensen in haar omgeving. Zij komt liever niet buiten vanwege overprikkeling en omdat de realiteit niet klopt met haar eigen belevingswereld. Soms is ze agressief tegen het personeel of medebewoners. Teresa zit het liefst de hele dag op haar eigen kamer of in de tuin. Ze rookt dan sigaretten en praat tegen zichzelf. Ze zorgt niet voor zichzelf, haar omgeving of haar gezondheid. De artrose belemmert haar fysiek, bewegen is erg pijnlijk. Ze gebruikt een stok om te lopen, een rolstoel wil ze niet.

## **Sociale contacten**

Teresa vermijdt contact met andere mensen zo veel mogelijk. Soms eet ze mee op de groep maar dat leidt meestal tot overprikkeling en angst. Juist de mensen die dicht bij haar staan, wantrouwt ze. Ze denkt dat haar naasten haar willen vergiftigen. Daarom heeft ze het contact met haar ouders verbroken.

## **Benodigde zorg en ondersteuning**

De fysiotherapeut komt wekelijks langs voor Teresa's artrose. Voor haar schizofrenie krijgt Teresa medicatie. Omdat ze vaak smokkelt met de medicatie, krijgt ze eens in de drie weken een injectie met langwerkende medicijnen. De verpleegkundigen en begeleiders nemen bijna alle handelingen in het dagelijks leven van haar over.

### **Waarom krijgt Teresa een indicatie voor Wlz-zorg?**

Teresa heeft 24 uur per dag zorg in de nabijheid nodig. Zij heeft weinig ziekte-inzicht en verwaarloost zichzelf volkomen. Ze is zelf niet in staat te beoordelen wanneer ze hulp nodig heeft. Zij leeft in haar eigen wereld en kan daardoor geen regie houden over haar leven in de werkelijke wereld. Het risico op escalaties is daardoor voortdurend aanwezig.

Dit is een uitgave van CIZ in samenwerking met ketenpartners in de zorg en VWS. Aan de tekst kunnen geen rechten worden ontleend.

De toelichting op de toegangscriteria en meer informatie over de Wet langdurige zorg voor mensen met een psychische stoornis kunt u vinden via de website [www.informatielangdurigezorg.nl](http://www.informatielangdurigezorg.nl) van VWS.

Juni 2019.

