HERO

housing: an educational european road towards civil rights

HUISVESTING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

KWALITEIT 'S INDICATOREN TOOLKIT VOOR LOKALE GEMEENSCHAPPEN

Gecoördineerd door **ASL ROMA 2**

Funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

www.housing-project.eu

Inhoudsopgave

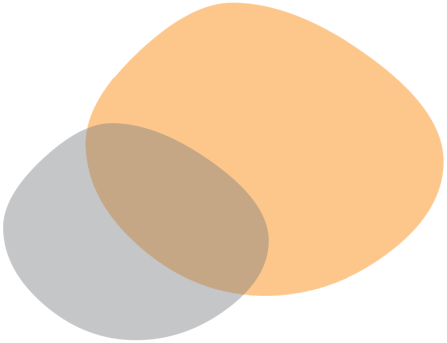
	Inleiding	*3*
	Partners	*4*
I.	**HERO context**	*5*
II.	**De doelgroeplezer**	*8*
III.	**Definitie Huisvesting**	*9*
IV.	**Een behoefte aan gedeelde indicatoren**	*12*
V.	**Selecteren van indicatoren**	*13*
VI.	**De aanpak van informatie verzamelen.**	*14*
	Sleutelgebieden Literatuurstudie en focusgroepen.	
	A. Focusgroepen. Algemene informatie	*16*
	B. Beoordeling. Algemene informatie	17
VII.	**Tien sleutelgebieden: Creatie van een taalgebruik dat binnen de huisvestingsprojecten kan gedeeld worden**	*18*
VIII.	**Leutelgebieden en indicatoren**	
	Samenvatting van de informatie afkomstig uit de literatuurstudie en de focusgroepen	
	1. EVALUATIEPROCES VAN DE GEBRUIKERSVAARDIGHEDEN	*19*
	2. LOKALE CONTEXT MIDDELEN	*24*
	3. CASEMANAGER / ORGANISATIESTRUCTUUR EN NETWERK VAN DE MENTALE GEZONDHEIDSDIENSTEN VAN HUISVESTING	*29*
	4. EVALUATIE VAN DE VERTEGENWOORDIGINGEN, WAARNEMINGEN, MOTIVATIES EN TEVREDENHEID VAN GEBRUIKERS	*32*
	5. FLEXIBILITEIT/KLINISCH BESTUUR / COMMUNICATIE EN COÖRDINATIE	*35*
	6. VERANTWOORDELIJKHEID EN BESLUITVORMING VAN GEBRUIKERS	*39*
	7. VRIJWILLIGERSSYSTEEM EN BURGERMAATSCHAPPIJ	*41*
	8. LEVENSLANG LEREN	*43*
	9. MIDDELEN VOOR HUISVESTING	*46*
	10. IMPACT EVALUATIE	*49*
IX.	**Gebruik van indicatoren**	*51*
X.	**Conclusies**	*52*
XI.	**Bibliografie**	*55*

Inleiding

Flori Degrassi
Directeur-Generaal - ASL Roma 2

Ik ben verheugd om "Huisvesting en geestelijke gezondheid. Kwaliteitsindicatoren Toolkit voor lokale gemeenschappen", de eerste publicatie van HERO, in te leiden. Een project dat voortvloeit uit een authentieke uitwisseling van ervaringen met het Huisvestingsschema, het is gericht op het opsporen van kwaliteitsindicatoren die kunnen overwogen worden als Europese richtlijnen voor toekomstige initiatieven voor genezing van de geestelijke gezondheid.
Hero is het eerste ASL ROMA 2-Huisvestingsproject voor het geestelijk gezondheidssysteem dat een Europese erkenning ontvangen heeft onder het Erasmus + programma.
Met dit initiatief streeft het HERO-partnerschap ernaar om dit belangrijke onderwerp te verkennen door middel van gezamenlijke inspanningen tussen een aantal verschillende landen.
Het project is volledig geïntegreerd in het "Actieplan voor Geestelijke Gezondheid 2013-2020" dat door de WGO wordt gepromoot en maakt deel uit van de doelstelling 3 van de Verenigde Naties Duurzame Ontwikkeling, "Goede Gezondheid en Welzijn".
Ik wil ook de waardevolle bijdrage benadrukken van HERO aan de uitwisseling tussen burgers, gebruikers van de dienst en hun gezinsleden, geestelijke gezondheidswerkers, belanghebbenden en maatschappelijk werkers, in het bouwen van een geïntegreerde weg naar een levenskwaliteit op basis van welzijn en sociale integratie, in tegenstelling tot stigma en marginalisatie.
Ik geloof dat dit eerste tastbare product van het HERO-project, gepromoot en gecoördineerd door het ministerie van Geestelijke Gezondheid van ASL ROMA 2, de belangstelling van mensen uit diverse disciplines, die betrokken zijn bij het uitvoeren van het systeem van het Huisvestingsschema voor geestelijke gezondheidsgebruikers, zal opwekken.
Ik wens iedereen geluk die in de vijf Europese landen waar het project wordt ingevoerd, werkt aan het realiseren ervan.

Partners



De publicatie weerspiegelt alleen de opvatting van de auteurs;
de Commissie is niet verantwoordelijk voor enig gebruik dat kan worden gemaakt van de informatie die het bevat.

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
ASL ROMA 2

HERO AANVRAGER, MET HET MINISTERIE VAN GEESTELIJKE GEZONDHEID
ITALIA
www.aslroma2.it

EN DE PARTNERS

FONDAZIONE INTERNAZIONALE DON LUIGI DI LIEGRO onlus
ITALIË
www.fondazionediliegro.com

Klinika za psihijatriju Vrapče
University Psychiatric Hospital Vrapče
KROATIË
www.bolnica-vrapce.hr

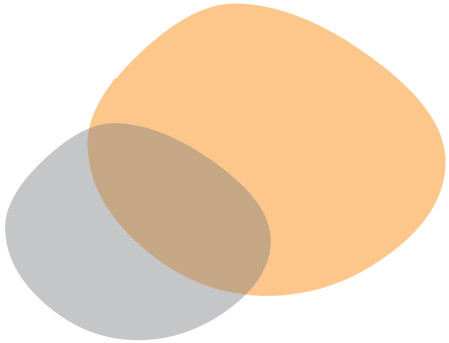
MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS
INCLUSION - INTEGRITY - INSPIRATION - COLLABORATION
SOCIAL INCLUSION THROUGH PARTNERSHIP
VK
www.expandinghorizons.co.uk

PEGODE
duurzaam verbinden
BELGIË
www.pegode.be

PEPSAEE
PanHellenic Association for the Psychosocial Rehabilitation & Work Re-Integration
GRIEKENLAND
www.pepsaee.gr

I.

HERO context



De bescherming van de geestelijke gezondheid wordt steeds belangrijker in de wereld. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft de afgelopen jaren een aantal initiatieven gelanceerd om de verschillende graden van invaliditeit onder de aandacht te brengen die door psychische aandoeningen kunnen worden gegenereerd.
Geestelijk welzijn werd volgens de WGO gedefinieerd als essentieel voor algemene gezondheid. Goede mentale gezondheid genereert persoonlijke voldoening, het vermogen om om te gaan met gewone dagelijkse spanningen, professioneel gedrag en productiviteit en een positieve bijdrage aan de gemeenschap. Om dit onderwerp de aandacht te geven die het verdient, is er overal ter wereld nog veel werk aan de winkel. Veel dingen moeten veranderen als we ongunstige trends willen omkeren en de schendingen van de mensenrechten en discriminatie tegen mensen die door psychische stoornissen en psychosociale handicaps worden getroffen willen beëindigen. Dit globaal actieplan erkent de essentiële rol die de geestelijke gezondheidszorg speelt bij het bereiken van onze algemene gezondheidsdoelstellingen. Op basis van een levenslange aanpak, die de gelijkheid beoogt door middel van universele gezondheidszorg met een klemtoon op preventie, draait het plan rond vier kernprincipes: een effectief leiderschap en bestuur op het gebied van geestelijke gezondheid; de beschikbaarheid van geïntegreerde diensten voor uitgebreide geestelijke gezondheid en van sociale diensten die voldoen aan de noden van de gemeenschap; de invoering van preventie strategieën; en de verspreiding van diepgaande informatie door het verzamelen van meer wetenschappelijk bewijs en bevordering van onderzoek. De doelstellingen van dit actieplan zijn zeker ambitieus, maar de WGO en haar Lidstaten zijn volledig toegewijd aan het bereiken van deze doelstellingen

(Mevrouw Margaret Chan, Directeur-generaal, Wereldgezondheidsorganisatie, Voorstelling van “het actieplan 2013-2020 voor geestelijke gezondheid”). Het actieplan is een aanvulling op de "Toolkit voor de juiste kwaliteit" van de WGO, waar de normen voor het ondersteunen van Huisvesting worden gedefinieerd in overeenstemming met de vijf onderwerpen van het “VN-Verdrag betreffende de Rechten van Personen met een Handicap”:

1. Het recht op een deugdelijke levensstandaard en sociale bescherming
2. Het recht op genot van de hoogste bereikbare standaard van lichamelijke en geestelijke gezondheid
3. Het recht om wettelijke hoedanigheid uit te oefenen en het recht op persoonlijke vrijheid en de veiligheid van personen
4. Vrijwaring van foltering of wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing en van uitbuiting, geweld en misbruik
5. Het recht om zelfstandig te leven en opgenomen te zijn in de gemeenschap

HERO is een project dat draait rond plaatsen: Stedelijke omgevingen zijn voortdurend onderhevig aan veranderingen en zij zijn onderling verbonden. Op deze plaatsen is het enige vaste concept dat van het idee van overgang (Esther da Costa Meyer, 2012). Housing (Huisvesting) is een Engels woord dat het feit van bewoning aangeeft en het 'ing'-suffix roept het idee van vooruitgang op: dit betekent dat bewoning geen vast concept is, maar wel verandering inhoudt en dat doet denken aan een pad, een buurt en een stad waar relaties opgebouwd worden tussen mensen die elkaar kennen of die mekaar voor de eerste keer ontmoeten.
Neuro-wetenschappelijk onderzoek onthult dat de hersenen een orgaan zijn dat leeft en groeit door relaties: Het idee van de geest en bij uitbreiding van de eigenheid dat ik naar voren wil brengen door het begrip van het uitgebreide ikzelf, is dat van een ikzelf dat zich niet binnen noch buiten de hersenen /het lichaam bevindt, maar dat zich in tegendeel voortdurend instelt tussen hersenen, lichamen en dingen en dus onherleidbaar is tot elk van deze drie elementen apart genomen. (Malafouris, 2009).

Wij geloven dat geestelijke gezondheid niet op één plaats kan worden bereikt. Na gesproken te hebben met Ronald Laing - zoals in “Crimini di pace” (1975) is vermeld - Franco Basaglia schreef: Laing .... stelt nu opnieuw voor (...) het opbouwen van een "toevluchtsoord" dat beantwoordt aan de noodzaak van een onderkomen om diegenen te beschermen die een “ander” bestaan ervaren. Dit zou een plek moeten zijn waar "andere" mensen zich zonder beperkingen kunnen uiten en waar ze leren om te leven met hun verschillen. Zolang Laing ons aanzet om ons te verzetten en te vechten binnenin de instellingen, moedigen wij hem aan om te proberen en te voorkomen dat het "toevluchtsoord " een ander soort instelling wordt, omdat het onvermijdelijk geïntegreerd zal worden in het sociale en economische gebied waarin het zal worden gebouwd ….
Hoewel dit project zich richt op het individu, bevat het geen diepgaande analyse van de politieke en sociale omgeving binnen dewelke het individu zal dienen te worden gelijkgesteld.

Het is niet juist om te veronderstellen dat er een plaats kan zijn waar patiënten genezen kunnen worden zonder enige sociale en politieke interventie: Gezondheid ligt in diversiteit, in nieuwe mogelijkheden, in het geloof in een andere toekomst.
Tussen 1950 en 1960 hebben veel Europese artsen en politici het idee overgedragen dat mentale behandeling geen langdurig verblijf in een psychisch ziekenhuis nodig had ... Zij waren tegen de ouderwetse psychiatrische afdelingen, omdat ze deze als "Anti-therapeutisch" beschouwden. Hun aanpak was echter vrij naïef, omdat het gericht was op het veranderen van de structuren en niet van de methoden. (Robert Hinshelwood, 2001 Directeur van de Londense Therapeutische Gemeenschap "Cassel"). Als de structuren te groot waren, werden kleinere gebouwen gebouwd; Als ze afgelegen waren van het centrum, werden ze verhuisd naar de stad.
Dit werkte echter niet. Zelfs in de kleinere centra volhardde de zogenaamde “nieuwe chroniciteit”.
HERO stelt iets anders voor: het laat iemand toe te leven met en ondanks zijn/haar lijden, met het besef van de verschillen, en om geïntegreerd te worden in een netwerk van relaties ontstaan op plaatsen die ontworpen zijn om de geestelijke gezondheid te verbeteren (gemeenschap, appartementen met aangepaste inrichtingen, enz.) en zijn gebaseerd op sociale voorzieningen (culturele centra, theaters, recreatiecentra, enz.), op therapeutische activiteiten binnen de inrichtingen (zoals meerdere gezinsgroepen) en externe groepen (zoals “Stemmenhoorders”, muziekevenementen, sportevenementen, enz.), op werk (volgens persoonlijke vaardigheden en gelegenheden). Zij bevorderen de vrijwilligersdienstn om de moeilijkheden te helpen oplossen om relaties en communicatie op te bouwen met mensen die over het algemeen beschouwd worden als "onvoorspelbaar" en "anders". Op te merken valt dat deze plaatsen onderling verbonden, toegankelijk, bewoonbaar en veranderbaar zijn. Het zijn plaatsen waar iedereen zich welkom, gerespecteerd, niet beoordeeld of gestigmatiseerd voelt, en zich ervan bewust kan worden dat geestelijke gezondheid (en niet alleen dat) een status is die kan verkregen worden als iedereen betrokken is, omdat het iedereen erbij betrekt.
Wij zijn ervan overtuigd dat het omliggende gebied strikt verbonden moet zijn met de “plaatsen” waar de patiënten verblijven: deze plaatsen moeten altijd beschouwd worden ten opzichte van de omliggende omgeving.
Al in 1994 bevestigde Marc Augé dat "Het noodzakelijk is om de beperkende opvatting van hele culturen te overwinnen aangezien onafhankelijke entiteiten verplichten tot samen bestaan." We moeten een systeem bouwen om een nieuw taalgebruik te vinden dat niet de som is van verschillende talen, maar liever een die een nieuwe cultuur produceert die geïnspireerd is op sociaal welzijn en psychische gezondheid.
Dit is ons doel.

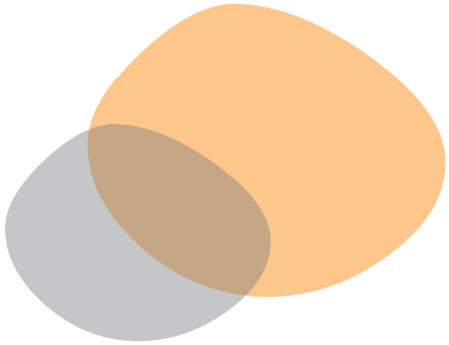
II.

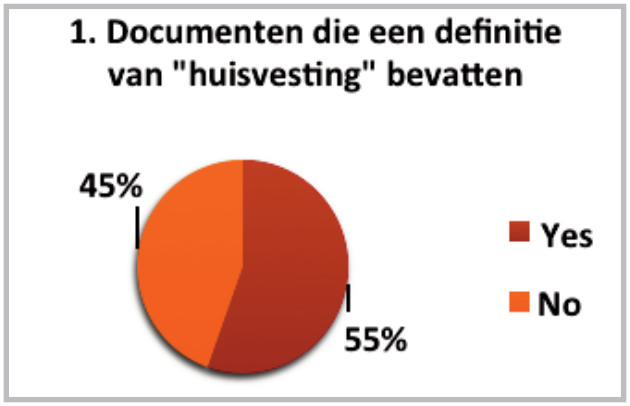
De doelgroeplezer

Het e-Boek is een bijdrage aan het verspreiden van onze ervaringen en ideeën over Huisvesting voor mensen met geestelijke gezondheidsproblemen.
De doelgroeplezer is iemand die rechtstreeks of onrechtstreeks geestelijke gezondheidsproblemen heeft ervaren, evenals iedereen die in dit gebied werkt.
Het doel van het e-Boek is om te verduidelijken wat Huisvesting betekent op het gebied van geestelijke gezondheid, de oorsprong ervan, de huidige ontwikkeling, de grenzen en het grote potentieel ervan.
Lezers kunnen Huisvesting leren kennen en erachter komen hoe zij actief betrokken kunnen zijn om onze maatschappij meer en meer integrerend te maken.

III.

Definitie Huisvesting





Internationale literatuur biedt veel termen om de plaatsen, de projecten en de aard van de routes te definiëren die bedoeld zijn om mensen met een psychische handicap te huisvesten. Een paar artikels onderzoeken de moeilijkheden opgewekt door gedeelde terminologie. Om alle verwarring te voorkomen die door dergelijke moeilijkheden kan ontstaan, werden een aantal schema's aangeboden waarvan men denkt dat ze passen bij realistische situaties.

Gemeenschappelijke basis:
Ongeacht de namen die gegeven worden aan de plaatsen waar mensen leven, is het opmerkelijk dat deze plaatsen gelegen zijn langs twee hoofdassen aan de uitersten van dewelke we de woorden vinden:

- Autonomie – Afhankelijkheid;
- Bescherming – Ontbreken van beperkingen.

Sommige auteurs beweren dat langs deze routes hulp en ondersteuning van verschillende soorten en afmetingen kunnen verstrekt worden. In andere woorden stellen zij twee aanvullende acties voor:

- Patiënten aanmoedigen om van instellingen naar normale huizen te verhuizen;
- Algemene acceptatie stimuleren van en raamwerken ondersteunen waarin gehandicapten geïntegreerd kunnen worden in de samenleving.

Verschillende verhalen:
Casusliteratuur bevat twee grote categorieën van projecten, wetten en financiering. Ze

geven verschillende antwoorden op de Huisvestingsnoden van mensen met een ervaring met geestelijke gezondheidsproblemen.

• Het model HOUSING FIRST (HUISVESTING EERST) draait rond het concept van het hebben van een woning als een recht voor iedereen, zelfs een prioriteitsvereiste. Pas na het bekomen/ het kiezen / het hebben van een woning, kan de persoon die erin woont (deze omschrijvingen zijn vaak afkomstig van personen die dakloos geweest zijn) aandacht besteden aan zijn of haar gezondheids-, psychiatrische, sociale en juridische noden. In al deze gevallen onderstrepen de auteurs het belang van het scheiden van het begrip 'Huisvesting' van deze van 'zorg' en 'rehabilitatie'. Daarom wordt het project "Huisvesting als Huisvesting," dat de patiënten de vrije keuze garandeert, gezien als een versterking van hun zin voor verantwoordelijkheid en het vermijden van gevoelens van afhankelijkheid van instellingen.

• Het model geïnspireerd door STAP VOOR STAP HUISVESTING is gebaseerd op het proces van de-institutionalisering voor de patiënten die in de psychiatrische afdelingen opgenomen zijn, en streeft naar geleidelijke afname van de hulp door middel van een "zorgcontinuüm" in structuren waar de onafhankelijkheid geleidelijk wordt verhoogd en de bewaring geleidelijk wordt versoepeld.

Deze modellen ontstaan uit verschillende conceptuele en historische standpunten. De eerste wordt gegenereerd door de noodzaak om de problemen van de daklozen onder ogen te zien, terwijl de andere opkomt uit de wil om iatrogene kwesties van instellingen te overwinnen. Echter, sindsdien hebben ze verdere ontwikkelingen ondergaan.
Een aantal auteurs geven een goede bijdrage aan de terminologie, die drie hoofdcategorieën onderscheidt:
BEWARENDE HUISVESTING: Gezondheidsperoneel dat altijd beschikbaar, in controle en klaar is om te zorgen voor inwonende patiënten.
ONDERSTEUNENDE HUISVESTING: Groepen - Appartementen met inwonend personeel dat rehabilitatieprogramma's uitvoert met inwonende patiënten: Het personeel bepaalt de regelingen over "waar en bij wie".
ONDERSTEUNDE HUISVESTING: Onafhankelijke woningen, gekozen door degenen die daar wonen, en niet- inwonend perso-

neel met faciliterende functies. Inwoners hebben de vrije hand in besluitvorming.
In deze definities wordt gezien dat, vooral in de VS, de parameters die als belangrijk en variabel worden beschouwd, hoofdzakelijk betrekking hebben op besluitvormingsbevoegdheden, de functies van het personeel en de wisselende rol van de gebruiker.
Niettemin zijn er in de Angelsaksische wereld verschillende betekenissen voor dezelfde termen: in het Verenigd Koninkrijk bevat de definitie van Ondersteunde Huisvesting ook kenmerken van Ondersteunende Huisvesting, waar het personeel 24 uur per dag aanwezig is.
Casusliteratuur bevat kritieken op de methodes, maar ze zijn vaak controversieel, aangezien zij als het beste model bevoordelen datgene die onder hun definitie valt. Een voorbeeld hiervan wordt gegeven door twee tegengestelde begrippen: 'Ondersteunde huisvesting' (gebaseerd op het idee van "Huisvesting eerst," en flexibele ondersteuning geven aan de persoon die in hetzelfde appartement woont) versus 'Continuüm Aanpak' (geïnspireerd op het 'stap-per-stap' concept, met gebruikers die naar appartementen verhuizen die voorzien zijn van verschillende ondersteuningen volgens hun geestelijke gezondheidstoestanden).

Binnen het gevarieerde concept van Ondersteunde Huisvesting rapporteren sommige artikels dergelijke definities als: Residentiële zorg, flexibele outreach, Huizen met bijstand, huizen met faciliteiten.
Hierbij volgen de algemene normen die in aanmerking worden genomen bij het onderscheiden van Huisvestingstypen:
Type eigenaar (eigendom, verhuur, gezinseigendom, eigendom van instellingen die hulp verlenen, enz.)

- Voorziening van gecentraliseerde diensten
- Persoonlijke levenssfeer wordt gegarandeerd
- Geleverde bijstand (op aanvraag, op afspraak, frequente ondersteuning, gestage bewaking, enz.).

IV.

Een behoefte aan gedeelde indicatoren

De collectieve ervaringen van de HERO-projectpartners hebben de behoefte aan een gedeeld taalgebruik onthuld. De eerste tien maanden van het werk uitgevoerd door het HERO-team hebben deze noodzaak bevestigd. Indicatoren verschillen aanzienlijk in de verschillende EU-landen, die hun eigenaardigheden weerspiegelen. Toch is het nodig voor degenen die betrokken zijn bij huisvestingsprojecten om overeenstemming te bereiken over een aantal gemeenschappelijke indicatoren om gemakkelijk informatie te vergelijken over lopende activiteiten en behaalde resultaten, zowel op nationaal als op Europees niveau.

Vandaag lijkt dit waarschijnlijk haalbaar. De indicatoren die in dit e-Boek worden genoemd, zullen de weg effenen naar een enquête, waarvan wij hopen dat ze de huisvestingsprojecten in de Europese landen zal verbeteren.

V.

Selecteren van indicatoren

Het kiezen van de indicatoren voor Huisvestingsprojecten is geen gemakkelijke taak geweest. We werden geholpen door de enquête uitgevoerd in partnerlanden, een enquête die de analyse van casusliteratuur heeft geïntegreerd met de ervaringen die door de belangrijkste belanghebbenden van de Huisvestingsprojecten zijn gerapporteerd.

Wij vinden ook dat indicatoren kunnen worden gebruikt om Huisvestingsprojecten te verbeteren via flexibele, doch gecodificeerde routes, en diensten op basis van individuele factoren kunnen creëren.

Analyse van casusliteratuur heeft de benodigde tools verstrekt om een privéprobleem om te zetten in een hulpbron die kan gedeeld worden.

We hebben ongeveer 150 indicatoren gedetecteerd die onderverdeeld zijn in tien sleutelgebieden.

VI.

De aanpak van informatie verzamelen

Sleutelgebieden Literatuurstudie en focusgroepen

Om macro-gebieden van analyse van Huisvestingsliteratuur en focusgroepen op te sporen, heeft het departement van Geestelijke Gezondheid van het multidisciplinaire team van ASL ROMA 2 het volgende uitgevoerd:

• Exploratieve focusgroepen binnen het Hero-team, om hun jarenlange ervaring op dit gebied te delen;
• Een "uitpluizen in de diepte" van gespecialiseerde literatuur, met de analyse van ongeveer tien wetenschappelijke artikelen, die zowel in verschillende landen theoretische en praktische ervaringen op het terrein bevatten, voornamelijk gericht op geestelijke gezondheid, maar die ook dieper ingaan op andere gebieden van Huisvesting, zoals projecten voor daklozen.

De sleutelgebieden werden gegenereerd door vergelijkende ervaringen tussen partners en door een specifieke analyse van casusliteratuur. Ze bieden een referentiepunt voor bibliografisch evaluatie werk en focusgroepen.

De compilatie en analyse van de verzamelde informatie laat het ASL ROMA 2-team toe om de opbouw/opsporing te bekomen van sleutelgebieden van informatie die later gebruikt moet worden, voor inhoudelijke analyse van focusgroepen die uitgevoerd werd in de verschillende landen die betrokken zijn bij het project, en voor het analyseren van een breder scala aan internationale artikels en wetenschappelijke bestanden.

Het Hero-project maakt gebruik van de sleutelgebieden om de door de directe betrokkenen van de Huisvestingsprojecten (focusgroep) verzamelde informatie te integreren met de informatie op basis van casusliteratuur. De aanpak is gebaseerd op persoonlijke ervaringen die andere internationale gevallen over het onderwerp weerspiegelen.

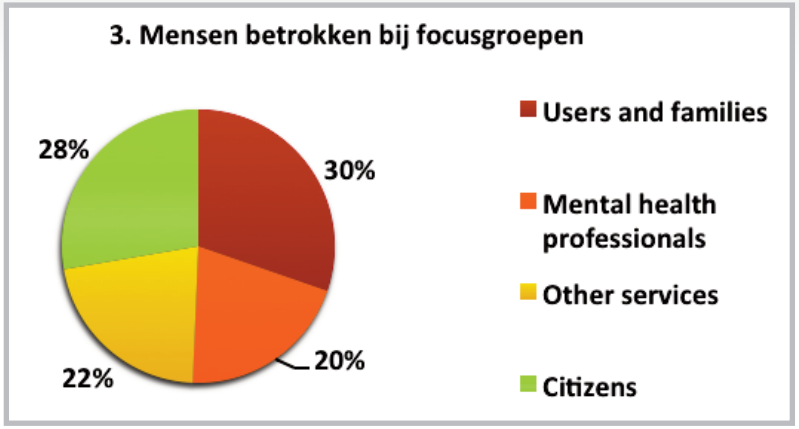
Deze sleutelgebieden vertegenwoordigen de meest relevante gebieden - zowel theoretisch als praktisch - voor succesvolle Huisvestingsresultaten. Om dezelfde reden worden ze beschouwd als een benchmark voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren.

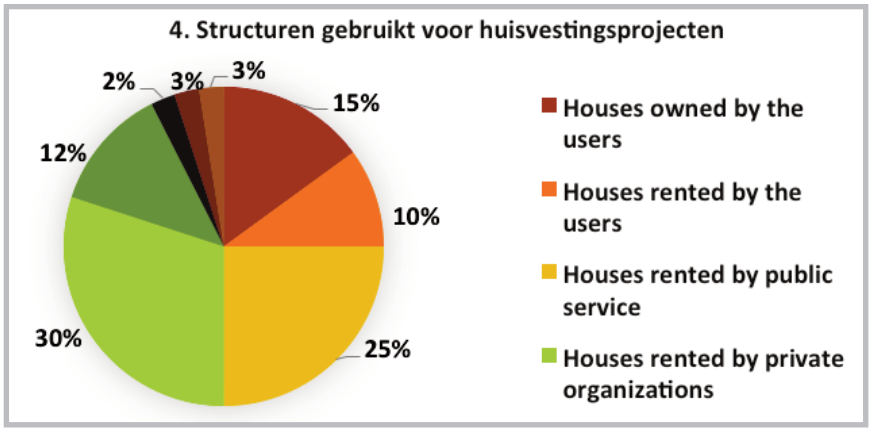
Gezien de volgende opsporing die door de focusgroepen van de verschillende landen worden geleverd die betrokken zijn bij het project en door de analyse van vijfenzestig internationale artikels en bestanden over 'Huisvesting', wordt de wetenschappelijke pragmatische relevantie van de sleutelgebieden als degelijk beschouwd.

De gegevens afkomstig uit de casusliteratuur werden geïntegreerd om de evaluatie van de mate van bruikbaarheid van de indicatoren en het niveau van geschiktheid voor verschillende contexten en doelstellingen toe te laten.

Als gevolg hiervan is een nieuw sleutelgebied ontstaan: dat van het beleid dat het werk op dit gebied begeleidt. Dit beleid bevat aanzienlijke beperkingen en aanzienlijke middelen, te beginnen bij het aanbieden van woningen. In de toekomst zal het projectteam een publicatie uitgeven die zich richt op de analyse van het beleid. Het is een enorm onderwerp dat de uitvoering van tal van andere middelen vereist.

A. Focusgroepen. Algemene informatie





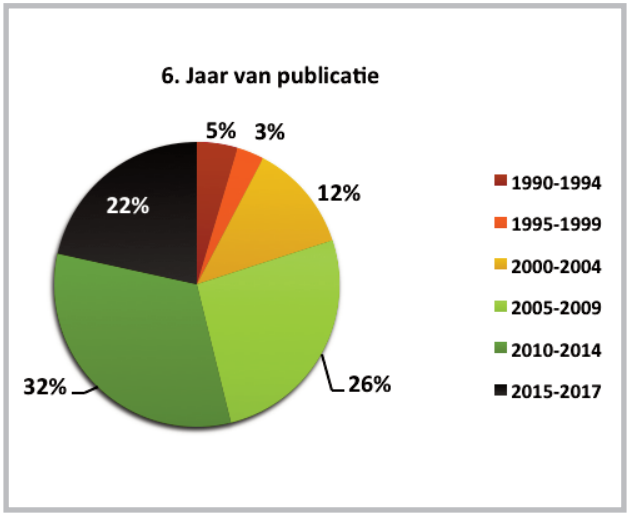
Vijfentwintig focusgroepen werden samengesteld tussen de partnerlanden - Italië (Rome), Griekenland (Athene, Korydallos), Kroatië (Zagreb), België (Gent, Lier, Bornem) en het Verenigd Koninkrijk (Liverpool) waardoor 249 mensen betrokken zijn waaronder gezondheidswerkers, andere belanghebbenden, gebruikers en hun gezinnen en burgers.

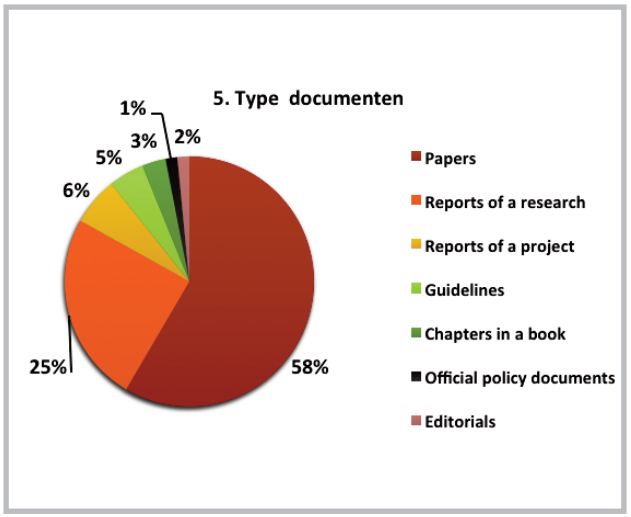
Sommige mensen die betrokken zijn bij de focusgroepen, zijn bezig met een Huisvestingsproject. De mensen die betrokken zijn bij een Huisvestingsproject werden gevraagd over het type Huisvesting.

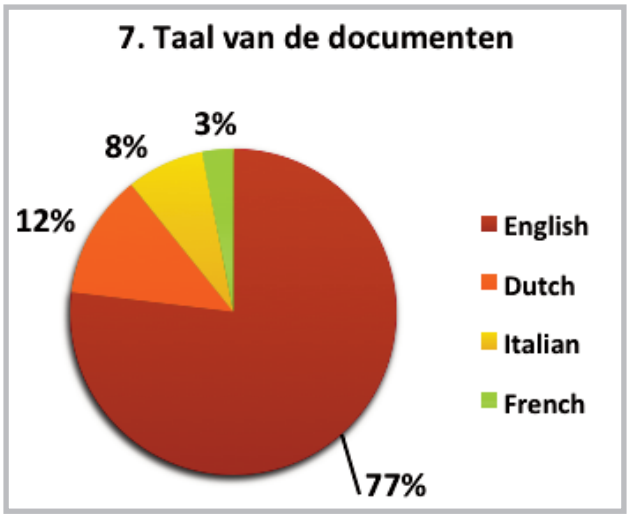
De Huisvestingsprojecten, waarin deze mensen betrokken zijn, zijn voornamelijk ondersteunend en ondersteund. In Italië wordt in een geval ook de bewarende aanpak gemeld. In België worden ook mobiele ondersteuning, nieuw formats en verschillende modellen gemeld. In Kroatië en het Verenigd Koninkrijk worden alle benaderingen - bewarende, ondersteunende en ondersteunde - gebruikt.

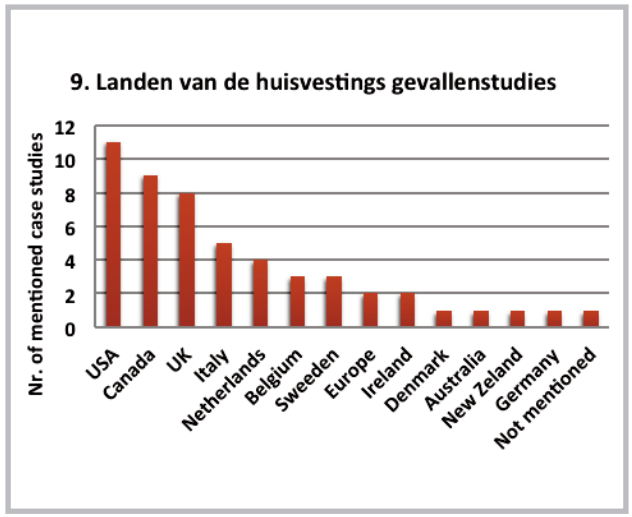
B. Beoordeling. Algemene informatie

Vijfenzestig internationale documenten, gepubliceerd in de laatste dertig jaar, werden grondig geanalyseerd.









VII.

Tien sleutelgebieden:

Creatie van een taalgebruik dat binnen de huisvestingsprojecten kan gedeeld worden

Het HERO-project streeft naar het bevorderen van een gemeenschappelijk taalgebruik dat kan worden gedeeld door iedereen die betrokken is bij Huisvestingsprojecten voor mensen met psychosociale handicaps.
Indicatoren werden gegroepeerd in tien sleutelgebieden, die een Huisvestingsproject samenstellen.

De sleutelgebieden en hun indicatoren vormen de eerste stap naar een systematische kennis van Huisvestingsprojecten.
De volgende sleutelgebieden zijn degene die het meest in ons onderzoek zijn voorgekomen, maar dit is geen uitputtende lijst.
HERO heeft de volgende sleutelgebieden geselecteerd:

1. EVALUATIEPROCES VAN DE GEBRUIKERSVAARDIGHEDEN
2. LOKALE CONTEXT MIDDELEN
3. CASEMANAGER / ORGANISATIESTRUCTUUR EN NETWERK VAN DE MENTALE GEZONDHEIDSDIENSTEN VAN HUISVESTING
4. EVALUATIE VAN DE VERTEGENWOORDIGINGEN, WAARNEMINGEN, MOTIVATIES EN TEVREDENHEID VAN GEBRUIKERS
5. FLEXIBILITEIT/KLINISCH BESTUUR / COMMUNICATIE EN COÖRDINATIE
6. VERANTWOORDELIJKHEID EN BESLUITVORMING VAN GEBRUIKERS
7. VRIJWILLIGERSSYSTEEM EN BURGERMAATSCHAPPIJ
8. LEVENSLANG LEREN
9. MIDDELEN VOOR HUISVESTING
10. IMPACT EVALUATIE

Elk van de tien sleutelgebieden bevat het resultaat van de analyse die door literatuur en focusgroepen werden uitgevoerd. Elk sleutelgebied weerspiegelt een specifieke lijst van indicatoren. We onthouden dat indicatoren werden opgespoord door middel van een bottom-up methode toegevoegd aan een top-down methode. Het zijn geen theoretische indicatoren, maar ze werden gegenereerd door de echte behoeften van gebruikers en door hen die min of meer rechtstreeks aan het project deelnemen. Wij herinneren er ook aan dat zij actief bijgedragen hebben aan de werkzaamheden die werden uitgevoerd op de Huisvestingsindicatoren. Vier HERO-doelgroepen werden geselecteerd: Gebruikers en hun gezinnen; Lokale gezondheidsdiensten; Werknemers van niet-gezondheidsagentschappen; Bewoners.

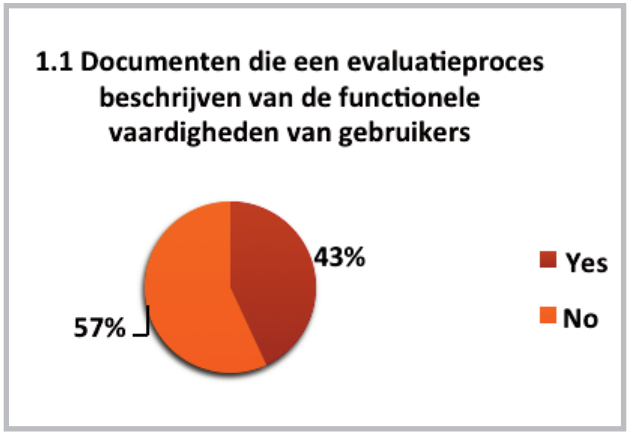
VIII.

Leutelgebieden en indicatoren

Samenvatting van de informatie afkomstig uit de literatuurstudie en de focusgroepen

1. EVALUATIEPROCES VAN DE GEBRUIKERSVAARDIGHEDEN

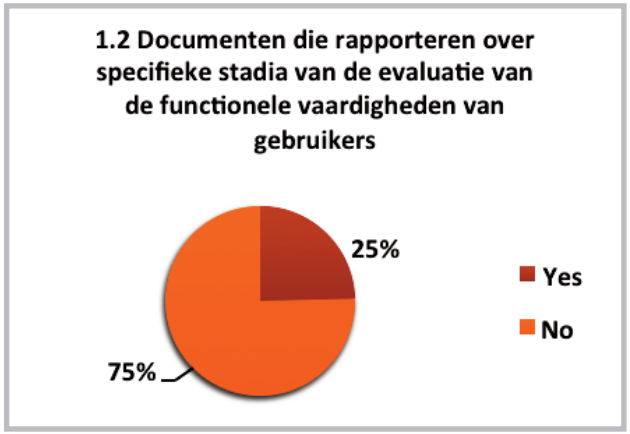
Een centraal element dat gerapporteerd wordt in casusliteratuur is de evaluatie van gebruikerscompetentie en -behoefte in verband met huisvestingsprojecten. De evaluatie wordt niettemin beïnvloed door de verschillen tussen een "Housing first" benadering en een aanpak gebaseerd op stijgende niveaus van autonomie die door een "continuüm" worden bereikt.



In het eerste geval is het de bedoeling om het type ondersteuning te begrijpen die nodig is om de maximale mate van onafhankelijkheid van de gebruikers te waarborgen, zodat ze de hoogste mate van tevredenheid kunnen bekomen en van de beste waargenomen kwaliteit van hun leven kunnen waarnemen, door te starten met het scheiden van het begrip 'woning' van 'genezen'.
In het tweede geval is het de bedoeling om de keuze van de best mogelijke accommodaties aan te moedigen in termen van het type structuur, de mate van de verstrekte ondersteuning en de categorisatie van de overige bewoners, voor zover dit mogelijk is. Helaas is het moeilijk om een adequaat aanbod aan oplossingen te bieden om aan de vele en gevarieerde gebruikersbehoeften te voldoen, evenals de omvangrijke verzoeken met betrekking tot de middelen, zoals ze beschikbaar komen.
De noodzaak werd benadrukt om zorgvuldig te analyseren waarom gebruikers - en / of

hun gezinsleden - geneigd zijn om meer of minder te kiezen voor onafhankelijke huisvestingsituaties.
Volgens de geanalyseerde gevallen moet een aantal aspecten worden geëvalueerd, waarvan de combinatie een verscheidenheid aan gebruikersprofielen en de verschillende aanverwante behoeften biedt:

- Intellectueel functionerend niveau zoals gemeten door het I.Q.
- Adaptieve mogelijkheden.
- Het vermogen om te gaan met dagdagelijkse intellectuele vaardigheden (begrip van gesproken en geschreven taal, vermogen om geld te beheren, begrip van een tijdschema); sociale vaardigheden (interpersoonlijk contact, verantwoordelijkheidszin), basis- en praktische vaardigheden, alles om het niveau van hulp te evalueren die nodig is om dagelijkse taken uit te voeren.
- Sociale interactie, gebaseerd op het principe dat elkeen deelneemt naar eigen vermogen.
- Lichamelijke en geestelijke gezondheid.
- Sociale en economische omgeving, sociaal netwerk, sociale en economische conditie.



Een ander aspect dat in aanmerking moet worden genomen, betreft het niveau van tevredenheid die door gebruikers, hun familieleden en het personeel wordt bereikt. Er werd opgemerkt dat de meest significante niveaus van subjectieve tevredenheid beoordeeld werden in gevallen van genezing meer dan bij gevallen van afname van symptomen.

Hoewel de noodzaak voor een eerste beoordeling wordt erkend, is er geen consensus over de frequentie van de monitoring, maar algemeen gezien varieert dit van elke twee weken tot elke drie tot zes maanden.

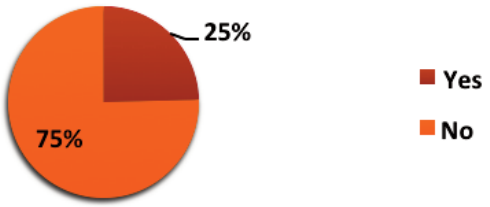
Evaluatie- en monitoringdiensten worden voornamelijk uitgevoerd door Geestelijke Gezondheidsdiensten (Mental Health Services) evenals door ondersteunende organisaties.

De behoefte aan structuren en huizen voorbehouden voor gebruikers wordt beschouwd als een specifieke functie van de lokale overheden die het lokale beleid invoeren.

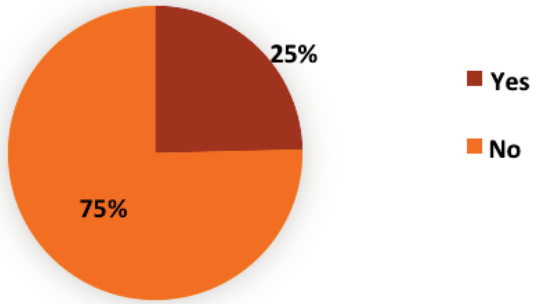
Met betrekking tot het nut van monitoring, met inbegrip van vaardigheden en gebruikerstevredenheid, beweren tal van studies, in het licht van de programmatie van tussen-

komsten, dat het te verkiezen is om ondersteuningssystemen op te zetten in plaats van op maat gemaakte Huisvestingsoplossingen, omdat er in deze laatste een grotere kans bestaat dat dergelijke oplossingen te beperkend of hulpgericht zijn.
Volgens sommige studies biedt de traditionele psychiatrische aanpak van Huisvesting geen gedegen hulpmiddelen aan voor een zelfstandig leven, dat alleen in een zelfstandige omgeving kan worden verkregen, aangezien de traditionele methode neigt naar een totale controle van het leven van gebruikers.
De perceptie van levenskwaliteit is gekoppeld aan tal van factoren, zoals de verbljfsduur in hetzelfde huis, het gevoel van stabiliteit die het biedt, goede sociale integratie en meer algemeen de kenmerken van de buurt.
Sommige auteurs benadrukken het belang dat gebruikers toegang hebben tot psychologische ondersteuning en relaties aanknopen met leeftijdsgenoten om ervaren te worden in de dagdagelijkse levensvaardigheden evenals de relationele.
Het is interessant om te observeren hoeveel deelnemers aan de focusgroepen de noodzaak voor een gedegen beoordeling onderstrepen van de motivatie en vaardigheden die nodig zijn om met andere mensen te kunnen samenleven. Het probleem draait om zelfbeschikking en het vermogen om hun eigen leven te beheersen, voornamelijk met betrekking tot de keuze van mensen om mee samen te leven.

1.3 Documenten met specifieke structuren / organisaties die hebben gerapporteerd over de evaluatie van functionele vaardigheden van gebruikers



1.4 Of er voor deze evaluaties een specifieke methode of gereedschap gebruikt wordt



1.5 Type methode/gereedschap gebruikt voor deze evaluaties

HoNos Schalen voor de resultaten van de Gezondheid van de Natie	Lehaman's Schaal Levenskwaliteit
VADO Valutazione di Abilità Definizione di Obiettivi	RIBW
WHOQOL-BREF	SAMSHA/CMHS SMI enquête
LSP Profiel Levensvaardigheden	PHI De fysische gezondheidsindex
CAN Camberwell Evaluatie van Behoefte	Evaluatie van het Sociaal Netwerk bij het eerste interview (T1)
WHO-DAS II Schaal voor Evaluatie Handicap II	Deelnemers hebben een Aanpassing aan de Evaluatie van leven in gemeenschap afgerond
POE - COPES	Evaluatie van de Huisvestingsomgeving tijdens het eenjarig follow-up interview (T2)
MANSA - PGCMS	Madison Assertief programma van de gemeenschapsbehandeling
QUIS Kwaliteit van het interactieplan	Lancashire Kwaliteit van het Levensprofiel LQOLP
SOM Korte Observatie Methode	Korte Psychiatrische Beoordelingsschaal BPRS
Speciaal formulier gecreëerd in Ierland	Functionele schaal Globale beoordeling GAF
NCA Evaluatie Zorgnoden	AAMR - Model voor de evaluatie van ondersteuningssystemen
IQ	Externe Integratieschalen
RS score	Evaluatie Sociale Integratie Gemeenschap
SF 12 Vragenlijst Gebruikerservaringen van stigma	

Gezondheidswerkers stellen dat een kritieke situatie zich voordoet wanneer - in plaats van een evaluatie aan te moedigen - keuzes vooral zijn gebaseerd op de noodzaak om gebruikers te "plaatsen", ongeacht de beschikbaarheid van passende oplossingen. Inwoners zonder eerdere ervaring met Huisvesting, kunnen onder meer neigen naar een bezorgdheid met de nieuwe "buren" en worden bezorgd over hun rust en veiligheid te wijten aan het stereotype van het onvoorspelbare en potentieel agressieve karakter van de mentaal gehandicapte.

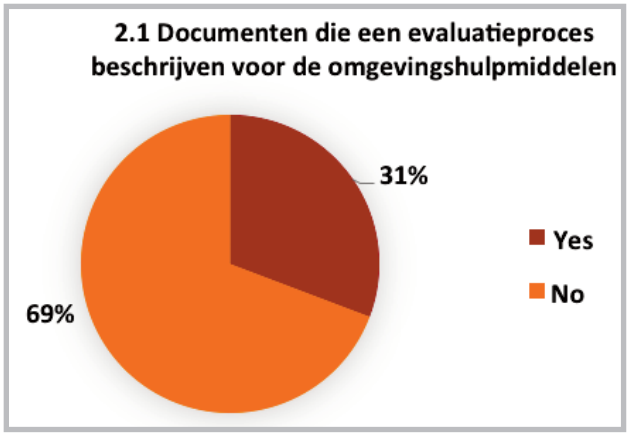
EVALUATIEPROCES VAN DE GEBRUIKERSVAARDIGHEDEN
INDICATOREN

1. Is er een voorbereidende GEBUIKERS-fase gepland alvorens een Huisvestingsproject te activeren?
2. Is samenwerking met gebruikers gepland in geval van toekomstig samenwonen?
3. Zal een interventieteam operationeel zijn om crisissen aan te pakken?
4. Is samenwerkingsverbanden met gezinnen gepland?
5. Zullen sociale en relationele vaardigheden worden bevorderd?
6. Beschikken Huisvestingsfaciliteiten over vooraf vastgestelde verblijfsperiodes?
7. Worden de persoonlijkheden van de gebruikers in aanmerking genomen voor samenwoning?
8. Wordt er rekening gehouden met de noden, de mogelijkheden en de verwachtingen van de gebruikers?
9. Kunnen gebruikers betrokken worden bij het plannen van hun dagdagelijkse leven?
10. Hebben gebruikers de mogelijkheid om hun huis te kiezen?
11. Wordt niet-professionele ondersteuning aangemoedigd?
12. Bevoordelen Huisvestingsprogramma's jongeren?
13. Is er een "gezonde nieuwsgierigheid" vanwege de buren?
14. Is er een de-institutionaliseringsprogramma namens het Psychiatrisch Ziekenhuis?
15. Zijn er regelmatige bijeenkomsten onder de sleutelfiguren die betrokken zijn bij het Huisvestingsproject om updates te geven over de vaardigheden van gebruikers?
16. Wanneer gebruikers voor het eerst toegang krijgen tot het Huisvestingsproject, worden hun vaardigheden geëvalueerd binnen een netwerkraamwerk?

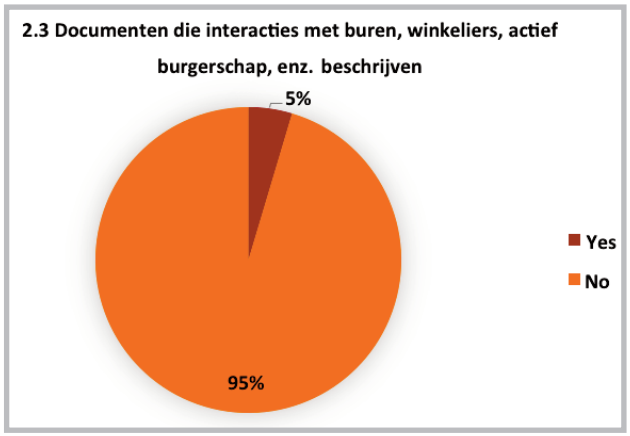
2. LOKALE CONTEXT MIDDELEN

Volgens de casusliteratuur hebben huizen, omgeving en wijk een invloed op de geestelijke gezondheid. Het leven in onaangepaste plaatsen wordt geassocieerd met onaangepast gedrag, terwijl betere accommodaties verbonden worden met lagere niveaus van psychologisch lijden; Als mensen trots zijn op hun eigen omgeving en Huisvestingsfaciliteiten, zullen ze deze veel beter behandelen. Er zijn studies die beoordelingsschalen aanbieden uitgevoerd door opgeleid personeel voor Huisvestingsfaciliteiten en wijken.

Eén beoordelingscriterium beschouwt de wensen en gevoelens van mensen over hun huizen, of ze zich veilig voelen, als hun huis alle benodigde apparatuur heeft en wat hun tevredenheidsniveau is. De huislocatie dient in overweging te worden genomen, aangezien het onafhankelijkheid, veiligheid, sociale integratie en gevoel van toebehoren kan beïnvloeden.

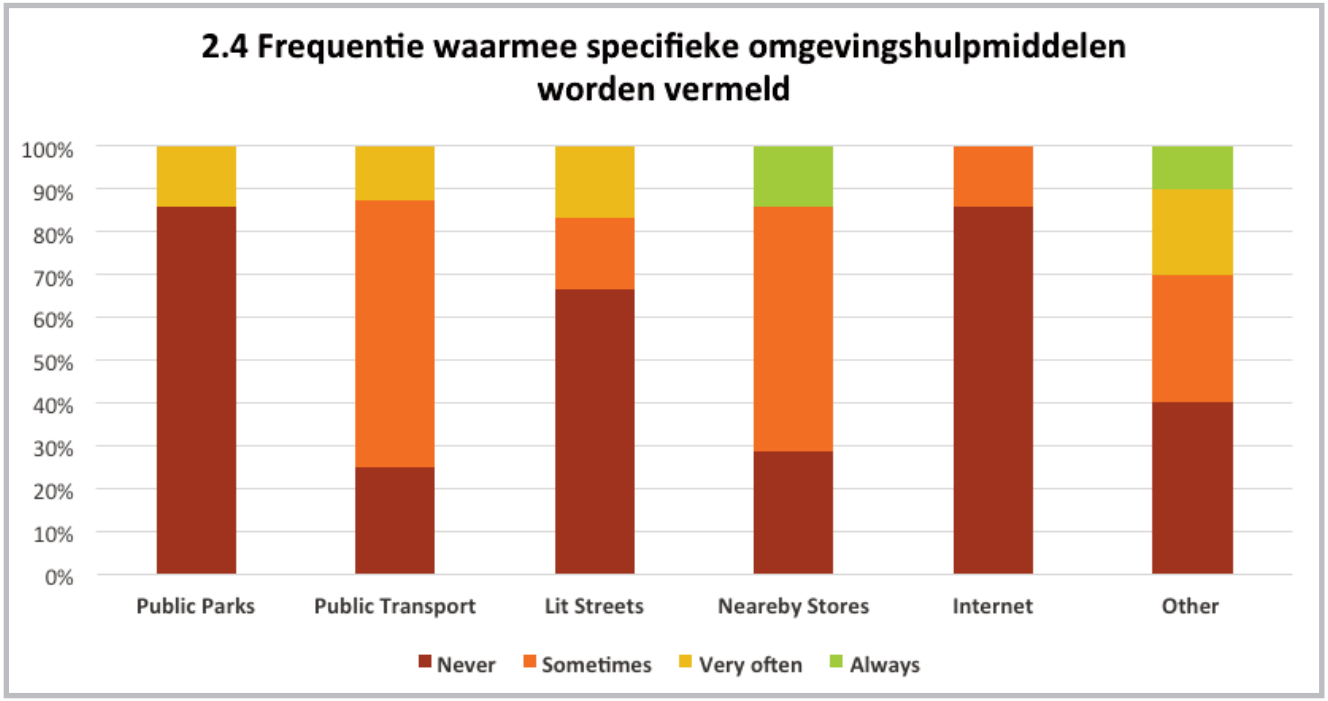


Actie op gemeenschapsniveau wordt voorgesteld om de tolerantie voor diversiteit en handicap te verhogen, en om de frequentie en kwaliteit van contact tussen buren te verhogen. In de vereiste beoordeling spelen belanghebbenden een belangrijke rol. De relatie tussen belanghebbenden, vrijwilligers en geestelijke gezondheidswerkers kan de aanstaande problemen helpen oplossen.



Een huis in de buurt van winkels, diensten, transportmiddelen- en vrijetijdsmogelijkheden helpt bij het vergroten van de sociale integratie.
Mensen leven beter en voelen zich veiliger in gemeenschappen en binnen een ondersteunend netwerk. Sommige teksten suggereren dat het belangrijk is om gebieden te vermijden die worden getroffen door een hoge criminaliteit of met lage sociale cohesie en zwak sociaal kapitaal.

Daarom onderstreept de meerderheid van de studies de ondersteunende rol vervuld door gemeenschapsontmoetingsplaatsen (supermarkten, koffiebars, restaurants, bioscopen, bibliotheken en gebedshuizen), gemeenschapsondersteuning (worden aanvaard door de gemeenschap), veiligheid (lage criminaliteitscijfers) en een woonomgeving waar er weinig andere mensen zijn die door mentale handicaps worden getroffen.



Een minderheid van auteurs verklaart dat de blootstelling van verstandelijk gehandicapte mensen aan drukke plaatsen zoals groene ruimtes het antisociale gedrag kan verhogen.

Het welzijn van de gebruikers wordt geholpen door een laag lawaainiveau, minimaal verkeer, goede buiten- en binnenverlichting, voetpaden, toegang tot vervoer en gemakkelijke toegang tot diensten.
Deze mogelijkheden – zo verklaart casusliteratuur – moedigen het verwerven van levenservaringen aan en kunnen de afhankelijkheid van gebruikers van zorgverleners verminderen. Ook belangrijk zijn problemen van persoonlijke levenssfeer, coherentie in bouwontwerp en de aanwezigheid van privé openluchtruimten.

2.5 AANDERE UITGEBRACHTE SPECIFIEKE HULPMIDDELEN

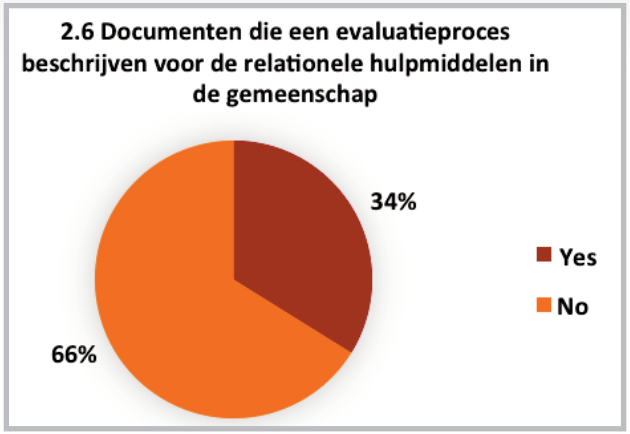
- Bouwen van buitenruimte
- Berijdbaarheid
- Diensten
- Gemeenschapscentrum
- Contactpunt algemene geneeskunde
- Voetgangerszone
- Openbare veiligheid
- Huisvestingskwaliteit
- Toegang tot openbare ondersteunende diensten.
- Huisbazen
- Veilige omgeving
- Nabije openbare ondersteunende diensten (bijvoorbeeld hospitalen)
- Verlichting
- Beschikbaarheid van vervoer en diensten

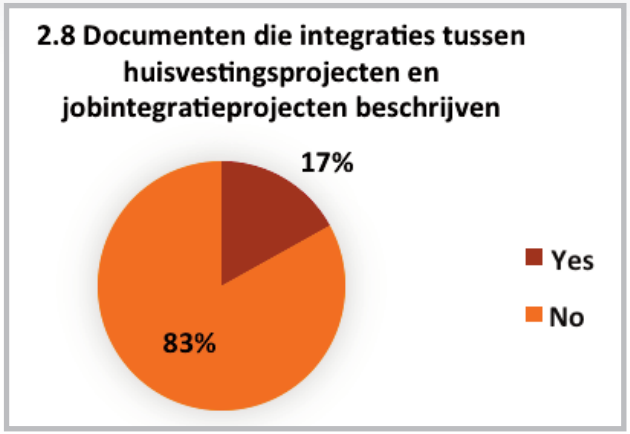
Focusgroepen laten zien dat volgens de geestelijk gezondheidswerkers de "Vriendschapsclub" belangrijk is, zelfs indien gebruikers niet vaak deelnemen.
Sommige gemeentes en lokale overheden bieden ondersteuningsdiensten (apotheken, supermarkten, restaurants) en ze onderstrepen over het algemeen de mogelijkheden die deze kunnen aanbieden, evenals het belang van vrijwilligersondersteuning. Gebruikerseigenschappen kunnen ook middelen voor anderen worden, dankzij redelijke huurprijzen en in sommige gevallen vergemakkelijken ze relaties met de buurt, hoewel vooroordelen nog steeds erg sterk zijn.
Daarom moet de voorbereiding van de omliggende omgeving nauwkeurig zijn en het zou helpen als de geestelijke gezondheidswerkers de plaats kenden. Het uitgangspunt is de wens van de gebruikers van vrijheid van keuze over waar en met wie zij willen samenleven.
Tijdens focusgroepen benadrukken de bewoners het belang van nabijheid en kennis om vooroordelen tegen te gaan door de wisselwerking aan te moedigen in de lokale gemeenschap. Hiertoe stellen zij innovatieve projecten voor, zoals samenwerkingen met universiteiten om studenten te betrekken bij gedeelde Huisvesting. Vergader- en sociale plaatsen zijn moeilijker te vinden in grote steden waar veelvuldige beveiligingsproblemen integratie kunnen belemmeren.
Binnen hun respectieve focusgroepen onderstrepen geestelijke gezondheidswerkers uit diverse instellingen het belang van het kunnen rekenen op vrijwilligers, studenten en buren. Mensen moeten echter hun tijd en ondersteuning vrijwillig willen aanbieden, en het zou handig zijn om manieren te vinden om hen aan te moedigen in deze keuze, omdat hun impact gebruikers kan helpen om zich minder eenzaam te voelen. Bovendien is het noodzakelijk om het bewustzijn te bevorderen om de integratie aan te moedigen van zo veel mogelijk mensen. Gezinsartsen - in samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg - kunnen helpen bij dit proces.

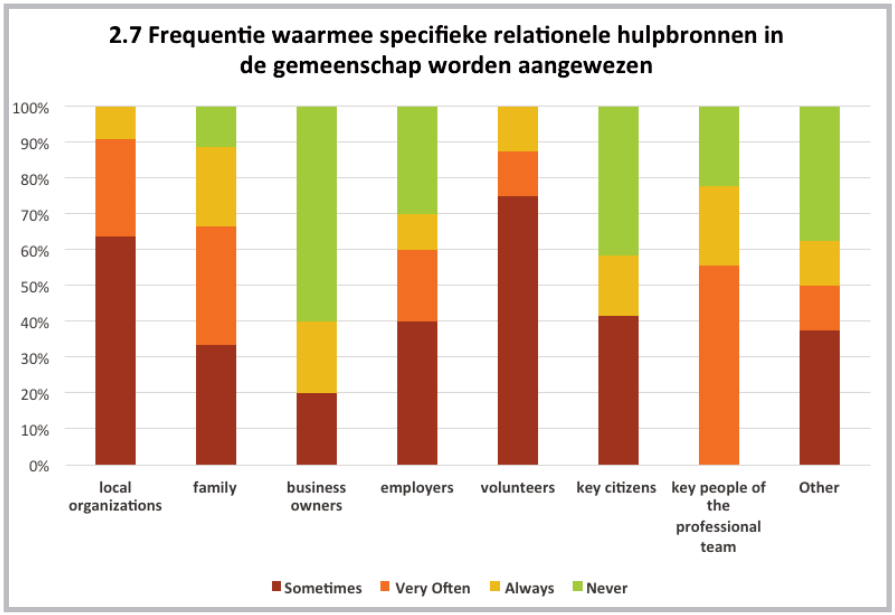
Gebruikers en gezinsleden die deelnamen aan focusgroepen hebben aangegeven dat een verbeteringspatroon in de wijk en op het grondgebied het begrip en de communicatie kan aanmoedigen. Het appartement moet verbonden zijn met het openbaar vervoer en dient zich te bevinden in een gebied met winkels en groene ruimten.
Maaltijden en activiteiten moeten ook in aanmerking worden genomen. De doeltreffendheid van externe contacten zal ook in de

Huisvestingsprojecten worden geëvalueerd. Volgens de gebruikers speelt de werkgelegenheid een fundamentele rol in hun onafhankelijkheid en verbetering van hun geschiktheden. Een baan stelt hen in staat om een relatie met de omgeving aan te gaan, als alternatief voor huiselijke isolatie, en het wordt een kans die met een zekere mate van voorzichtigheid moet benaderd worden: Sommige gebruikers beschrijven moeilijkheden en crisissen als ze te veel worden blootgesteld aan het sociaal leven.

Huurders zijn mogelijks niet in staat om de doelstellingen te onderschrijven of de betekenis te begrijpen achter de activiteiten die de beroepsmensen aanbieden die betrokken zijn bij hun gemeenschapsleven.
Zo voelen gebruikers aan dat hun behoeften verkeerd begrepen werden en in sommige gevallen hebben ze nu meer psychiatrische hulp nodig.
Gezinnen, en vooral ouders, zijn belangrijke hulpmiddelen voor gebruikers, maar beroepspersoneel moet meer hulp bieden aan gezinsleden die vaak overweldigd zijn. Essentiële omgevingshulpmiddelen (bibliotheken, openbare parken, cafés, ontmoetingsplaatsen) dienen aanwezig te zijn op de gebieden waar Huisvestingsprojecten aan de gang zijn.







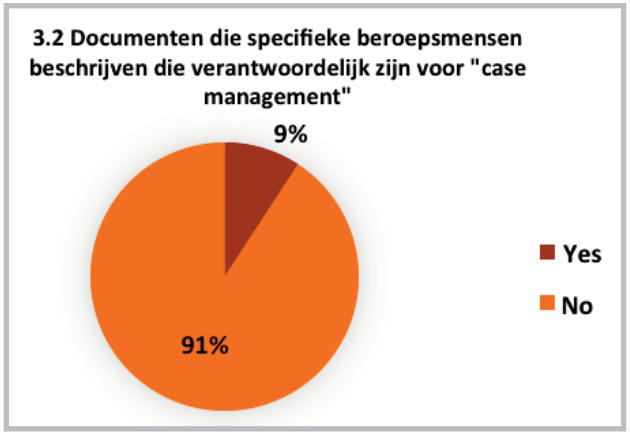
LOKALE CONTEXT MIDDELEN
INDICATOREN

1. Is het appartement gelegen dicht bij het openbaar vervoer?
2. Is het appartement gelegen dicht bij winkels en / of winkelcentra?
3. Zijn er vergaderplekken in het gebied (bijvoorbeeld huiseigenaarsverenigingen, bibliotheken, culturele, religieuze, politieke en vakbondsverenigingen, enz.)?
4. Zijn er bioscopen, musea, sport- en recreatiecentra in het gebied?
5. Zijn er groene ruimten (parken, enz.)?
6. Zijn er bewakers (bijvoorbeeld politiebureaus, politiekazernes, wetshandhaving patrouilles)?
7. Zijn er werkmogelijkheden in de omgeving?
8. Is er een lokaal project om de werkgelegenheid te ondersteunen voor gebruikers van Huisvestingsprojecten?
9. Bevoordeelt en ondersteunt de lokale overheidsadministratie de werkgelegenheid (bijvoorbeeld: "sociale restaurants" en andere professionele initiatieven die er op gericht zijn om gebruikers in te zetten)?
10. Proberen de gezondheidswerkers het stigma te verminderen door de ontwikkeling van lokale hulpmiddelen?
11. Worden relaties met de hulpmiddelen van het gebied gehandhaafd na de invoering van Huisvestingsprojecten?
12. Worden gezinnen betrokken bij de Huisvestingsprojecten?
13. Worden de bejaarde bewoners van de wijk aangemoedigd om relaties aan te knopen met gebruikers die gericht zijn op wederzijdse ondersteuning?
14. Worden gebruikers van Huisvestingsprojecten betrokken bij buurtinitiatieven?
15. Is er een mogelijkheid om universiteitsstudenten te betrekken die in het gebied wonen of studeren?
16. Zullen relaties in de wijk aangemoedigd worden?
17. Zullen de verschillen tussen de Huisvestingsprojecten van kleine gemeentes en van grote steden in aanmerking worden genomen?
18. Zal er rekening worden gehouden met de verschillen tussen wonen in een rijk gebied of in een arbeidersklasse district?
19. Zijn er angsten of bezorgdheden bij de buren over de vaardigheden van gebruikers?
20. Zijn er vooroordelen die voorkomen dat gebruikers sociaal worden geïntegreerd?
21. Wordt er een relatie aangeknoopt met lokale media?
22. Zijn er plekken om sociale contacten te onderhouden?

3. CASEMANAGER / ORGANISATIE-STRUCTUUR EN NETWERK VAN DE MENTALE GEZONDHEIDSDIENSTEN VAN HUISVESTING

Casemanagement is een psychiatrische methode die bewezen heeft van bijzonder succesvol te zijn in vergelijking met assertieve modellen. Eigenlijk vermindert het de noodzaak tot ziekenhuisopname en verbetert het de resultaten van de behandeling en versterkt het het welzijnsgevoel verbonden met Huisvestingsprojecten. Volgens sommige auteurs moet de methode ook beschikbaar worden gesteld aan mensen die zijn getroffen door ernstige psychische aandoeningen.

Een Casemanager (CM), zoals gerapporteerd in het Overzicht, voert adviesactiviteiten uit, probeert eventuele crisissen op te lossen, bezoekt de gebruikers in hun huizen, beheert hun controles en tests, overziet hun medicijnschema, werkt hun klinische profie-



len bij en als ze door andere ziekten worden getroffen, helpt hij ze om in contact te komen met hun huisarts of met andere specialisten.
Een probleem dat voortvloeit uit deze werkwijze is het risico om een soort werknemer te worden die alleen maar afspraken maakt. De Klinische Casemanager is een rol die erop gericht is om dit probleem te verhelpen, omdat hij/zij, naast het maken van afspraken, de patiënt "vergezelt".
Een stap voorwaarts wordt vertegenwoordigd door het Intensief Casemanagement (ICM) met een team dat 24 uur per dag beschikbaar is en dat minstens 6 uur verslagen per week levert.
In de Verenigde Staten wordt de ICM omgezet in de Assertieve Gemeenschapsbehandeling (Assertive Community Treatment ACT), die naast de 24-uurs beschikbaarheid ook training biedt in zelfstandig leven.
In het Huisvestingsschema wordt de Casemanager ook beschouwd als " Ondersteunend Personeel Huisvesting" en in sommige gevallen als "Ondersteunend personeel Assertieve Gemeenschapsbehandeling (ACT)".

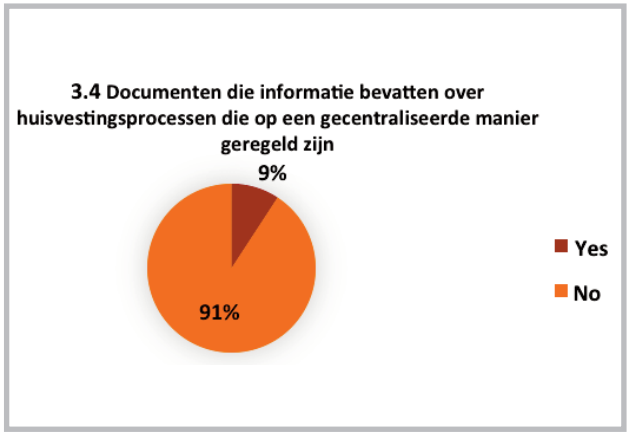
Casusliteratuur heeft aangetoond dat het moeilijk is om gezondheids- of maatschappelijk werkers te definiëren, omdat sommige auteurs beweren dat de CM ook niet-beroeps kan zijn (vrijwilliger, belanghebbende, enz.), Terwijl ACT een 24-uurs gezondheidszorgteam is dat gespecialiseerd is in kritische situaties. Andere auteurs, beschouwen anderzijds de CM strikt als een gezondheidswerker met specifieke training.

3.3 Beroepsmensen die de rol van casemanager vervullen

1. Psychologen
2. Geestelijke gezondheidswerkers
3. Maatschappelijke werkers
4. Vrijwilligers
5. Teamleden van de gemeenschap

Focusgroepen onderstrepen in het bijzonder het belang van CM training en toezicht, aangezien zij naar verwachting met problemen moeten omgaan die worden veroorzaakt door psychische stoornissen, adviseren over persoonlijke zorg, motiverende interviews uitvoeren en gezinnen ondersteunen.
Van het uiterste belang zijn de volgende elementen: Kennis van het domein, het plannen van evenementen (culturele, sportieve en recreatieve evenementen, enz.) die de sociale integratie bevorderen.

Bovendien moet de CM op de hoogte zijn van gezondheidsvoorzieningen en hoe er toegang toe krijgen. Daarom moet de CM in staat zijn om individuele, sociale, gezondheids- en werkbijstand aan te bieden. Hij moet zowel de sociale perceptie ondersteunen - wat de capaciteit inhoudt om de door de sociale omgeving gegenereerde inbrengen te ontcijferen, de capaciteit om sociale informatie te verwerken en een passend gedragspatroon te ontwikkelen om de sociale integratie te vergroten - en met geestelijke gezondheidsdiensten samen te werken om het "genezingsplan en –project" te delen met gezondheidsdiensten die hulp verlenen bij het overwinnen van verslaving, het vinden van een baan, het aanpakken van kritieke situaties 24 uur per dag en met diensten die financiële steun verlenen en met lokale overheden



Het Huisvesting ondersteunend team moet gescheiden worden van het gezondheid ondersteunend team, maar moet er nauw mee samenwerken om bewust te worden van het genezingsplan en om het te kunnen delen.
Er is een hoge vraag naar kwaliteitsbeoordeling en voor het toezicht op de Huisvestingsprocedure, zelfs als er nog geen passend instrument werd gevonden. Algemeen gezien is er een groeiend verzoek voor instrumenten om de kwaliteit van het leven te beoordelen (bijvoorbeeld: Life Skill Profile - WHOLQOL, enz.).

CASEMANAGEMENT
INDICATOREN

1. Zullen Huisvestingscoördinatoren training/vorming ondergaan?
2. Is er een casemanagement om gebruikers en hun gezinnen te ondersteunen?
3. Wordt sociale integratie aangemoedigd?
4. Moedigen de inspanningen van de casemanagement de sociale vaardigheden van gebruikers aan?
5. Is er een casemanagement om in contact te blijven met de lokale overheid over Huisvestingsvraagstukken?
6. Wordt netwerken aangemoedigd?
7. Wordt het samenleven gemonitord?
8. Is er een casemanager die bekend is met alle fasen van het programma die informatie deelt met de Huisvestingswerkers?
9. Zal er een verband bestaan tussen verschillende diensten die in hetzelfde gebied gelegen zijn (bijvoorbeeld: dagelijkse zorgcentra, gezondheidscentra)?
10. Is de casemanager een institutionele functie?
11. Is het casemanagement verantwoordelijk voor de kwaliteit van de diensten voor de gebruikers en hun gezinnen?

4. EVALUATIE VAN DE VERTEGEN-WOORDIGINGEN, WAARNEMINGEN, MOTIVATIES EN TEVREDENHEID VAN GEBRUIKERS

Casusliteratuur benadrukt hoe algemeen gezien mensen met ervaringen van geestelijke gezondheidsproblemen zeer bekwaam zijn in het afwegen van de voordelen en nadelen van verschillende levenskeuzes.

De volgende aspecten zijn bijzonder relevant bij het bepalen van de waargenomen levenskwaliteit van de gebruiker.

• Perceptie van het sociale klimaat van de wijk.
Dit suggereert dat een breed scala aan initiatieven in de gemeenschap moeten worden bevorderd om de tolerantie op het gebied van diversiteit en handicap te vergroten en om goede relaties met buren te bevorderen.

• Mogelijkheid om het meest geschikte type huis te kiezen.
Voor sommige gebruikers betekent genezing dat ze alleen kunnen leven; Voor de meeste gebruikers betekent het om te kunnen leven met belangrijke anderen.
Een betere levenskwaliteit wordt waargenomen door mensen die in staat waren om de Huisvestingsfaciliteit te kiezen die zij verkiezen, in tegenstelling tot diegenen die niet houden van waar ze wonen.
Casusliteratuur beklemtoont dat het niet mogelijk is om aan iedereen geschikte accommodaties te bieden. Het is echter belangrijk om een breed scala aan huisvestings- en ondersteuningsdiensten te hebben.

• Onafhankelijk leven.
Veel van het onderzoek toont duidelijk aan dat geestelijke gezondheidsgebruikers verkiezen om in zelfstandige woningen te leven. Zij verkiezen ook om samen te leven met een vriend of een partner en niet met andere mensen die zijn getroffen door psychische aandoeningen (dit standpunt werd ook bevestigd door getuigenissen die werden verzameld vanuit Focusgroepen)

Vanuit het oogpunt van de gebruikers is een onafhankelijk leven te verkiezen boven de traditionele Huisvestingsregelingen.

• Beschikbaar maar niet te opdringerig ondersteunend personeel ter plaatse.

Algemeen gezien, verhoogt een groter aantal betrokken beroepsmensen de perceptie van een betere levenskwaliteit. De gebruikers verkiezen echter om 24/7 te worden ondersteund door personeel dat niet bij hen in het gebouw verblijft.

Volgens de resultaten die bekomen werden in de Focusgroepen is het duidelijk dat gebruikers verwachten dat het personeel ter plaatse is en dat zij voldoende bekwaam zijn om elke vorm van psychisch ongemak te detecteren en te behandelen dat - indien niet verzacht - een hindernis kan vormen om samen te leven en dat uiteindelijk zal leiden tot het falen van het Huisvestingsproject.

• Vermogen van keuze en mate van besluitvorming bij de organisatie van hun dagelijks leven.

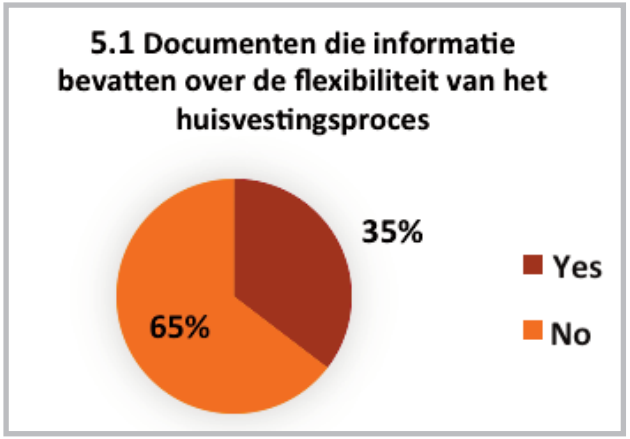
Mensen die deelnemen aan Huisvestingsmodellen waar ze kunnen kiezen hoe ze hun dagelijks leven kunnen organiseren en waar ze een goede mate van persoonlijke levenssfeer genieten, vertonen een hoger niveau van tevredenheid met hun accommodaties in vergelijking met degenen die in meer beperkende faciliteiten leven, met minder keuzevrijheid.

Tegelijkertijd verwachten en moeten ze - zoals gerapporteerd in Focusgroepen - geholpen worden om hun leven buitenshuis te regelen, dat hoe goed het ook georganiseerd is, niet het enige element van tevredenheid in hun leven kan vertegenwoordigen.

EVALUATIE VAN DE VERTEGENWOORDIGINGEN, WAARNEMINGEN, MOTIVATIES EN TEVREDENHEID VAN GEBRUIKERS
INDICATOREN

1. Dls er een systeem om de vertegenwoordigingen, waarnemingen, motivaties en tevredenheid van de gebruikers van het Huisvestingsproject op te sporen?
2. Zullen gebruikers bekwaam zijn om een onderlinge verbinding tussen diensten waar te nemen?
3. Zullen gebruikers, indien nodig, een snel antwoord krijgen?
4. Geloven de gebruikers van het Huisvestingsproject dat ze gepaste hulp krijgen als ze ouder worden?
5. Denken gebruikers dat de doelstellingen van het Huisvestingsproject bereikt werden?
6. Worden meubels en apparatuur als functioneel en bevredigend ervaren?
7. Voelen de gebruikers aan dat hun redenen om deel te nemen aan een Huisvestingsproject overwogen werden?
8. Geloven de buurtbewoners dat mensen die door psychische aandoeningen worden getroffen dezelfde rechten hebben als de anderen?
9. Zijn de gebruikers tevreden over hun relaties met hun buren?
10. Zijn er programma's gericht op het opwekken van interesse en kennis van Huisvestingsprojecten?
11. Worden volgens de gebruikers van Huisvestingsprojecten de doelstellingen voldoende gedeeld?
12. Zijn de bewoners van het Huisvestingsproject bewust van hun begrenzingen en hun hulpmiddelen?
13. Hebben gebruikers de mogelijkheid om hun eigen dagelijks leven thuis te regelen?
14. Worden de wensen van de gebruikers in aanmerking genomen (waar te wonen, met wie, enz.)?
15. Worden gebruikers geholpen om aanpassings- en relatievaardigheden te ontwikkelen?
16. Kunnen werknemers vanuit het gebruikersoogpunt snel begrijpen welke kritiek vanuit het samenwonen in Huisvestingsprojecten is ontstaan?

5. FLEXIBILITEIT/KLINISCH BESTUUR / COMMUNICATIE EN COÖRDINATIE



Resultaten uit de analyses uitgevoerd door focusgroepen geven aan dat flexibiliteit een sleutelconcept vertegenwoordigt voor:

• Het vermogen om Huisvestingsprogramma's te creëren door gebruikers- en omgevingshulpbronnen op specifieke en creatieve manieren samen te brengen, door te experimenteren met innovatieve oplossingen waarbij een aantal individuele personen (vrijwilligers, sociale en zorgverleners, medewerkers, ondersteuningsbeheerders, enz.) betrokken worden, verschillende methoden van het verkrijgen van Huisvestingsfaciliteiten en verschillende vormen van het delen van financiële middelen;

• De beschikbaarheid van personeel en anderen om de wensen van de gebruikers en hun persoonlijke middelen te erkennen en te waarderen, en elk individueel overgangsproces te respecteren, waardoor ze zelfstandiger en meer zelfvoorzienend worden

Gebruikers en gezinsleden onderstrepen in het bijzonder de positieve resultaten van projecten die dergelijke flexibiliteit bieden, zelfs met betrekking tot regels die zijn vastgesteld binnen gemeenschappen en ondersteunende woningen (regels die niet voor iedereen hetzelfde zijn, omdat ze op individuele behoeften zijn gebaseerd).

Sommigen zouden graag terugkeren naar de oude normen met een veel minder flexibel systeem voor geestelijke gezondheidszorg, en willen de recente trend omkeren waarin therapeutische interventies zijn gebaseerd op de echte behoeften van de gebruikers.

Er is een unanieme consensus tussen Huisvesting, gebruikers en hun gezinsleden en het systeem voor sociale gezondheidsdiensten over de noodzaak tot communicatie, coördinatie en gemeenschappelijk doelstelling.

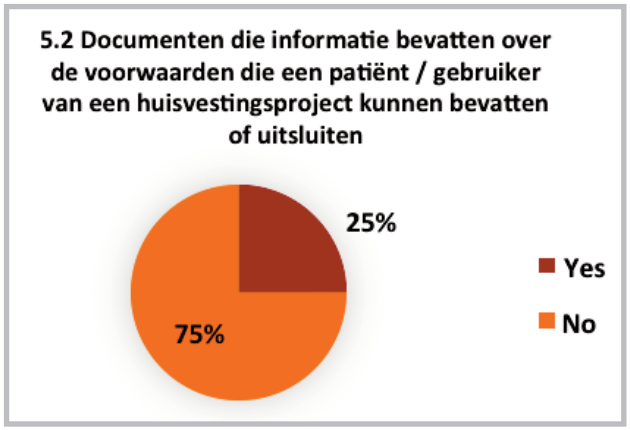
Uit analyse van casusliteratuur blijkt dat Kwaliteitshuisvestingsprojecten voor geestelijke gezondheid voorzien zijn van aangepaste "pakketten" voor elke gebruiker, die dus flexibel en niet standaard zijn.

Flexibiliteit is nodig omdat de kwaliteit van de Huisvesting vooral verband houdt met de individuele behoeften van de gebruikers en niet van de huizen waarin zij verblijven.

Flexibiliteit verwijst voornamelijk naar de mate van ondersteuning die wordt verstrekt aan de hand van de gezondheidstoestanden

en behoeften van de gebruikers. De diensten worden aangeboden en aangepast aan de behoeften van de klanten en klanten zijn niet verplicht om naar verschillende plaatsen te verhuizen om de juiste hulp te krijgen.
Flexibiliteit betreft:
• Intensiteit van de steun die wordt verschaft naargelang de verschillende behoeften en projecten;
• Huisvestingsregels (in ondersteunende en ondersteunde woningen) moeten niet voor iedereen hetzelfde zijn, maar in plaats daarvan moeten worden gebouwd volgens individuele behoeften;
• Persoonlijke doelstellingen zouden in de loop van het project opnieuw kunnen worden onderhandeld;
• Verblijfsduur: het is niet mogelijk om vooraf te beslissen omdat mensen met mentale stoornissen veranderingen ondergaan met extreme moeilijkheden en een sterke behoefte uitdrukken aan stabiliteit en continuïteit van genezing;
• Altijd kunnen luisteren naar wat gebruikers te zeggen hebben over hun behoeften en een vermogen om te begrijpen en altijd hun standpunt te verwelkomen;
• Om gebruikers aan te moedigen om te kiezen uit een reeks opties met betrekking tot hun accommodaties (inclusief locatie en betaalvormen), of ze alleen wonen, in een gezin of met huisgenoten;
• Ondersteuning van beroepsmensen op basis van de feitelijke vraag naar hulp uitgedrukt door gebruikers die in nabije huizen wonen (waardoor de ondersteuning wordt verbeterd);
• Invoering van een Gezondheidsbegroting waarmee flexibele vormen van steun kunnen worden geïdentificeerd op verschillende gebieden (thuis, werk, sociale integratie);
• Mogelijkheid om ondersteuning over te dragen van specialistische diensten naar basiszorg, die gelijk is voor alle bewoners van de gemeenschap.

Casusliteratuur biedt twee soorten aanpakken voor Huisvestingsprojecten rond geestelijke gezondheid. De eerste is eenvoudig en traditioneel en past bij het model op basis van het niveau van algemene functie en handicap. Naarmate gebruikers geleidelijk de benodigde vaardigheden verwerven, verhuizen zij naar ondersteunende Huisvesting totdat ze volledig onafhankelijk zijn en ze van aangepaste ondersteuning kunnen genieten. In de tweede aanpak worden gebruikers vanaf het begin verantwoordelijk gesteld, omdat ze beschouwd worden dat ze onafhankelijk kunnen leven. Ze worden verzekerd van flexibele ondersteuning, intensieve indien nodig, en altijd evenredig aan de behoeften van het moment. Deze tweede aanpak lijkt mensen te kunnen omvatten die gemakkelijk uit de criteria van de eerste zouden kunnen worden uitgesloten.



Klinische Administratie

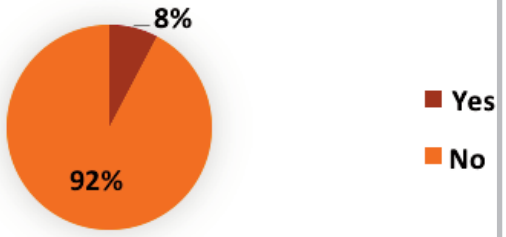
Net als bij klinisch onderzoek wordt de doeltreffendheid van Huisvesting gemeten door het psychische welzijn van de gebruikers en verbetering van de levenskwaliteit. Dit beoordelingsproces moet deel uitmaken van het klinisch beheer van de Huisvesting om te bepalen welke acties de beste resultaten pro-

duceren en om ze te repliceren.
Als de doelstellingen van de Huisvestingsdienst niet duidelijk en voldoende specifiek zijn, is het niet mogelijk om de resultaten te meten en te beoordelen en de beste praktijken te reproduceren.
De planning van individuele rehabilitatieprojecten moet het gevolg zijn van de samenwerking en besluitvorming tussen gebruikers en ondersteunend personeel.

Communicatie/Coördinatie

Integratie en communicatie tussen diensten en Huisvestingsagentschappen zijn hiervoor essentieel en goede training en opleiding is van essentieel belang voor degenen die sociale en gezondheidsdiensten leiden evenals voor het personeel dat betrokken is bij de ondersteuning. Er is een aangetoonde behoefte aan duidelijke procedures die de communicatie regelen tussen de partijen die betrokken zijn bij het Huisvestingsproces, om zo geïntegreerde projecten te creëren en gebruikers in staat te stellen toegang te krijgen tot een breed scala van kansen in de gemeenschap.
In casusliteratuur speelt het partnerschap tussen gebruikers, gezinnen, dienstverleners en beheerders een centrale rol; open en wederzijdse communicatie wordt bevorderd en gemeenschappelijke doelstellingen worden aangenomen. De meningen van gebruikers over hun accommodaties worden als belangrijk beschouwd om hun actieve betrokkenheid en verantwoordelijkheidszin aan te moedigen.
Het beschrijft een organisatie waarin gezondheidswerkers niet behoren tot het personeel van de geestelijke gezondheidsdiensten die gespecialiseerde ondersteuning bieden, maar het is absoluut noodzakelijk dat ze allemaal samenwerken om effectieve diensten voor gebruikers te waarborgen. Een goed communicatie- en coördinatiesysteem zijn essentieel en moeten plaatsvinden via regelmatige vergaderingen, voortdurend toezicht en gedetailleerde analyse van individuele plannen.

5.3 Documenten die informatie bevatten over een communicatie systeem dat wordt gebruikt tussen de operatoren en de diensten voor het coördineren van huisvestingsprojecten

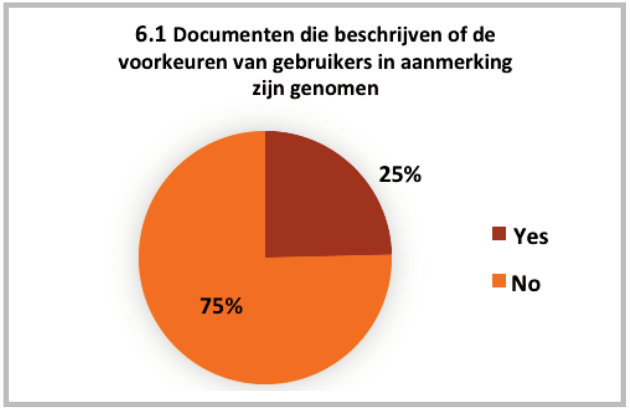


Vaak, wanneer de communicatie ontbreekt of als verplichting wordt beschouwd, voelen de zorgverleners, vooral de informele mensen, zich vaak ondergewaardeerd en hebben ze meer erkenning nodig. Het is noodzakelijk dat zowel dienstverleners als informele verzorgers (thuisverpleegkundigen, schoonmaakpersoneel, enz.) samenwerken om een beschermende of negatieve houding ten opzichte van gebruikers te vermijden die hen als passieve zorgbegunstigden in elk gebied beschouwen. Alleen op deze manier is het mogelijk om het onderwerp Huisvestingsprogramma's te behandelen: Gebruikers moeten worden aangemoedigd om hun rol als inwoners zo veel mogelijk terug te krijgen.

FLEXIBILITEIT/KLINISCH BESTUUR / COMMUNICATIE EN COÖRDINATIE
INDICATOREN

1. Zullen er initiatieven zijn om persoonlijke ervaringen te delen onder de gebruikers van de Huisvestingsprojecten?
2. Zullen gebruikers en gezinnen een therapeutisch programma delen?
3. Zal er een netwerk zijn dat gezinnen, diensten, overheid, gebruikers en andere belanghebbenden verbindt?
4. Zullen Huisvestingsfaciliteiten flexibele uren hebben?
5. Zal er een "logboek" zijn dat toegankelijk is en gebruikt kan worden door gebruikers en werkers?
6. Zijn Huisvestingsprojecten gebaseerd op officiële richtlijnen of gewoon door de invoering van goede praktijken?
7. Passen de ondernomen acties bij de echte behoeften van de gebruikers?
8. Delen de hulpbronnen alle communicatiekanalen?
9. Zal er een team zijn dat de gebruikersbehoeften opvolgt en bewaakt, evenals hun huidige en toekomstige mate van zelfstandigheid en levenskwaliteit?
10. Wanneer een gebruiker eigenaar is van een huis en een andere gebruiker huisvest, is er een contract om de financiële relatie tussen hen te regelen?
11. Is er professionele ondersteuning voor de dagelijkse levensbehoeften?
12. Is er een informatiesysteem voor de verzameling van gegevens over Huisvestingsprojecten?
13. Is er een organisatiesysteem om de coördinatie aan te moedigen tussen de hoofdrolspelers van Huisvestingsprojecten?
14. Kan de huisarts rekenen op een ondersteunend netwerk voor gebruikers?
15. Zijn er richtlijnen voor Huisvestingsprojecten?
16. Is er een ondersteunend programma ter vergemakkelijking van de sociale integratie van een individuele gebruiker?

6. VERANTWOORDELIJKHEID EN BESLUITVORMING VAN GEBRUIKERS



Literatuur bevat een belangrijke overeenkomst - die gericht is op gezondheid en welzijn – over het belang om bekwaam te zijn om de fundamentele aspecten van het leven te kiezen en te beheersen en vooral om te kiezen waar men zou moeten leven en de mensen met wie zij samenleven.

Uit een aantal studies blijkt dat de gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten de mogelijkheid van keuze als veel belangrijker beschouwen dan casemanagers doen.

Deze laatste neigen tot het bevoordelen van ondersteunende woningen, terwijl de gebruikers zelfstandige woningen verkiezen. Een andere interessante opmerking is dat samenwerking tussen gebruikers en casemanagers ons mogelijk maakt om alternatieve Huisvestingsoplossingen te vinden en te creëren, in overeenstemming met het idee dat er geen werker is die de behoeften van een persoon beter kan begrijpen dan de persoon zelf.

Verantwoording is ook een waarde voor Huisvestingsprojecten. Dit betekent dat gebruikers de verantwoordelijkheid kunnen nemen voor een huurcontract.

Dit impliceert de noodzaak voor geestelijke gezondheidswerkers en niet-professionele zorgverleners om de traditionele beschermende houdingen tegenover gebruikers te verlaten en hen niet te beschouwen als passieve begunstigden van diensten in alle gebieden van hun leven, met inbegrip van training die specifiek gericht is op genezing.

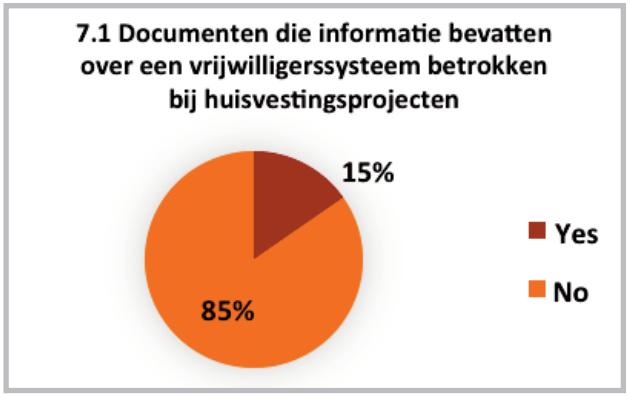
Vanzelfsprekend werden deze onderwerpen in focusgroepen beklemtoond voornamelijk door gebruikers, die het belang benadrukken van het opdoen van ervaringen, zelfs het risico lopen op falen, om een hoger niveau van onafhankelijkheid te bereiken.

Werknemers en bewoners zijn beiden bezorgd over de mogelijkheid van gebruikers om verantwoordelijkheden te nemen, voornamelijk waar Huisvestingservaringen ontbreken en waar de bestaande structuren nog steeds een bewarende aanpak behouden.
De meerderheid van de werkers drukt bezorgdheid uit over de moeilijkheid voor gebruikers om hun keuzes financieel te ondersteunen, en dit is een cruciale aangelegenheid.

VERANTWOORDELIJKHEID EN BESLUITVORMING VAN GEBRUIKERS
INDICATOREN

1. Kunnen gebruikers beslissingen nemen en verantwoordelijkheden nemen?
2. Worden beslissingen en doelen gedeeld met gebruikers?
3. Wordt thuistoegang geregeld door standaardprocedures?
4. Kan een lopend Huisvestingsproject gewijzigd worden op basis van de beslissingen van gebruikers?
5. Kunnen gebruikers kiezen met wie ze willen samenleven?
6. Worden de gebruikers ondersteund in de beslissingen die zij moeten nemen om ongewenste gebeurtenissen te behandelen?
7. Wordt de diversiteit van de behoeften en vaardigheden van elke gebruiker beschouwd in termen van hun besluitvormingsvermogen?
8. Beslissen de gebruikers wanneer ze samen zijn en wanneer ze alleen zijn?
9. Hebben gebruikers de mogelijkheid om te bepalen hoe ze hun tijd willen doorbrengen?
10. Zal een gebruiker ondersteund worden indien hij / zij besluit om terug te gaan naar zijn / haar land?

7. VRIJWILLIGERSSYSTEEM EN BURGERMAATSCHAPPIJ



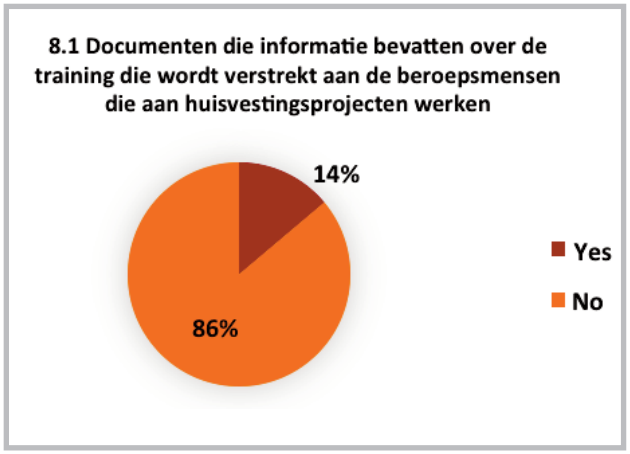
Vrijwilligerswerk wordt niet veel in overweging genomen wanneer onderzoek wordt uitgevoerd, coördinatie wordt echter aanbevolen door een “ervaren vrijwilliger” evenals een nauwe samenwerking met gezondheids- en sociale diensten.
Een vrijwilliger is een persoon die op de hoogte is van geestelijke gezondheid en die getraind is om mensen te ondersteunen die door psychische aandoeningen zijn getroffen en om ze te helpen sociaal geïntegreerd te worden. De ervaren vrijwilliger lijkt meer "ervaringsgerichte" kennis aan te brengen dan deze van formeel getrainde operatoren. Vrijwilligerswerk wordt gecontroleerd door territoriale diensten; Vrijwilligers voegen zich samen om een informeel ondersteuningsnetwerk op te bouwen.

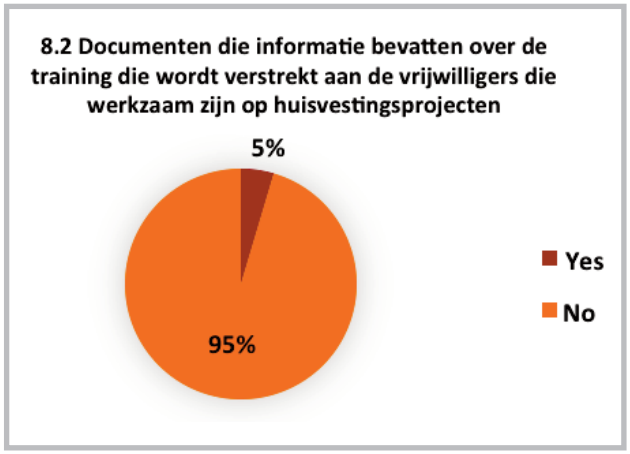
Vrijwilligers worden getraind om bewustzijn te verhogen onder bewoners die huiverig zijn om hun appartementen te verhuren en die hun solidariteit op een onjuiste manier uitdrukken, door gebruik te maken van privéruimtes bedoeld voor mensen met geestelijke aandoeningen.
Casusliteratuur lijkt te weerspiegelen dat als vrijwilligerswerk schaars is, het zelfs meer is bij mentaal uitgedaagde patiënten.
Vrijwilligerswerk impliceert dat er mensen zijn die een deel van hun vrije tijd besteden om andere mensen in nood te ondersteunen. Deze steun wordt echter gekenmerkt als "geven aan" en "iets doen voor" andere mensen. Wat de geestelijke gezondheid betreft, wordt het aspect van vrijwilligerswerk dat gebruikers bijstaat met psychische aandoeningen zeer moeilijk wanneer aan vrijwilligers geen duidelijke doelstellingen worden gegeven en hun activiteit als zinloos kunnen ervaren.
De inspanningen om het vrijwilligerswerk in de geestelijke gezondheid op te schalen, moeten rekening houden met de noden van de vrijwilligers. Dus bij het ontwikkelen van vrijwilligerswerkinitiatieven is het vast te stellen doel niet een van "geven" maar van "organiseren".
De meest succesvolle vrijwilligerservaringen hebben een "doel", zoals het organiseren van vrijetijdsbesteding in de psychiatrische boeg van het ziekenhuis of het organiseren van kunsttherapiesessies die steun leveren aan de therapeut.
Een persoon die gezelschap aanbiedt aan patiënten die door psychische stoornis worden getroffen, is onderhevig aan stress en kan onzeker zijn van de meest "geschikte woorden" om te gebruiken, angstig omdat ze "verkeerd" zijn.
Vaak hebben diensten deze zaken nodig en daarom zijn vrijwilligersinspanningen zo gevoelig voor mislukking.

VRIJWILLIGERSSYSTEEM EN BURGERMAATSCHAPPIJ
INDICATOREN

1. Zal er een opgeleide vrijwilliger voor geestelijke gezondheidszorg zijn?
2. Bevat het Huisvestingsproject de mogelijkheid om goede wijkverhoudingen te bevorderen?
3. Vervullen Huisvestingvrijwilligers een overbruggende rol tussen beroepsmensen en samenleving?
4. Worden vrijwilligerswerkzaamheden in Huisvestingsprojecten onderworpen aan toezicht?
5. Zal er training/informatie zijn over geestelijke gezondheidsproblemen die dient verstrekt te worden aan bewoners?
6. Wordt samenwerking tussen werkers en vrijwilligers aangemoedigd in Huisvestingsprojecten?
7. Worden ouderen opgenomen in trainingsprogramma's die zijn ontworpen om gebruikers in hun buurt te helpen?
8. Ondersteunen Huisvestingsprojecten de initiatieven van bewoners die dicht bij gebruikers wonen?
9. Wordt het welzijn overwogen van degenen die in de nabijheid van de gebruikers leven (buren, detailhandelaren, enz.)?

8. LEVENSLANG LEREN



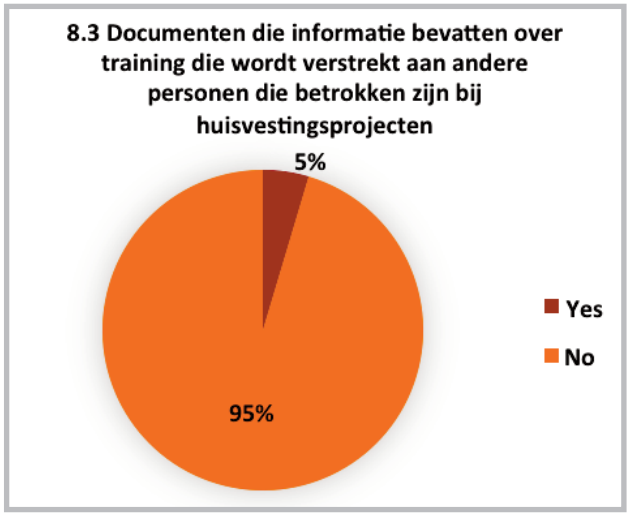


Casusliteratuur rapporteert voornamelijk op trainingservaring voor beroepsmensen. Opleidingsonderwerpen hebben betrekking op de mogelijkheid om personeel te selecteren dat gespecialiseerd is in Huisvesting, de mogelijkheid om wensen en behoeften van gebruikers te identificeren, de ontwikkeling van aansluitingsvaardigheden tussen verschillende diensten en of tussen verschillende rollen en competenties. Supervisie-ervaring, hulp aan clinici en ondersteuning van het personeel worden ook gerapporteerd. Er is minder bewijs van specifieke training in Huisvestingsprogramma's namens vrijwilligers, lokale overheden en functionarissen, gebruikers, gezinnen en bewoners. Er is echter veel bewijs van het belang van specifieke uitgebreide training op het gebied van Huisvesting: om vooroordelen te overwinnen en voor de ontwikkeling van samenwer-

king tussen de verschillende spelers (ouders, werkers, bewoners) en instellingen. Persoonlijke onafhankelijkheid is vaak verbonden met menselijke relaties en financiële zelfvoorziening.

Het lijkt erop dat getrainde werkers in situaties werken die doorgaans niet gekoppeld zijn aan de invoering van Huisvestingsprogramma's. Dit probleem wordt zeker besproken, maar nog steeds ontbreken belangrijke initiatieven om het op te lossen. De analyse afgeleid van focusgroepen versterkt gedeeltelijk wat er in Casusliteratuur naar voren komt en drukt de directe ervaringen van de deelnemers uit. In dit geval wordt ook de nood aangevoeld voor een brede opleiding op het gebied van Huisvesting, die iedereen in de burgermaatschappij er min of meer bij betrekt. Opleidingservaringen van gebruikers worden ook gerapporteerd over hoe conflicten te verminderen, kritieke situaties te beheren en het dagelijkse leven te organiseren.

Opleiding zou helpen om stigma tegen te gaan en te voorkomen, specifieke ondersteunende technieken, kennis en opsporing van hulpbronnen te delen door het vergroten van het vermogen om relaties en samenwerking tot stand te brengen tussen mensen die verschillende rollen en taken hebben. Een ander belangrijk probleem is de noodzaak om informatie te verstrekken over diensten die worden verschaft volgens de behoefte van gebruikers, gezinnen en algemeen gezien bewoners.



LEVENSLANG LEREN
INDICATOREN

1. Zijn werkers goed opgeleid voor Huisvestingsprojecten?
2. Kennen de werkers het gebied?
3. Zullen werkers regelmatig worden gecontroleerd?
4. Zullen werkers regelmatige training krijgen?
5. Is er tijdsmanagementtraining voor het begeleiden van gebruikers in vaardigheden die betrekking hebben op het organiseren en plannen van hun dag?
6. Zijn er informatie-initiatieven over de manier waarop de dienstverlening voor de bewoners werkt?
7. Zijn er cursussen over mentale gezondheid in scholen?
8. Zullen de gezinnen van de gebruikers getraind en geïnformeerd worden?
0. Zal er training verleend worden aan iedereen die betrokken is bij Huisvestingsprojecten?
10. Zullen er trainings- / educatieve programma's zijn voor degenen die betrokken zijn bij Huisvestingsprojecten?
10. Zullen er trainings- / educatieve programma's zijn voor degenen wier taak het is om werkers te selecteren is die zich bezighouden met Huisvestingsprojecten?
12. Zijn lokale initiatieven om de ontwikkeling van sociale integratievaardigheden aan te moedigen?
13. Is er training om het vermogen te ontwikkelen om in een groep en met groepen te werken?

9. MIDDELEN VOOR HUISVESTING

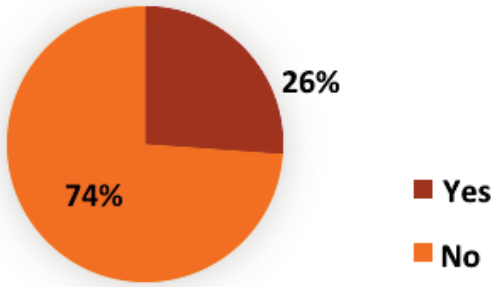
Casusliteratuur onthullen dat er financiële middelen en financieringsagentschappen, evenals een aantal huizen te vinden zijn: sociale Huisvesting, privé-appartementen waar huurkosten kunnen worden geïntegreerd met publieke financiering, appartementen die behoren aan publieke of particuliere bedrijven of aan de gebruikers en hun gezinnen. In sommige gevallen wordt sociale Huisvesting toegewezen aan specifieke gebruikers.
Het wordt beklemtoond dat het toewijzen van een deel van de quota van de overheidsfinanciering aan Huisvestingsprogramma's kostenefficiënter zou zijn dan de duurdere acute zorgdiensten voor niet-onafhankelijke patiënten diensten. In sommige gevallen is het mogelijk om financiering over te dragen van projecten gericht op acute zorgprojecten aan Huisvestingsprojecten.

Desondanks is de publieke financiering gekrompen, en zo zijn er campagnes gelanceerd ter ondersteuning van de Huisvestingsprogramma's.

Veel auteurs onderstrepen de noodzaak om een garantie te krijgen en een stabiel financieringsbeleid om huurprijzen te ondersteunen voor vaste bewoners. In Italië worden gezinsleden vaak financiële borgstellers voor appartementseigenaren.

In sommige gevallen wordt een deelnemingsstandaard vastgesteld voor de kosten voor diegenen die betrokken zijn. Werkers kunnen gebruikers ondersteunen bij het zoeken naar hun eigen accommodatie.

9.1 Documenten die financiële steun voor huisvestingsprojecten beschrijven



In principe zijn er twee soorten financiering: Eén wordt toegekend aan de gebruikers door hun mogelijke herplaatsingen en de andere voor projecten die het individu niet volgen maar die gekoppeld zijn aan de bijbehorende Huisvestingseenheid.

In de loop van focusgroepen benadrukken beoefenaars geestelijke gezondheid de noodzaak voor professionele en financiële middelen, en stellen dat de overheidsfinanciering de inkomens van de gebruikers moet aanvullen. Werkers klagen over de schaarse flexibiliteit en roepen op voor een robuuster dienstennetwerk voor geestelijke gezondheid. Ten slotte benadrukken zij dat stigma het moeilijk maakt om appartementen van particulieren te verkrijgen als er geen specifieke afspraken zijn met lokale overheden.
Werkers die aan de focusgroepen deelnemen, hoewel ze afkomstig zijn van andere instellingen, benadrukken het belang van de relaties die in de appartementen en elders worden aangeknoopt. Zij streven ernaar solidariteit en subsidiariteit te bevorderen gezien de specifieke kenmerken van de verschillende omgevingen. Het is noodzakelijk om onafhankelijke appartementen evenals gemeenschappelijke ruimtes aan te bieden om het element van eenzaamheid te bestrijden. Noodzaak voor ondersteuning

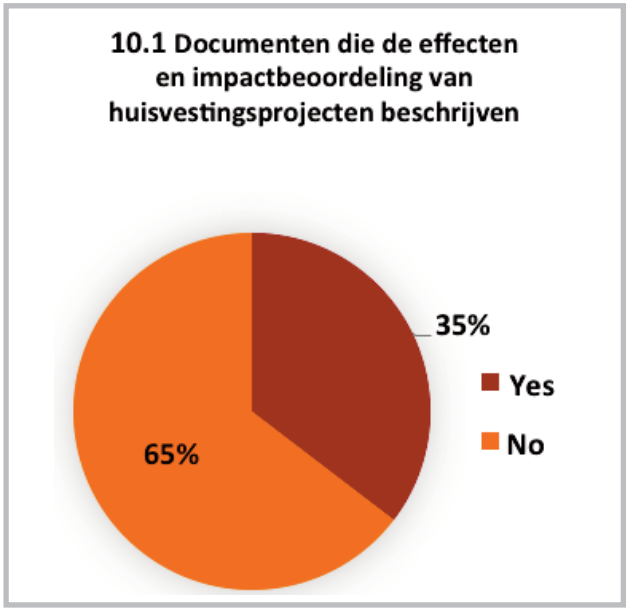
moet niet onderschat worden. Elke omgeving moet zijn eigen oplossing vinden - er is geen enkele oplossing voor iedereen, en er zijn verschillende hulpmiddelen voor elke specifieke omgeving. Vrijheid van keuze moet worden aangemoedigd, die te specifieke locaties vermijden die kunnen leiden tot segregatie, ook al is het Huisvestingsbeleid voor het specifieke doel gepland.
Diverse financierings- en ondersteuningsbronnen moeten worden gepland met methoden die ervoor zorgen dat de duurzaamheid van projecten gekoppeld is aan individuele gebruikers. Van cruciaal belang is dat deze projecten doorgaan.
Strenge en onbuigzame normen vergemakkelijken de Huisvestingsprogramma's niet. Een rechtsgrondslag moet gegarandeerd worden om de verschillende ervaringen te beschermen. Ten slotte moet er overwogen worden dat deze investering een financiële last kan zijn voor gezinnen.

In focusgroepen onderstrepen bewoners dat de mogelijkheid om met andere gebruikers te communiceren, hen in staat stelt om mogelijke angsten of stigma's te overwinnen. Sommigen onthullen hun eigen onwetendheid of afwezigheid van ideeën op dit gebied, zelfs als ze in principe denken dat de Staat de leiding moet nemen over deze kwesties. Anderen benadrukken de belangrijke rol die vrijwilligers spelen. Ten slotte benadrukken gebruikers en hun gezinnen die zich in de focusgroepen voor hen inzetten, het concept van keuze: het belang van het ontmoeten van iemand en het delen van de ervaring van het leven in de gemeenschap, dat door hun gezinnen financieel wordt ondersteund. Er zijn ook andere soorten gezinnen betrokken, gezinnen die geen bloedverwanten zijn, maar die helpen wanneer hun eigen gezinnen geen ondersteuning kunnen bieden. In sommige landen (Zwitserland) zorgt de overheid voor alles, inclusief het vinden van een baan naar eigen vermogen, waardoor de directe familie wordt verlicht. Een ander probleem dat opgelost moet worden is dat mensen die een appartement hebben, misschien niet genoeg geld hebben om het te onderhouden.

MIDDELEN VOOR HUISVESTING
INDICATOREN

1. Is er een toegewijde specialist 24/7?
2. Zijn er pleeggezinnen die inzichten kunnen delen van hun ervaringen met gebruikers?
3. Zijn er mogelijkheden voor mensen die zijn getroffen door verschillende problemen die samenleven (geestelijke gezondheid, drugsverslaving, migranten) om wederzijdse steun te verlenen?
4. Is er financiële steun gepland voor instellingen die verantwoordelijk zijn voor het vinden van woningen (bijvoorbeeld: lokale overheden, gezondheidsuitrustingen, enz.)?
5. Zijn er commerciële, sportieve of culturele evenementen promoties of faciliteiten voor gebruikers?
6. Zullen gebruikers geholpen worden om hun geld te behandelen, indien nodig?
7. Zijn er middelen beschikbaar voor de-institutionalisering die Huisvestingsprojecten promoten?
8. Worden gebruikersverenigingen aangemoedigd?
9. Moet de lokale wetgeving Huisvestingsprojecten aanmoedigen?
10. Helpen de publieke instellingen bij het vinden van huizen voor gebruikers?
11. Vergemakkelijkt de overheidsadministratie de verwerving van Huisvestingsfaciliteiten voor geestelijke gezondheidsgebruikers met specifieke maatregelen?
12. Is er een waarborg dat de kosten voor de huisbewoners niet veranderen als één van hen het huis verlaat?

10. IMPACT EVALUATIE



Talrijke studies werden uitgevoerd over de impact van de omgeving op de levenskwaliteit. Verschillende maatstaven werden gebruikt om het niveau van comfort, veiligheid, omvang van de omgevingen, respect van de persoonlijke levenssfeer, kwaliteit van de werkersondersteuning, waargenomen levenskwaliteit, dagelijkse activiteiten, sociale relaties, aanpassing aan de lokale gemeenschap, sociale vaardigheden, functioneren, enz. te evalueren. Zeker, de ondersteuning die wordt verleend door diensten, psychisch welzijn en verbetering van de levensstijl zijn strikt verbonden, evenals psychisch welzijn verbonden is met het leven in een gemeenschap, in plaats van in beschermde en beperkende instellingen. Het leven in ondersteunde woningen genereert meestal meer positieve effecten dan het leven in ondersteunende appartementen, met voordelen op het gebied van welzijn en kosten, aangezien de druk op ziekenhuizen en gevangenissen wordt verminderd. Als gevolg van deze onderzoeken kan "Huisvesting" worden gedefinieerd als een systeem dat niet over de structuur zelf gaat, maar over de relatie met de omgeving. Focusgroepen onthullen het belang van "leven buiten" meer dan "leven binnen" de appartementen. Onderzoek werd uitgevoerd naar de relatie tussen leefruimten en effecten, dat wil zeggen hoe een plaats invloed heeft op mensen die door psychische aandoeningen getroffen zijn. Een andere belangrijke indicator is de relatie tussen de subjectieve waarneming van welzijn en omgeving. Daartoe worden werkers aangemoedigd om de noden, vaardigheden en moeilijkheden van de gebruikers in verband met de omgeving waar ze wonen te beoordelen en vervolgens de omgevingsinstrumenten te selecteren die in staat zijn om aan de noden en capaciteiten tegemoet te komen. Focusgroepen onthullen dat Huisvestingsprojecten geneigd zijn tot het aanbieden van gezondheidszorgdiensten, terwijl casusliteratuur onthult dat de beoordeling van het effect van het Huisvestingsproject op geestelijke gezondheid niet steunt op medische interventie maar op subjectieve waarneming, kenmerken van fysieke omgeving, sociale integratie en ondersteuning tijdens momenten van crisis.

IMPACT EVALUATIE
INDICATOREN

1. Is er een agentschap gekwalificeerd om het Huisvestingssysteem te beoordelen?
2. Zullen er belanghebbenden zijn die de impact van het Huisvestingssysteem beoordelen?
3. Los van Huisvestingsprojecten, zijn er andere territoriale initiatieven gericht op integratie?
4. Zal de impact van Huisvestingsfaciliteiten op gebruikers en hun gezinnen deel uitmaken van de geplande evaluatie?
5. Zullen er regelmatig enquêtes worden gehouden over de kosten/baten van de Huisvestingsprogramma?
6. Worden de woonfaciliteiten regelmatig beoordeeld?
7. Is er een systeem van periodieke evaluatie van Huisvestingsprojecten?
8. Wordt de levenskwaliteit gecontroleerd?

IX.

Gebruik van indicatoren

De toolkit bestaat uit tien sleutelgebieden; enkele indicatoren werden geïdentificeerd voor elkeen.

Indicatoren kunnen op lokaal niveau worden gebruikt om Huisvestingsprojecten te plannen, om doelstellingen vast te leggen, om ze te monitoren en hun invoering en voortgang op te volgen.
Ze kunnen ook gebruikt worden door sociaal beleid, om de voortgang van lopende projecten op te volgen (ook op lokaal, regionaal en nationaal niveau) en om ontwikkeling en verbetering te verwezenlijken. Indicatoren kunnen worden gebruikt als richtlijnen voor Huisvestingsprojecten, die slecht te boek gesteld zijn, ondanks de grote vraag.
De geselecteerde indicatoren exploreren verschillende gebieden, die allemaal betrokken zijn bij Huisvestingsprojecten die multidisciplinaire vaardigheden vereisen (van organisaties, gezinnen, gebruikers, bewoners en vrijwilligers) die zich richten op gedeelde doelen zoals gezondheid en levenskwaliteit.
We schatten dat de geselecteerde indicatoren allemaal in de verschillende Europese landen kunnen worden gebruikt.
Echter, de volgende categorieën:
1. Bron van indicaties (Publiek)
2. Verzamelfrequentie gegevens
3. Verantwoordelijkheid voor het verzamelen en beheren van gegevens
4. Verantwoordelijkheid voor het verbeteren van acties

Zijn specifiek voor elk land en dienen aan elke indicator te worden verstrekt om de effectiviteit daarvan te verbeteren.
Wij denken dat de vier categorieën moeten geselecteerd worden door gebruikers van Huisvestingsindicatoren volgens twee hoofdbeginselen:
a) Geestelijke gezondheidsdiensten en Huisvestingsmanagement van een bepaald land (bijvoorbeeld: de-institutionaliseringsbeleid, aantal ondersteunde/ondersteunende Huisvestingsfaciliteiten, enz.);
b) Redenen om indicatoren te gebruiken (bijvoorbeeld: Om een Huisvestingsproject te starten, om de lopende Huisvestingservaringen te monitoren, om bewustwording in de lokale gemeenschap te doen ontstaan, enz.)
Wij raden daarom aan om de categorieën te definiëren zoals ze in de onderstaande tabel wordt weergegeven.
Het succes van een Huisvestingsproject is ook gebaseerd op de verstrekte informatie, omdat dit zijn planning, monitoring en verbeteringsmethoden zal verbeteren.

PLANNING VAN DE INDICATOREN Hoe de indicatoren gebruiken

Indicator	Publiek	Verzamelfrequentie gegevens	Verantwoordelijkheid voor het verzamelen en beheren van gegevens	Verantwoordelijkheid voor het verbeteren van acties
	[Wie vertrekt informatie]	[Hoe vaak worden de gegevens die door de indicatoren worden lgegenereerd verzameld]	[Mensen die verantwoordelijk zijn voor het verzamelen en beheren van relevante gegevens]	[Wie is belast met acties gericht op verbetering]

X.

Conclusies

Onlangs (op 28 maart 2017) heeft het VN-Hoog Commissariaat voor de Mensenrechten een rapport uitgegeven over de rechten van mensen die getroffen zijn door psychische stoornissen en handicaps.
Het rapport bevat talrijke meningen uitgedrukt door een grote vertegenwoordiging van belanghebbenden. In de introductie staat dat "iedereen in zijn leven een omgeving nodig heeft die hun geestelijke gezondheid en welzijn ondersteunt; in die zin zijn we allen potentiële gebruikers van geestelijke gezondheidsdiensten."
In een volgende paragraaf luidt het document: "Gedurende decennia werd de geestelijke gezondheidsdienst geregeld door een beperkend biomedisch paradigma dat bijgedragen heeft tot uitsluiting, verwaarlozing, dwang en misbruik van mensen met intellectuele, cognitieve en psychosociale handicaps." Deze vaststelling onthult hoge kritiek in de geestelijke gezondheid, een veld dat in de afgelopen jaren werd gekenmerkt door verminderde medische interventies, waardoor bijgedragen wordt tot het genereren van wat vandaag onjuist is gedefinieerd als "nieuwe chroniciteit".
Volgens het document negeert het alomvattende geloof, dat psychische ziekten moeten behandeld worden door artsen eenvoudig als medische problemen, het "mentale" aspect dat hen treft, en behandelt het de complexiteit van de zaak niet.
Pas onlangs heeft de WGO het ICF-systeem van classificatie ingevoerd (de Internationale Classificatie van Functioneren, Handicap en Gezondheid), waarbij rekening wordt gehouden met de veelvoudige en complexe factoren die bijdragen tot psychische stoornissen: Geest, lichaam, activiteit, participatie en omgeving. Zoals aangegeven in het VN-document, "Blijven diagnostische hulpmiddelen, zoals de Internationale Classificatie van ziekten (ICD) en het Diagnostische en Statisti-

sche Handboek van Geestelijke Aandoeningen (DSM), de parameters van de individuele diagnose, vaak zonder een solide wetenschappelijke basis, verder uitbreiden."
In overeenstemming met de WGO-definitie van gezondheid als "een staat van volledig lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn en niet alleen van de afwezigheid van ziekte of zwakheid", bestond de inspanning van de groep erin om rekening te houden met een van de meest complexe elementen van psychisch lijden: het begrip 'Huisvesting' bedoeld als de activiteit van 'gevestigd zijn'.
Het concept van 'gevestigd zijn', zowel in het Italiaans als in het Engels, impliceert een vooruitgang in de tijd. Er zijn echter andere elementen behalve het begrip "tijd" om in overweging te nemen. Enkele onderzoeken zijn gericht op het leven binnenin de verschillende Huisvestingsfaciliteiten, en analyseren en vergelijken ze. Volgens de architecturale normen is binnenin daar waar het werkelijke leven plaatsvindt, terwijl de buitenkant de sociale status van degene die daar leeft weerspiegelt.
De indicatoren, die het e-Boek zijn titel geven en die de synthese van een enquête vormen die bottom-up (focusgroepen) en top-down (casusliteratuuranalyse) methodologieën integreren, vormen het uitgangspunt voor HERO's constructieve vergelijking van Huisvestingservaringen in diverse Europese landen.
Zij zullen het HERO-partnerschap toelaten om een vormend curriculum te verkrijgen over Huisvestingsprojecten voor lokale gemeenschappen. Dit is het doel van het partnerschap en wordt ondersteund door doelgroepen van het project, evenals door de meest recente internationale getuigenissen over mensenrechten en in het bijzonder over de rechten van mensen die door psychische aandoeningen en handicaps worden getroffen.
Wij zijn ervan overtuigd dat het Huisvestingsproces zowel extern als intern is, omdat het de concepten van residentie en omgeving omvat, particuliere en publieke ruimten, gebouwen en landschap, gezinsverhoudingen en sociale connecties, individuele vaardigheden en maatschappelijke kansen, rechten van burgerschap en het overwinnen van nieuwe stedelijke afdelingen (volgens volkstelling en sociale klasse). Paus Bergoglio wijst op de schoonheid van steden waar het architecturaal ontwerp gebieden omvat die verbinden en relaties creëren en wederzijdse menselijke erkenning aanmoedigen (Encyclical: Laudato sì, 2015, blz. 139-140).
Deze opvatting van Huisvesting heeft betrekking op het concept van "bestaan," aangezien het verbonden is aan en verstrengeld is met bestaan als een persoon, een concept dat niet tot een standaard kan worden verlaagd, zoals het tot nu toe door International Style wordt voorgesteld, in het bijzonder wat

de voorstedelijke gebieden betreft omdat het ondersteunen van een Huisvestingsproject dat welzijn brengt in geestelijke gezondheid, welzijn creëren betekent voor iedereen.
In het bijzonder moeten we de conceptuele belemmeringen overwinnen die de sociale relaties verdelen. Net als de relaties binnen een ruimte zijn structuur definiëren, beïnvloedt de ruimte ook de sociale relaties die erin plaatsvinden. Men moet alleen maar denken aan het gevoel van isolatie en "stilte" in de grote "salons" van mentale toevluchtsoorden, die dan gedefinieerd worden als "socializen ruimtes" en stel u voor hoe een eenvoudige verandering zoals het plaatsen van de stoelen in een kleine kring te zetten, die de grote rechthoekige ruimte "verkleint", in staat was om op wonderbaarlijke wijze "mensen open te stellen" voor dialoog.
Een ander voorbeeld hiervan zijn de "winkelcentra" die de ideologie van de "Bon Marché" volgen, waarin de relatie uitsluitend plaatsvindt tussen "de klant en het object" en hoe de introductie van "kleine hoeken van spel en muziek" deze plaatsen kan transformeren, waardoor ze meer "vriendelijk" zijn.
De wijken, de stedelijke gebieden, de kleine centra zijn de omgevingselementen die een relatie ondersteunen: plaatsen die "openstaan voor diversiteit", die helpen om de perceptie van anderen als "anders" te veranderen. Het zijn plaatsen die samenbrengen, met persoonlijke en publieke ruimtes die kunnen gewijzigd worden.
Een omgeving is een plek waartoe men behoort, thuis zijn, de plaats die de veranderende wensen over de tijd huisvest.
Het voorgestelde model is daarom niet om betere richtlijnen te definiëren om mensen met psychologische problemen te helpen, maar om een systeem van relaties te bouwen waarin zelfs mensen met psychische problemen het mogelijk vinden om goed te leven en dit ondanks hun handicap. Als, zoals in het VN-rapport staat, "we allen potentiële gebruikers zijn van geestelijke gezondheidsdiensten", dan is het doel om een bevredigend leven "mogelijk te maken" waarin iedereen in staat is om zijn bekwaamheden en verlangens uit te drukken.

XI.

Bibliografie

Met referentie documenten

1. **Aubry, T., Nelson, G. & Tsemberis, S.** (2015). Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home–Chez soi Demonstration Project. *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(11), 467-474.

2. **Augé, M.** (2000). *Il senso degli altri. Attualità dell'antropologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

3. **Basaglia , F.** (1975). In F. Basaglia & F. Ongaro Basaglia (Eds.), *Crimini di pace* (p. 310)**.** Torino: Einaudi.

4. **BC Partners for Mental Health and Addictions Information.** (2006). *Logements pour personnes souffrant de troubles mentaux.* Retrieved from http://doczz.fr/doc/5634520/logements-pour-personnes-souffrant-de-troubles

5. **Bradshaw, I.** (2016). *Affordable housing and mental health*. Retrieved from http://www.mentalhealthchallenge.org.uk

6. **Brugse Maatshappij voor Huisvesting.** (2010). *BRUGWONEN Een woonproject voor èn met mensen met een psychiatrische problematiek*. Retrieved from https://www.west-vlaanderen.be/kwaliteit/Leefomgeving/duurzaambouwen/Documents/Brugwonen.pdf

7. **Brunt, D., & Hansson, L.** (2004). The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings. *Nordic Journal of Psychiatry*, *58*(4), 293-298. Retrieved from 1. http://dx.doi.org/10.1080/08039480410005800

8. **Buijt, E. V. D. H. I., & Smits, A. W. A.** (1998). Beschermd wonen; tevreden wonen? Resultaten van een tevredenheidsonderzoek onder bewoners van drie organisaties. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, *53*, 265-276. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/258434070_Beschermd_wonen_tevreden_wonen_Resultaten_van_een_tevredenheidsonderzoek_onder_bewoners_van_drie_organisaties

9. **Byrne, S**. (2008). A long way from home Mental distress and long-term homelessness. *Shelter, the housing and homelessness charity.* Retrieved from http://england.shelter.org.uk/professional_resources/policy_and_research/policy_library/policy_library_folder/

10. **Cardol, M., Speet, M. & Rijken M.** (2007). *Anders of toch niet? Deelname aan de samenleving van mensen met een lichte of matige verstandelijke beperking.* Retrieved from

11. **Chapman, I.** (2014). *Housing Models: Examples of Innovative Practice and Design.* Retrieved from https://www.housinglin.org.uk

12. **Corporation for Supportive Housing** (2005). *The Mental Health Services Act Housing toolkit.* Retrieved from http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/MHSAHousing.aspx

13. **Da Costa Meyer E.** (2012). The City Within. In E. Danze & S. Sonnenberg (Eds.), *Space and Psyche* (pp. 86-107). Austin: Center for American Architecture and Design.

14. **De Girolamo, G., Picardi, A., Santone, G., Falloon, I., Morosini, P., Fioritti, A., & Micciolo, R.** (2005). The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine*, *35*(03), 421-431. DOI: 0.1017/S003329170400350

15. **De Heer-Wunderink C., Visser E., Sytema S., Wiersma D.** (2012). Social inclusion of people with severe mental illness living in community housing programs. *Psychiatric Services*, 63(11), 1102-1107. DOI: 10.1176/appi.ps.201100538.

16. **Depla, M.F., De Graaf, R., Heeren, T.J.** (2006). The relationship between characteristics of supported housing and the quality of life of older adults with severe mental illness. *Aging & Mental Health*, 10(6), 592-8. DOI: 10.1080/13607860600641135.

17. **Elliott S., Taylor M. & Kearns R.** (1990). Housing Satisfaction, Preference and Need among the Chronically Mentally Disabled in Hamilton, Ontario. *Social Science & Medicine*, 30(1), 95-102.

18. **Evans, G., W.** (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health*, 80(4), 536-555. DOI: 10.1093/jurban/jtg063

19. **Evans, G., W., Wells N., M., Chan H.,Y., Saltzman H.** (2000). Housing Quality and Mental Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 526-530.

20. **Forchuk, C., Nelson, G., & Hall, G. B**. (2006). "It's important to be proud of the place you live in": Housing problems and preferences of psychiatric survivors. *Perspectives in Psychiatric Care*, *42*(1), 42-52. DOI: 10.1111/j.1744-6163. 2006.00054.x.

21. **Ghio, L., Favaretto, G., Rocca, G., Calcagno, P., Pacella, S., & Ferrannini, L.** (2016). Residential care in Italy: critical issues and future perspectives. *International Journal of Mental Health*, *45*(1), 32-41. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/00207411.2015.1130509

22. **Groton, D.** (2013). Are housing first programs effective: a research note. *J. Soc. & Soc. Welfare*, *40*, 51. Retrieved from http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw40&div=6&id=&page

23. **Health Service Executive National Vision for Change Working Group** (2012). *Addressing housing needs of people using mental health services.* Retrieved from http://www.hse.ie/eng

24. **Health Service Executive & Housing Agency Ireland** (2016). *Design for Mental Health. Housing Design Guidelines.* Retrieved from https://www.housingagency.ie/Our-Services/Housing-Supply-Services/National-Housing-Strategy-for-People-with-a-Disabi/Publications.aspx

25. **Hinshelwood, R.** (2001). *Thinking about Institutions: Milieux and Madnessed*. London: Jessica Kingsley Publishers.

26. **Hogan, M. & Carling, P.** (1992). Normal Housing: A Key Element of a Supported Housing Approach for People with Psychiatric Disabilities. *Community Mental Health Journal*, 28(3), 215-226. DOI:10.1007/BF00756818.

27. **Kallert, T., W., Leisse, M. & Winiecki, P.** (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15, 29-42. DOI 10.1007/s10389-006-0071-3.

28. **Killaspy, H., White, S., Dowling, S., Krotofil, J., McPherson, P., Sandhu, S., ... King, M.** (2016). Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry*. DOI: 10.1186/s12888-016-0799-4.

29. **Kooistra, H., De Ruiter, D. & Van Triest, N.** (2016). Doorstromers Beschermd Wonn en Maatschappelijke opvang. *Platfrom 31*. Retrieved from http://www.platform31.nl/publicaties/doorstromers-beschermd-wonen-en-maatschappelijke-opvang

30. **Macpherson, R., Shepherd, G., & Edwards, T.** (2004). Supported accommodation for people with severe mental illness: a review. *Advances in Psychiatric Treatment*, *10*(3), 180-188. DOI: 10.1192/apt.10.3.180.

31. **Malafouris L.** (2009). Between brains, bodies and things: tectonoetic awareness and the extended self. In C. Renfrew, C. Frith & L. Malafouris (Eds.), *The Sapient Mind: archaeology meets neuroscience* (pp. 1993-2002). Oxford: University Press.

32. **Maone, A. & Domiziani, C.** (2010). Il progetto Solaris <<Fare assieme>> per una vita indipendente. *Edizioni Erickson La Rivista del Lavoro Sociale*, *10*(1), 105-115. Retrieved from http://www.lavorosociale.com/.

33. **Marcheschi, E., Brunt, D., Hansson, L., & Johansson, M.** (2013). The interaction between the physical and social environment in supported housing for people with severe mental illness. *Issues in Menthal Health Nursing*, 34, 117-123 DOI.10.3109/01612840.

34. **Marcheschi, E., Johansson, M., Laike, T., Brunt D.** (2016). Housing design and people with severe mental illness: An observational approach to the investigation of supported housing facilities. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57, 12-21. DOI: 10.1111/sjop.12259.

35. **Marone, A.** (2006). The house keys. possibilities and limits of supported housing approach. *Psichiatria di Comunità, la rivista dei dipartimenti di salute mentale*, 4, 222-235.

36. **Massey, O. T., & Wu, L.** (1993). Important characteristics of independent housing for people with mental illness: Perspectives of case managers and consumers. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *17*(2), 81. http://dx.doi.org/10.1037/h0095598

37. **Mental Health Network NHS CONFEDERATION** (2012). *Mental health and homelessness*. (Issue 235). Retrieved from https://www.housinglin.org.uk/_assets/Resources/Housing/Policy_documents/mental_health_homelessness.pdf

38. **Morin, P., Beauleu, A. & Robert D.** (2002). Le logement comme factur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales. *Déviance et Société*, 26, 497-415. DOI: 10.3917/ds.264.0497.

39. **Nelson, G., Aubry, T., Hutchinson, J.** (2010). Housing and Mental Health. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved form http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/132/

40. **Nelson, G., Hall, G. B., & Walsh Bowers, R.** (1997). A comparative evaluation of supportive apartments, group homes, and board and care homes for psychiatric consumer/survivors. *Journal of Community Psychology*, *25*(2), 167-188. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6629(199703)25:2<167::AID-JCOP6>3.0.CO;2-V.

41. **Nelson, G., & Laurier, W.** (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence, and transformative change. *J. Soc. & Soc. Welfare*, *37*, 123. Retrieved from http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw37&div=41&id=&page=

42. **Nelson G., Sylvestre J., Aubry T., George L., Trainor J.** (2007). Housing Choice and Control, Housing Quality, and Control over Professional Support as Contributors to the Subjective Quality of Life and Community Adaptation of People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health*, 34, 89-100. DOI: 10.1007/s10488-006-0083-x.

43. **O'Malley, L. & Croucher, K.** (2005). Supported Housing Services for People with Mental Health Problems: A Scoping Study. *Housing Studies*, 20(5), 831 — 845. DOI: 10.1080/02673030500214126.

44. **Pannecoucke, I. & De Decker, P.** (2014). *Thuis(loos) na de psychiatrie*. Retrieved from https://steunpuntwonen.be/Documenten_2012-2015/Onderzoek_Werkpakketten/WP3_Thuis%28loos%29_na_de_psychiatrie

45. **Piat, M. & Sabetti, J.** (2010). Residential Housing for Persons with Serious Mental Illness: The Fifty Year Experience with Foster Homes in Canada. In *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/236/

46. **Pleace, N.** (2016). *Housing First Guide Europe*. Retrieved from http://housingfirstguide.eu

47. **Pleace, N., & Bretherton, J.** (2017). *Crisis Skylight: Final Report of the University of York Evaluation*. Retrieved from https://www.crisis.org.uk/

48. **Pleace, N, & Wallace, A.** (2011). *Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: a review*. Retrieved from http://s3-eu-west-1.amazonaws.com/pub.housing.org.uk/Review%20of%20supported%20housing%20effectiveness%20for%20mental%20health.pdf

49. **Quality Matters** (2016). *Financial Savings Review of "My Home My Choice" Project*. Retrieved from http://qualitymatters.ie/work/financial-savings-review-of-my-home-my-choice-project/

50. **Ridente, P. & Mezzina R.** (2016) From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. *International Journal of Mental Health, 45 (1)*, 59-70. DOI: doi.org/10.1080/00207411.2016.1146510

51. **Robin, J. & Robinson, Z.** (2008). Innovation, local engagement and leadership; the future of supported housing in mental health. *Housing, Care and Support*, 11(1), 20-25. DOI: https://doi.org/10.1108/14608790200800006

52. **Schrooten, M., Loosveldt, G., Vranken, B., & Van Puyenbroeck, J.** (2014). Een experiment wonen-welzijn: Sociaal wonen op proef met ondersteuning. *Alert: Tijdschrift voor Sociaal Werk en Politiek*, *40*(3), 43-49. Retrieved from http://www.academia.edu/8016583/Een_experiment_wonen-welzijn._Sociaal_wonen_op_proef_met_ondersteuning

53. **Savage, J.** (2016). Mental Health and Housing. A project to identify which types of supported accommodation successfully meet the needs of people with mental health problems in order to recommend effective housing solutions. *Policy Officer for the Mental Health Foundation for the Mental Health Providers Forum*. Retrieved from https://www.natcen.ac.uk

54. **Starace, F., Marchesini, N & Melati, E.** (2015) L'Esperienza del DSM-DP di Modena nel campo della "residenzialità leggera". *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici*, 12. Retrieved from http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/vol-12-29-dicembre-2015

55. **Strkalj Izevic S., Muzinic, L. & Filipac, V.** (2010). Case Management – A pillar of community psychiatry. Psychiatria Danubina, 22, 1, 28-33.

56. **Supported housing guidelines** (2015). In Office of Mental Health, New York. Retrieved from https://www.omh.ny.gov/omhweb/adults/SupportedHousing/supportedhousingguidelines.html

57. **Sylvestre, J., Nelson, G., Sabloff, A., Peddle, S.** (2007). Housing for People with Serious Mental Illness: A comparison of Values and Research. *American Journey of Community Psychology*, 40, 125–137. DOI: 10.1007/s10464-007-9129-9.

58. **Tabol, C., Drebing, C. & Rosenheck, R.** (2010). Studies of "supported" and "supportive" housing: a comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning*, 33(4), 446-456. Retrieved from http://homelesshub.ca/resource/studies-supported-and-supportive-housing-comprehensive-review-model-descriptions-and

59. **Tauber, E.** (2009). *Abitare in autonomia- Valutazione qualitativa del progetto pilota basato sulla filosofia della Vita Indipendente.* Retrieved from http://www.integrabile.it/

60. **Thomson, H., Petticrew, M. & Morrison, D.** (2001). Health effects of housing improvement: systematic review of intervention studies. *British Medical Journal*, 323, 187-190. DOI: 10.1136/bmj.323.7306.187.

61. **Tsemberis, S., & Eisenberg, R. F.** (2000). Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatric services*, *51*(4), 487-493. DOI: https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487

62. **United Nation - Human Rights Council.** (2017). Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Retrieved from https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/076/04/PDF/G1707604.pdf?OpenElement

63. **Van Rossum, H., Van Iersel, J & Van Rossum, F.** (2006). *Woonvormen voor mensen met verstandelijke beperkingen* (Rapportnummer: 91270). Rgo Research and consulting.

64. **Wells, N.,M., Moch, A. & Evan, G.,W.** (2003). Housing and Mental Health: A Review of the Evidence and a Methodological and Conceptual Critique. *Journal of Social Issues* 59(3), 475 – 500. DOI: 10.1111/1540-4560.00074.

65. **World Health Organization.** (2013). *Mental health action plan 2013-2020*. WHO Press. Retrieved from http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf

66. **Yanos, P.,T., Stefancic, M.,A. & Tsemberis, S.** (2012). Objective Community Integration of Mental Health Consumers Living in Supported Housing and of Others in the Community. *Psychiatric Services*, 63(5), 438–444. DOI: 10.1176/appi.ps.201100397.

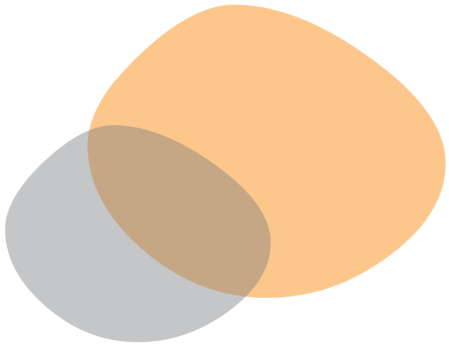
67. **Wong, Y., I., Matejkowski, J. & Lee, S.** (2011). Social Integration of People with Serious Mental Illness: NetworkTransactions and Satisfaction. *Journal of behavioral health services & research*, 38(1), 51-67. DOI: 10.1007/s11414-009-9203-1.

68. **Wong, Y. L. I., & Solomon, P. L.** (2002). Community integration of persons with psychiatric disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental health services research*, *4*(1), 13-28. DOI: 10.1023/A:1014093008857

69. **Wright, P. A., & Kloos, B.** (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, *27*(1), 79-89. DOI: 10.1016/j.jenvp.2006.12.001

70. **Vlaamse Regering – Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen** (2010). *Beleidsplan Geestelijke Gezondheidszorg Vlaanderen*. Retrieved from https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.4.487

HERO team



ITALIË **ASL ROMA 2**
Tiziana Borgese, Maria Silvia Corti, Patrizia Favali, Giambattista Giangreco, Donatella La Cava, Josè Mannu, Stella Milano, Maurizio Murri, Vincenzo F. Scala, Nadia Battisti, Paola Cavalieri.
✉ dsm@aslroma2.it
Een bijzondere dank aan Angela Pannarale voor haar bijdrage aan dit eBook.

ITALIË **FONDAZIONE INTERNAZIONALE DON LUIGI DI LIEGRO**
Carla Brunetti, Raffaella Casamassima, Tiziana Ceccarelli, Luigina Di Liegro, Michael Magazzú, Anna Maria Palmieri, Anna Riglioni, Francesca Sollazzo, Francesco Vicanolo.
✉ segreteria@fondazionediliegro.it

KROATIË **UNIVERSITY PSYCHIATION HOSPITAL VRAPCE**
Josipa Kamenečki Ljeljak, Martina Grubiša, Kresimir Radic, Sladjana Strkalj-Ivezic, Melita Vdoljak, Marijan Vrdoljak.
✉ bolnica@bolnica-vrapce.hr

VK **MERSEYSIDE EXPANDING HORIZONS**
Anna Bellan, Nicola Daley, Joe Hemington, Sara Lopez, Stacey Robinson, Joanne Williams.
✉ info@expandinghorizons.co.uk

BELGIË **PEGODE**
Hanne Belmans, Luc Debar, Katy Douillez, Bies Henderickx, Els Matthysen, Veerle Van Hove, An Vandersmissen.
✉ info@pegode.be

GRIEKENLAND **PEPSAEE**
Nikos Drosos, Margo Liatira, Menelaos Theodoroulakis, Spyros Zorbas.
✉ info@pepsaee.gr

We danken de deelnemers van de focusgroepen omdat hun ervaringen en opmerkingen een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de oprichting van dit e-Boek.

Progetto grafico: Gabriele Pescosolido - Sora (Fr) Italia.

HERO

housing: an educational european road towards civil rights

HUISVESTING EN GEESTELIJKE GEZONDHEID

KWALITEIT 'S INDICATOREN TOOLKIT VOOR LOKALE GEMEENSCHAPPEN

Gecoördineerd door **ASL ROMA 2**

Funded by the Erasmus+ Programme of the European Union

Project code 2016-1-IT02-KA204-024078

www.housing-project.eu