

BACHELORPROEF SOCIALE PROFESSIONS

**HOE KAN DE MISTRAL BEHANDELKLINIEK DE ERVARINGSDESKUNDIGHEID VAN HUN
ERVARINGSWERKERS EN CLIËNTEN IMPLEMENTEREN BINNEN HUN BEHANDELAANBOD?**

ROBIN ROSE BREETVELD (08050384) EN SATISH GOPIE (08085048)

DE HAAGSE HOGESCHOOL - MISTRAL BEHANDELKLINIEK

MEI 2012



**ELK MENS VERLANGT VAN NATURE NAAR KENNIS
- ARISTOTELES**

Mistral, de noorderwind. Een poëtische naam voor een Behandelkliniek waarbij nuchterheid, in al zijn vormen, een grote rol speelt. De keuze voor onze voorkant is gevallen door de associatie van Robin Rose Breetveld met de Mistral Behandelkliniek. Bij ons afscheid op onze laatste stagedag gaf zij een zelfgemaakt gedicht aan de jongeren van de kliniek.

de Storm is gaan liggen
dus spreid nu je Vleugels
en laat de Wind je dragen
want dan zal je leren Vliegen
naar je Bestemming
MISTRAL

Hierom symboliseren de wolken het einde van een periode waarin de verslaving centraal staat, en het begin van een periode waarbij de noorderwind, de Mistral behandelkliniek, de jongeren een kans geeft om zichzelf te ontwikkelen tot evenwichtige mensen. (Bron geraadpleegd te 7 april 2012: <http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/2b/Clouds.JPG>)

Het citaat van Aristoteles (384 v.Chr. – 322 v.Chr.) één van de meest invloedrijke filosofen uit de Griekse oudheid die in één adem kan worden genoemd met Plato en Socrates. Elk mens verlangt van nature naar kennis. Want heel primair gezien is kennis nodig om te overleven. Kennis is ontwikkeling en zelfontplooiing. Kennis is ook macht, een wapen of een manier om het leven te verrijken. Kennis is vele dingen, maar de wijze waarop deze kennis wordt toegepast en ingezet is hetgeen dat het verschil kan maken in het leven van jezelf en anderen. Het inzetten van kennis gaat door kennisoverdracht. Uit ons onderzoek blijkt dat ervaringsdeskundigheid wordt gezien als een vorm van kennisoverdracht die hoop geeft. Hoop naar een beter leven. En hoop is een drijfveer voor het willen van verandering. (Bron geraadpleegd te 7 april 2012: <http://www.quotationspage.com/subjects/knowledge/>)

Voorwoord

Na ongeveer vijf maanden hard werken kunnen wij u ons onderzoeksrapport presenteren. Tijdens ons stagejaar kwamen wij erachter dat wij samen wilden werken aan onze bachelorproef op de Mistral Behandelkliniek. Ieder van een andere opleiding, maar beiden een toekomstige bachelor of Social Work. Dit is ons eerste afstudeer onderzoek en ondanks de drukte die gepaard ging met het curriculum van het laatste jaar is ons onderzoek soepel verlopen en zijn wij tevreden met het eindresultaat.

Wij hebben ons afstudeer onderzoek op de Mistral Behandelkliniek als prettig ervaren en wij willen graag alle medewerkers en cliënten bedanken die hebben bijgedragen aan het rapport. Zonder mensen hiermee te kort te doen zouden wij graag een aantal mensen willen bedanken.

Ten eerste onze afstudeerbegeleider Evert Tjeenk Willink. De gesprekken die wij hebben gehad hebben wij als nuttig en prettig ervaren. Door uw begeleiding konden wij soepel aan ons rapport blijven werken.

Ten tweede willen wij onze beoordelaar Joost van Vliet bedanken. Uw kritische kijk op onze onderzoeksopzet en het concept wakkerde in ons een drang aan om onszelf te bewijzen en een rapport op te stellen dat voor iedereen leesbaar en informatief was.

Ten derde willen wij Berend Hofman bedanken van de Mistral Behandelkliniek. Onze begeleider, een rol die hij door omstandigheden in zijn schoot is geworpen. Ondanks zijn drukke schema heeft hij ons in alle tijden van bruikbare informatie voorzien en stak hij ons een hart onder de riem op de juiste momenten.

Als laatst willen wij Marjo Boer van Zadkine en Gert de Haan van Het Zwarte Gat bedanken voor jullie bijdrage aan ons rapport. Uw kennis was van toegevoegde waarde voor ons eindproduct.

Wij wensen u veel plezier met het lezen van ons afstudeerrapport. Hopelijk wekt ons onderzoek dezelfde interesse bij u op als degene die wij in de afgelopen vijf maanden hebben ervaren.

1 mei 2012

Robin Rose Breetveld en Satish Gopie

Samenvatting

‘Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid van hun ervaringswerkers en cliënten implementeren binnen hun behandelaanbod?’. Zo luidt de hoofdvraag van ons onderzoek die wij schrijven voor het behalen van een examenonderdeel. Een positieve behoordeling resulteert in het behalen van onze diploma’s, Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH) en Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD).

De aanleiding voor dit onderzoek is tot stand gekomen uit de vraag van onze opdrachtgever welke voortkomt uit het Handvest van Maastricht. Uit het Handvest blijkt namelijk dat het inzetten van ervaringsdeskundigen de individuele rehabilitatie van cliënten bevordert. Brijder en andere instellingen hebben het Handvest ondertekend. Met dit onderzoek willen wij ervoor zorgen dat de Mistral behandelkliniek zo optimaal mogelijk gebruik maakt van de ervaringskennis.

De methodes van onderzoek welke wij gebruikt hebben zijn: literatuurstudie, half gestandaardiseerde interviews en bronnenanalyse van de documenten van de instelling. De Mistral behandelkliniek ondergaat een beleidsverandering, dat ervoor heeft gezorgd dat wij de huidige documenten van de instelling niet konden gebruiken aangezien dit geen valide informatie zou opleveren. Hiervoor hebben wij de huidige manager van Mistral geïnterviewd. Na deze methoden te hebben toegepast hebben we de data geanalyseerd wat geleid heeft tot de volgende resultaten.

Uit onderzoek blijkt dat door wettelijke veranderingen de positie van de cliënten versterkt is wat resulteerde in een ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Het takenpakket van een ervaringsdeskundige verschilt weinig tot niet tegenover een behandelmedewerker. Vandaar dat theoretische kennis, door middel van een opleiding, nog steeds essentieel is om werkzaam te zijn op de Mistral behandelkliniek.

Vaak werd er aangegeven dat ervaringsdeskundigen sneller inzicht hebben in het verslavingsgedrag van cliënten. Volgens het onderzoek komt dit door de gemeenschappelijke factoren van een verslaving en behandeling. Overeenstemmingen zoals een vrouwelijke behandelmedewerker die een vrouwelijke cliënt behandelt, kunnen ook ervoor zorgen dat er een klik ontstaat tussen de cliënt en hulpverlener waardoor de behandeling beter verloopt.

Wat ook belangrijk punt inneemt is dat de Mistral behandelkliniek wilt overstappen van het behandelen vanuit een therapeutisch gemeenschapsmodel naar competentie gericht werken (competentie model). Alhoewel de inzet van ervaringsdeskundigheid herstel bevorderende eigenschappen met zich meebrengt blijkt uit ons onderzoek dat ervaringsdeskundigheid niet modulair ingezet kan worden binnen het behandelaanbod. Vandaar dat onze aanbevelingen aanduiden om de ervaringen van ervaringsdeskundigen te delen met andere behandelmedewerkers en visa versa zodat iedereen van deze positieve eigenschappen gebruik kan maken. Ook adviseren wij om deze kennis weloverwogen toe te passen op momenten waarbij het heel nuttig kan zijn.

Cliënten op de afdeling beschikken ook over ervaringskennis. Wij adviseren dus ook om gebruik te maken van deze kennis door deze in te zetten op scholen en de DTOX afdeling. Dit zorgt voor een goede zelfreflectie voor de cliënt plus fungeert het ook als primaire preventie en kennisverrijking.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Inleiding	5
Probleemstelling.....	7
Definities.....	8
Beperkingen en randvoorwaarden	9
Methode van onderzoek en betrouwbaarheid	10
Resultaten	12
1. Wat verstaat men onder ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg in Nederland?	12
1.1. Ontstaan ervaringsdeskundigheid.....	12
1.2. Is ervaringsdeskundigheid een vak?.....	14
1.3. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid in gezet binnen de GGZ NL?	16
1.4. Wat zijn de eisen en verwachtingen van de verbetering van empowerment en herstel d.m.v. ervaringsdeskundigheid vanuit Kennisnetwerk het Zwarte Gat	19
2. Wat is de huidige bijdrage van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral behandelkliniek?	22
2.1. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid nu ingezet op de Mistral behandelkliniek?	22
2.2. Hoe wordt de behandeling door ervaringsdeskundigen ervaren in vergelijking met behandeling door professionals zonder ervaringskennis?	24
2.3. Hoe zou de Mistral behandelkliniek de bijdrage van ervaringsdeskundigheid willen verbeteren binnen de afdeling?	34
3. Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid optimaal kunnen toepassen op de afdeling.	39
3.1. Aan welke eisen moet deze implementatie voldoen?	39
3.1.1. Mogelijkheden binnen het huidige behandelaanbod (modules)	41
3.1.2. Financiën	52
3.1.3. Tijdsplan	53
Conclusie	54
Aanbevelingen.....	58
Literatuurlijst	63
Bronnen	64

Inleiding

Alcohol en drugs, iets wat in de huidige samenleving niet meer weg te denken is. Veel jongeren onderwerpen zich aan deze middelen. Een aantal van hun zullen problemen ondervinden in hun dagelijks leven bij misbruik, afhankelijkheid van, of verslaving aan deze middelen. De meerderheid wil ook hier van af omdat middelen misbruik als “niet normaal” wordt ervaren door de maatschappij en dat ze hierdoor een “niet normaal” leven gaan leiden. We hebben het hier over jongeren van twaalf tot tweeëntwintig jaar. Voor jongeren zijn er niet zoveel klinieken om van hun verslaving af te komen. In Den Haag is er wel een, namelijk de Mistral behandel Kliniek onderdeel van Brijder verslavingszorg. Op deze kliniek wordt de cliënt door professionele behandelmedewerkers geholpen zodat deze leert omgaan met zijn verslaving en daarna op constructieve wijze kan terug keren naar de maatschappij.

Op deze afdeling bevinden zich ook medewerkers met ervaringsdeskundigheid.

“Ervaringsdeskundigheid” een woord dat u misschien vaker heeft gehoord en daarbij af heb gevraagd wat dit nou precies inhoud. Deze medewerkers zijn vroeger zelf verslaafd geweest en hebben een behandeling gehad waarbij zij om leorden gaan met hun verslaving. In wat voor mate speelt de ervaringsdeskundigheid een rol bij de behandeling? Uit het Handvest van Maastricht blijkt dat het hebben van ervaringsdeskundigen op een afdeling de individuele rehabilitatie van cliënten bevordert. Hieruit kregen wij dus de opdracht om te onderzoeken hoe zij het beste de ervaringsdeskundigheid van medewerkers en cliënten kunnen implementeren op de afdeling.

De vraag van de opdrachtgever is ontstaan vanuit de overeenkomst zoals deze is vastgesteld in het Handvest van Maastricht. Het Handvest van Maastricht is tot stand gekomen in samenwerking tussen het netwerk verslavingszorg van GGZ Nederland, het netwerk cliëntenraden in de verslavingszorg en het Kennisnetwerk het Zwarte Gat. Het handvest beschrijft de (unieke) samenwerking tussen cliënten en zorgorganisaties waarmee zij hun kennis bundelen om het maatschappelijk herstel te bevorderen van de cliënten binnen de verslavingszorg.

Tot in de jaren tachtig werden de belangen van patiënten door anderen verwoord: door beleidsmakers, medici en managers van instellingen. Op het moment dat patiënten en consumenten voor hun eigen belangen opkwamen, zijn de beleidsprioriteiten gaan schuiven. (Bron geraadpleegd te 24 april 2012: http://www.verwey-jonker.nl/participatie/publicaties/clientenparticipatie/de_pati_nt_als_burger__de_burger_als_pati_nt)

De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ uit 1996) versterkte de positie van de cliënten binnen de zorginstellingen. De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO uit 2006) bood hierin ruimte voor het opstarten van cliënt gestuurde projecten evenals een grotere cliëntenparticipatie. Oudenampsen et al. omschrijven in Ondersteuning cliëntenparticipatie van het Verwey-Jonker instituut waar de wet voor staat:

Het maatschappelijke deel van de WMO is: Meedoen. Centraal staat de maatschappelijke participatie van kwetsbare burger, en dat gaat gepaard met een groter beroep op de eigen inzet van burgers (mantelzorg en vrijwilligerswerk). (Oudenampsen et al., 2008, p.7)

Het Handvest van Maastricht is een reactie op deze cliëntenparticipatie:

Maatschappelijk herstel en het inzetten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigen zijn daarbij kernbegrippen. (Handvest van Maastricht, 2010, p.3)

Ervaringskennis is de erkende, derde kennisbron, naast wetenschappelijke en professionele kennis. De ervaringskennis van (ex)cliënten moet meer benut worden binnen de behandeling als onderdeel van herstel, die empowerment onder cliënten moest stimuleren. Echter, ervaringskennis alleen kwalificeert iemand niet voor een beroep of functie, deze kwalificaties zijn afhankelijk van een opleiding. (Handvest van Maastricht, 2010, p.5)

Het Handvest van Maastricht geeft aan dat er meer aandacht zal worden gegeven aan het maatschappelijk herstel van cliënten met een verslavingsachtergrond. Dit zal worden bereikt door het inzetten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg Nederland.

Om deze gewenste resultaten te bereiken en de gemaakte afspraken vanuit het Handvest te waarborgen zullen wij ons onderzoek toespitsen op dit onderwerp.

De ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral Behandelkliniek moet worden afgebakend om een concreet beeld te scheppen van onze onderzoeksdoelgroep. Binnen de Mistral Behandelkliniek is veel ervaringskennis aanwezig. Zowel van de ervaringswerkers, professionals met een verslavingsachtergrond, als de cliënten. Aangezien de cliënten een groepsbehandeling volgen, is er op de afdeling een grote collectieve ervaringskennis: De cliënten hebben gemeen dat zij allen verslaafd en in behandeling zijn. De opdrachtgever heeft aangegeven om ons onderzoek zowel op de ervaringskennis van de cliënten evenals die van de ervaringswerkers toe te passen.

De Mistral kliniek heeft een aantal ervaringsdeskundigen werkzaam op de afdeling. Door de overeenkomst omschreven in het Handvest van Maastricht, is de implementatie van ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg in Nederland een veelbesproken onderwerp. Wanneer is iemand ervaringsdeskundig, wat voor kennis moeten ze beschikken? Deze en nog meer vragen worden er gesteld.

Vandaar de vraag van onze opdrachtgever. 'Hoe kunnen wij het beste gebruik maken van de ervaringsdeskundigheid van onze werknemers en onze cliënten?' Hieruit hebben wij een onderzoeksvraag gesteld voor onze opdrachtgever. Deze onderzoeksvraag luidt als volgt:

Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid van hun ervaringswerkers en cliënten implementeren binnen het behandel aanbod?

Tijdens onze onderzoeksperiode kwam aan het licht dat het beleid veranderingen onderging. De afdeling gaat namelijk van een Therapeutisch Gemeenschap naar het competentie gericht werken door middel van het Competentie Model. Waarom deze overstap wordt gemaakt en een beknopte uitleg over de twee modellen vindt u ook hierin terug. Hiervoor refereren wij naar deelvraag 3. Wij hebben er niet voor gekozen om onze hoofd en deelvragen te veranderen maar wel om ons onderzoek er naadloos op aan te sluiten.

Probleemstelling

Hoofdvraag:

Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid van hun ervaringswerkers en cliënten implementeren binnen het behandelaanbod.

Deze hoofdvraag is opgesplitst in drie deelvragen. Deze deelvragen bevatten sub vragen die zijn toegespitst op het beantwoorden van de deelvragen, ergo tevens de hoofdvraag van ons onderzoek.

Deelvragen:

1. Wat verstaat men onder ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg in Nederland.

- 1.1. Ontstaan ervaringsdeskundigheid
- 1.2. Is ervaringsdeskundigheid een vak?
- 1.3. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid in gezet binnen de GGZ NL?
- 1.4. Wat zijn de eisen en verwachtingen van de verbetering van empowerment en herstel d.m.v. ervaringsdeskundigheid vanuit Kennisnetwerk het Zwarte Gat?

2. Wat is de huidige bijdrage van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral behandelkliniek.

- 2.1. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid nu ingezet op de Mistral behandelkliniek?
- 2.2. Hoe wordt de behandeling door ervaringsdeskundigen ervaren in vergelijking met behandeling door professionals zonder ervaringskennis?
- 2.3. Hoe zou de Mistral behandelkliniek de bijdrage van ervaringsdeskundigheid willen verbeteren binnen de afdeling?

3. Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid optimaal kunnen toepassen op de afdeling.

- 3.1. Aan welke eisen moet deze implementatie voldoen?
 - 3.1.1. Mogelijkheden binnen het huidige behandelaanbod (modules)
 - 3.1.2. Financiën
 - 3.1.3. Tijdsplan

Definities

Om het begrip ervaringsdeskundigheid af te bakenen moeten er enkele verwante begrippen worden gedefinieerd. Deze begrippen zijn “ervaring”, “ervaringskennis”, “ervaringsdeskundigheid” en “ervaringswerker”. Er zijn nog vele termen die worden gebruikt binnen het werkveld en de literatuur, die elk op andere wijze worden omschreven. De onderstaande termen zullen ook de termen zijn die wij gebruiken binnen ons onderzoek. Indien wij afwijken van de hieronder omschreven termen zullen wij hiernaar verwijzen in de tekst.

Met “ervaring” wordt een unieke gebeurtenis bedoeld, die het leven van een individu kleurt. Ervaringen worden opgedaan door middel van waarnemingen, van zowel de binnen- als buitenwereld. Ofwel: De positie waaruit ervaringen worden opgedaan. In dit geval de ervaringen vanuit het cliëntenperspectief binnen de verslavingszorg.

“Ervaringskennis” wordt door Knooren & van Haasteren (2008) omschreven als ‘Kennis over de problemen zelf en hoe je daarmee om kunt gaan, wat daarbij wel en niet kan helpen, hoe de GGZ werkt, en hoe de samenleving tot steun kan zijn.’

Kennis is overdrachtelijk en kan deze dus gedeeld worden met derden. “Ervaringsdeskundigheid” houdt in dat deze ervaringskennis kan worden overgedragen ter ondersteuning. Van Slooten & Bakkum (in Trimbos-instituut, 2008) geven enkele criteria voor ervaringsdeskundigheid:

- Ervaring met het hebben van een psychiatrische aandoening of dakloosheid;
- Het hebben van kennis en inzicht in de eigen psychiatrische aandoening en die van anderen, alsook inzicht in de hulpverlening voor deze aandoening;
- Het kunnen verwoorden van de psychiatrische ervaring, openheid daaromtrent en een adequate manier van omgaan met de aandoening;
- Het hebben van inzicht in het proces van terugval, daarover kunnen spreken en indien nodig preventieve maatregelen kunnen treffen. (p. 12)

De term “ervaringswerker” is gereserveerd voor ervaringsdeskundigen die werkzaam zijn binnen een team van professionals in de hulpverlening. Deze term zou de taken en rollen van de ervaringsdeskundige in kwestie beter afbakenen binnen het behandelteam. (Karbouniaris & Brettschneider, 2008) Binnen ons onderzoek refereren wij vaak naar ervaringswerkers als “behandelmedewerkers met ervaringsdeskundigheid”. Hiermee willen wij de behandelmedewerkers expliciet van elkaar onderscheiden.

Beperkingen en randvoorwaarden

In dit onderzoek wordt de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de gehele GGZ Nederland alleen vanuit een theoretisch kader benaderd. Wij zullen ons onderzoek richten op de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral Behandelkliniek en diens behandelprogramma.

Alle geïnterviewde personen zullen anoniem worden weergegeven op de uitzonderingen van persoonlijke communicatie tussen ons en de volgende personen:

I. Krassenburg, manager Mistral Behandelkliniek,

G. de Haan, facilitator/moderator van Kennisnetwerk het Zwarte Gat,

M. Boer, docente Ervaringsdeskundigheid bij de opleiding BGE, Zadkine te Rotterdam.

In verband met wijzigingen op beleidsniveau binnen de Mistral Behandelkliniek hebben wij een contract ondertekend waarin staat omschreven dat wij de privacy van alle geïnterviewde personen zullen waarborgen, evenals alle vertrouwelijke informatie die betrekking hebben tot de beleidswijzigingen niet te verspreiden. De geclassificeerde informatie mag wel worden verspreid tussen ons en de toegewezen begeleiders binnen de Haagse Hogeschool. Indien de beleidsvertrouwelijke informatie publiekelijk word gemaakt, vervalt de randvoorwaarde waarna ons onderzoek vrij inzichtelijk is. Voor deze privacyverklaring verwijzen we u naar bijlage 2.

Methode van onderzoek en betrouwbaarheid

Dit onderzoek is een product uit de samenwerking tussen een SPH en een MWD student. Zij hebben in beiden tien maanden stage gelopen op de Mistral behandelkliniek in hun derde jaar. De samenwerking tussen beiden professies geeft een breed perspectief voor het onderzoek. Zowel de pedagogische hulpverlenersvaardigheden gekoppeld aan SPH en psychosociale kennis van MWD zijn inzetbaar. Tevens hebben beiden studenten twee minors gevolgd op de Haagse Hogeschool over de geestelijke gezondheidszorg. Door het volgen van deze minors beschikken de studenten hierdoor over een valide hoeveelheid kennis over de psychiatrie in Nederland. Beiden studenten komen, mede door hun stage op de Mistral behandelkliniek, in aanmerking voor een certificaat GGZ-agoog. Deze wordt uitgereikt door de Haagse Hogeschool. Hiermee profileren de studenten hun kennis met betrekking tot de GGZ. Door deze combinatie van factoren is de samenwerking tussen deze studenten van verschillende professies van positieve aard en draagt deze bij aan de kwaliteit van het product.

Literatuurstudie

Tijdens de literatuurstudie deden we onderzoek naar ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg: De opkomst hiervan, de inzet van ervaringsdeskundigheid binnen GGZ Nederland, de discussies over deze inzet, de verschillende behandelmodellen en naar de gemaakte afspraken van de implementatie en individuele rehabilitatie in teams en afdelingen (Handvest van Maastricht). Dit zodat we een goede feitelijke onderbouwing krijgen voor ons onderzoek. Onderzoeken op deze manier zorgt voor een hoge betrouwbaarheid. Hiervoor zijn er merendeels boeken gebruikt die wij geraadpleegd hebben in de Koninklijke bibliotheek.

Zie literatuurlijst op pagina 63 voor de volle greep van de gebruikte literatuur.

Interviews

De interviews zijn half gestandaardiseerd, ze bevatten een richtlijn met de ruimte tot doorvragen. Zie een lichte greep van de onderwerpen waaruit wij vragen hebben gesteld aan de geïnterviewde personen:

Interview met Kennisnetwerk het Zwarte Gat: Wat achten zij als nodig? Wat zou de afdeling moeten verrichten om zichzelf te kwalificeren als een afdeling die het Handvest van Maastricht naleeft?

Interview met de ervaringsdeskundigen van de Behandelkliniek: Wat zouden zij zelf willen en kunnen om hun ervaring over te brengen? Wat zou er nog elders kunnen worden gedaan om de empowerment van de cliënten te verbeteren door middel van de inzet van ervaringskennis?

Interview met de cliënten van de behandelkliniek die aan het einde zijn van hun behandeling of hun behandeling al hebben afgerond: Wat zouden zij willen zien op het gebied van ervaringsdeskundigheid? Hoe bejegenen zij ervaringsdeskundige behandelmedewerkers in vergelijking met niet ervaringsdeskundige op de afdeling? Zouden zijzelf bereid zijn om hun ervaringsdeskundigheid in te zetten nog enkele maanden na het einde van hun behandeling?

De betrouwbaarheid is ook hoog bij deze methode van interviewen omdat de geïnterviewde niet kan afwijken van het onderwerp maar kan wel openlijk de vragen beantwoorden. Elk interview is opgenomen met een voicerecorder en gehouden in dezelfde kamer en omstandigheden op de afdeling, waarbij de interview van de cliëntenraad en de BGE opleiding uitgesloten zijn. Die zijn opgenomen op een treinstation met enig achtergrond geluid. We hebben de voicerecorder zo dicht mogelijk bij ons gesprek gehouden om bij het afluisteren geen hinder te ondervinden bij het uitwerken.

Bronnenanalyse van de documenten van de instelling

Met de inhoudsanalyse wilden wij de modules van de Mistral Behandelkliniek analyseren, zodat wij konden onderzoeken op welke wijze de implementatie van de ervaringsdeskundigheid binnen de afdelingen het meest efficiënt is. Hierin botsten wij tegen de beleidsveranderingen op de Mistral Behandelkliniek. Deze werkt nu vanuit het TG model (therapeutische gemeenschap model) maar zal binnenkort worden vervangen door het Competentiemodel. Deze veranderingen zijn in volle gang, en in een gesprek met de manager van Mistral, mevrouw I. Krassenburg, gaf zij aan dat het beleid hiervoor nog niet is geschreven. Alle informatie die wij vergaren over het beleid en de modules die zullen worden ingezet binnen de behandeling zijn hierom door persoonlijke communicatie verkregen. Binnen dit onderzoek moeten meerdere factoren in acht worden gehouden: Tijd, geld en de beschikbaarheid van kennis. Deze factoren zijn van belang indien wij een product willen presenteren aan de instelling. Indien dit niet wordt gedaan is de haalbaarheid van het product gering. De betrouwbaarheid van deze verzamelwijze is ook hoog omdat dit op dezelfde manier is verkregen als de vorige methode, de interviews.

Voor de bovenstaande methodes hebben wij informatie vergaard waar wij naar op zoek waren. Dit heeft ervoor gezorgd dat de verkregen informatie ook valide is voor ons onderzoek.

Resultaten

1. Wat verstaat men onder ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg in Nederland?

In deze deelvraag willen wij duidelijk maken wat er wordt verstaan onder ervaringsdeskundigheid. We beginnen met een korte inleiding over het ontstaan van ervaringsdeskundigheid en hoe het zichzelf heeft ontwikkeld tot nu. Verder zijn er tegenwoordig ook discussies of ervaringsdeskundigheid een vak is of niet dat wordt uitvoerig beschreven. Daarnaast wordt ervaringsdeskundigheid steeds vaker ingezet in GGZ in Nederland en heeft het Handvest van Maastricht hier een grote rol in gespeeld.

1.1. Ontstaan ervaringsdeskundigheid

Ervaringsdeskundigheid is zo'n 15 jaar geleden ontstaan binnen GGZ Nederland. Met name in de verslavingszorg. De oorsprong ook vindend binnen de Amerikaanse verslavingszorg, waar "support groups" zoals zelfhulpgroepen van het Minnesota Model hun intrede hadden gedaan in de maatschappij sinds de jaren '50 van de vorige eeuw. Hierin is "peer support" ofwel de 'ondersteuning van gelijken' de grondlegger van de Nederlandse term "ervaringsdeskundigheid".

Om een volledig beeld te krijgen van ervaringsdeskundigheid, moeten we eerst de definitie van peer support afbakenen (Stiver & Miller, geciteerd in Curtis & Hilton, 2001):

Peer support is a system of giving and receiving help founded on key principles of respect, shared responsibility, and mutual agreement of what is helpful. Peer support is not based on psychiatric models and diagnostic criteria. It is about understanding another's situation empathically through the shared experience of emotional and psychological pain. When people find affiliation with others they feel they are "like" them, they feel a connection. This connection, or affiliation, is a deep, holistic understanding based on mutual experience where people are able to "be" with each other without the constraints of traditional (expert/patient) relationships. Further, as trust in the relationship builds, both people are able to respectfully challenge each other when they find themselves in conflict. This allows members of the peer community to try out new behaviors with one another and move beyond previously held self-concepts built on disability and diagnosis. The Stone Center refers to this as "mutual empowerment".

Boevink et al. geven aan dat Novadic-Kentron als eerste in Nederland gebruikte maakte van peer support.

'Alleen in de verslavingszorg (Novadic-Kentron) worden ex-verslaafden al langer als betaalde ervaringsdeskundigen ingezet bij de ondersteuning van de hulpverlening.

Ervaringsdeskundigen werken voor het zogenoemde "support-workers"-project en leiden cliënten toe naar zelfhulpgroepen voor verslaafden.' (2006, p.102)

Zoals blijkt in het stuk van Stiver & Miller, geciteerd in Curtis & Hilton, gaat het bij peer support om een wederzijds begrip. Door dit begrip ontstaat ondersteuning waarbij veiligheid centraal staat. In deze vorm van ondersteuning worden psychiatrische modellen en diagnostiek achterwege gelaten.

Hoe ging het er vroeger aan toe met ervaringsdeskundigheid en wat is er veranderd tegenover nu?

Cliënten hebben jarenlang geleefd in een “cliënt cultuur” waarin de cliënt ziek was en de hulpverlener de sleutel in hun herstel. Curtis & Hilton (2002) geven aan dat “peer support” een groot verschil kan maken binnen deze cultuur:

Peer support can offer a culture of health and ability as opposed to a culture of “illness” and disability. (Curtis, 1999) The primary goal is to responsibly challenge the assumptions about mental illnesses and the same time to validate the individual for whom they really are and where they have come from. Peer support should attempt to think creatively and non-judgmentally about the way individuals experience and make meaning of their lives in contrast to having all actions and feelings diagnosed and labelled (p.7).

Door de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen hebben de cliënten binnen GGZ Nederland een versterkte positie gekregen. Hierdoor kregen cliënten inspraak binnen hun behandeling en werd de “wij tegen zij” cultuur doorbroken binnen de GGZ. In 2006 werd er een nieuwe wet ingesteld: Wet Maatschappelijke Ondersteuning, hiermee werd deze positie nog meer versterkt.

‘De Wet Maatschappelijke Ondersteuning, (WMO) in 2006, deed daar nog een schepje bovenop, door ruimte te bieden aan cliëntenparticipatie en cliënt gestuurde projecten. Maatschappelijk herstel en het inzetten van ervaringskennis en ervaringsdeskundigen zijn daarbij kernbegrippen’ (Handvest van Maastricht, 2010, p.3).

Het Handvest van Maastricht is een toonbeeld voor de samenwerking tussen de gezondheidszorg en de cliëntenraad. In het handvest wordt omschreven dat de verslavingszorg meer gebruik moet maken van ervaringsdeskundigheid. Hiermee word de kennisoverdrachtelijke rol van de cliënt vergroot.

Door deze rolverschuiving wordt de maatschappelijke positie van de cliënt versterkt. Eigen inbreng, participatie en hun verbeterde rechten geven de cliënten een stevigere positie binnen de samenleving.

1.2. Is ervaringsdeskundigheid een vak?

Deze deelvraag is voortgekomen uit de verschillende perspectieven over ervaringsdeskundigheid. De één vindt het geen vak en de ander wel. Om deze vraag te beantwoorden hebben we de literatuur ingekort tot een tweetal artikelen. Eén van Annete Plooy 'Ervaringsdeskundigheid als vak' (2009) welke zegt dat ervaringsdeskundigheid een vak is en de ander van Alie Weerman 'Ervaringsdeskundigheid is *geen* vak' (2009) welke deze tegenspreekt.

Eerst behandelen we het artikel van Plooy. Plooy verteld dat niet iedereen die in de GGZ in behandeling is geweest een ervaringsdeskundige is. Ze spreekt pas van ervaringsdeskundigheid als je in staat bent je persoonlijke ervaring te reflecteren, een plaats te geven en te kunnen verbinden aan de ervaringen van anderen. Je signaleert problemen op tijd en weet wat je dan moet doen en laten. Je luistert en vergelijkt ervaringen van anderen en ontdekt overeenkomsten. Op deze manier breid je je ervaringskennis uit. Vervolgens moet je dan ook in staat zijn om je kennis op een zo effectief mogelijke wijze over te kunnen dragen aan derden. Dus niet elke cliënt is weggelegd voor de rol als ervaringsdeskundige. Tevens kan niet iedere ervaringsdeskundige zomaar overal aangenomen worden. Vaak wordt aangenomen dat iedereen die ervaring heeft met psychisch lijden ervaringsdeskundige is of kan worden. Ervaringsdeskundigheid is een serieus vak en er zal dus ook een serieuze selectie en scholing moeten plaatsvinden voordat iemand zijn eigen ervaringskennis op een juiste manier kan gebruiken om anderen cliënten in een GGZ -instelling te helpen. Plooy vindt ervaringsdeskundigheid wel degelijk een vak als de ervaringsdeskundigen voldoen aan de criteria welke Plooy heeft beschreven.

Volgens het artikel 'Ervaringsdeskundigheid is geen vak' (2009) van Alie Weerman hebben studenten van de opleiding SPH veelal een problematische achtergrond. Dit is gebaseerd op een (meerjaren)studie op de hogeschool Windesheim. Maar liefst 56 procent van de SPH leerlingen komt uit een gezin met problemen of een problematische achtergrond als het hele gezin wordt meegerekend. Bijvoorbeeld zelf verslaafd zijn aan alcohol of ze hebben psychiatrische stoornissen, problemen in het gezin of misschien zelfs ervaringen gehad met een loverboy. De student die uit een probleemloos gezin komt is een uitzondering en beschikt in die zin dus over een schaarse en kostbare ervaringskennis, aldus Weerman.

Studenten die studeren voor professional in de gezondheidszorg die hebben in klassen gezeten met andere studenten die dus ook veel kennis hebben meegekregen vanuit hun eigen situatie. Deze GGZ gerelateerde kennis wordt dus al vanaf het begin van de opleiding aan elkaar overgedragen. De SPH student leert hierdoor dat iedere cliënt anders bejegend moet worden. Ervaringsdeskundigen profileren zich echter alleen met een type aandoening en een soort kennis, namelijk die van henzelf. Weerman vindt dit een onaanvaardbare smalle basis om een erkende medewerker in een GGZ-instelling te zijn. Dus volgens Weerman heeft iemand met "ervaringskennis" niet voldoende ervaring om te werken in de GGZ, hierbij concludeert zij dat ervaringsdeskundigheid geen vak is.

Als je de twee artikelen bekijkt zie je duidelijk de voor en nadelen van het inzetten van ervaringsdeskundigheid in de GGZ. Je kan ook de overeenkomsten zien tussen de twee artikelen. Plooy vindt het dus wel een vak, indien ervaringsdeskundigheid op een bepaalde manier wordt ingezet en diegene voldoet aan bepaalde voorwaarden voordat hij ervaringsdeskundige genoemd mag worden. Weerman vindt dat de ervaringsdeskundigen te weinig en te specifieke kennis bezitten

om dit als beroep te mogen uitoefenen. Dit wil zeggen dat ze er allebei voor pleiten dat niet zomaar iemand met “ervaringskennis” dit als beroep mag uitoefenen. Weerman vindt dit beroep overbodig omdat er al SPH studenten zijn met een soortgelijke kennis over de GGZ en welke veel uitgebreider is dan iemand met “ervaringskennis” van één enkele aandoening. Maar niet elke student heeft een problematische achtergrond of heeft ervaring binnen de GGZ. Dit onderzoek was alleen uitgevoerd op de Hogeschool Windesheim. Hoe dan ook zal ervaringskennis een bron van informatie blijven voor bijvoorbeeld lerende studenten in de sociale professies of cliënten die zich meer begrepen voelen door iemand die ongeveer hetzelfde traject heeft doorlopen. Ervaringskennis zal altijd handig zijn om te hebben maar niet iedereen weet hoe je dit het beste kan toepassen. Er bestaat al een HBO opleiding in Eindhoven die je opleid tot een volwaardig ervaringsdeskundige, evenals een MBO opleiding (De BGE opleiding) in Rotterdam. Op die manier zal ervaringsdeskundigheid ook gerespecteerd worden nadat je ervoor hebt gestudeerd om je kennis op een constructieve manier over te dragen.

De BGE opleiding in Rotterdam is een MBO opleiding die studenten opleid tot ervaringsdeskundigen. Binnen deze opleiding leren zij omgaan met hun eigen ervaringen en hoe deze in te zetten vanuit een herstelgericht perspectief.

Marjo Boer, docente ervaringsdeskundigheid aan de BGE opleiding op het MBO opleidingscentrum Zadkine te Rotterdam, gaf aan hoe ze in de afgelopen jaren zich inzetten om hun opleiding te verbeteren door middel van onderzoek:

Marjo Boer: ‘We hebben gevraagd of Trimbos onderzoek wilden doen naar onze opleiding. Omdat we zekerheid hadden gekregen dat de inhoud van de opleiding goed was en aansloot bij wensen van studenten. Plus, we wilden weten hoe het in de praktijk eruit zag als studenten uit onze opleiding aan het werk waren. Hieruit is een boekje ontwikkeld: “Werken met ervaringsdeskundigen in de GGZ”. Dit was de basis. Op basis daarvan hebben we meerdere aanbevelingen gekregen en hebben we de opleiding verbeterd. Toen kwam er ook een deelkwalificatie dossier en we zijn nu bezig van drie naar twee jaar te gaan.’ (M. Boer, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Hiermee zien we de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid als volwaardig vak door middel van scholing.

1.3. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid in gezet binnen de GGZ NL?

Ervaringsdeskundigheid is een belangrijk begrip geworden binnen de GGZ Nederland, waarbij ervaringsdeskundigheid wordt ingezet om het herstel en de empowerment te bevorderen.

In een recent rapport van Novadic-Kentron (2008) worden onder meer positieve effecten genoemd over deelnemers die het prettig vinden om in een niet-therapeutische omgeving over hun probleem te praten en dat zij sterker het gevoel krijgen weer verantwoordelijkheid voor het eigen leven te kunnen nemen (Karbouniaris & Brettschneider, 2010, p.5).

Ervaringsdeskundigheid groeit uit tot een nieuw domein binnen de GGZ, de verslavingszorg en de Maatschappelijke opvang, aldus van Haaster et al. Er ontbreekt wel een consensus met betrekking tot de visie, domeinbeschrijving, competentieprofiel en opleidingskwalificaties. Deze ontwikkelingen wijzen wel in de richting van verdere professionalisering (Van Haaster en Knooren, 2008, geciteerd in Van Haaster et al., 2009, p.5).

Het competentieprofiel van de ervaringsdeskundige is een punt van discussie. Volgens Van Haaster et al. zijn er algemene competenties en specifieke competenties waarin ervaringsdeskundigen moeten voldoen. Deze specifieke competenties zijn gekoppeld aan werkgebieden.

Algemene competenties voor zijn bijvoorbeeld:

- Anderen helpen om te reflecteren over eigen ervaringen, eigen ervaringen productief te maken en de eigen ervaringsdeskundigheid verder te ontwikkelen.
- In het werk de verbinding kunnen houden met de eigen ervaringswereld waarin de kennis verankerd ligt.
- Het deskundig kunnen inzetten van deze ervaringskennis voor bv. informatieverschaffing, ondersteuning, belangenbehartiging, scholing, consult en onderzoek.
- De ervaringskennis in verbinding kunnen brengen c.q. kunnen confronteren met andere vormen van wetenschappelijke en praktijkkennis.

Specifieke competenties voor ervaringsdeskundigen die werken in de hulp- en dienstverlening aan cliënten:

- Op basis van 'gedeelde herinneringen, herinneringen van het "lichaam", snel toegang hebben tot de gevoelswereld en achtergrond van de cliënt' (van Hoorn, 2007)
- Jezelf, met eigen emotioneel verankerde ervaringskennis, inzetten als instrument bij herstelbegeleiding
- Gerichtheid op kracht, het bovenhalen en activeren van de eigen deskundigheid van de cliënt
- Verschaffen van hoop/werken als rolmodel

Specifieke competenties voor ervaringswerkers aan werken binnen en vanuit een organisatie:

- Je ervaringskennis inzetten voor scholing van collega's: 'hoe de ervaringskennis te verwoorden om tot dialoog te komen, hoe overeind te blijven bij diskwalificatie, hoe grenzen te stellen en goed voor jezelf te zorgen, hoe een segment van ervaringskennis te kiezen om

een goed leerrendement te kunnen bewerkstelligen' (Boevink, 2000)

- Het veroveren van en borgen van een gelijkwaardige conversatieruimte (Van Haaster) voor ervaringskennis
- Helderheid houden over de aanspreekvorm ("ervaringswerker" tegenover "ex-cliënt")
- Borging van het cliëntperspectief: De blikrichting (Zie ook: Van Bakel, Plooy en Kanne in Passagecahier 'Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid', 2006).

Specifieke competenties voor ervaringswerkers die werken in opleiding en training:

- Verbinding houden met het collectief van opgebouwde kennis in de cliënten beweging
- Kwaliteitsborging middels coaching, intervisie en supervisie
- Verdieping en verantwoording van 'werken met en vanuit het kennisdomein ervaringskennis'
- Praktijkervaring inbrengen en verdere opbouw van ervaringskennis (toetsen van ervaringen: Van Haaster, 2008; gebruik van sleutelscènes; van Hoorn, 2007) en experience based evidence (pp. 13-14).

Om te zien hoe ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet binnen de GGZ, moeten we eerst een algemeen beeld krijgen van de mogelijkheden die ervaringsdeskundigen hebben om hun kennis te delen met derden. Van Haaster et al. geven aan in het Kaderdocument Ervaringsdeskundigheid (2009) dat er vijf praktijkdomeinen zijn waarin de inzet van ervaringskennis kan worden verkend:

1. Individuele ondersteuning van "peers"; Zowel vanuit een formeel als informeel contact. In "peer counseling" kan er op methodische wijze ("intentional peer support") therapeutische doelstellingen worden nagestreefd. Dit zou kunnen binnen peergroups, zie punt 2. Ook binnen het juridisch kader zou een ervaringsdeskundige als individuele ondersteuner kunnen werken, zoals in de vorm van belangenbehartiger of als vertrouwenspersoon. Het informele contact zou zich kunnen vormgeven in de vorm van "buddies".
2. Peer support op groepsniveau; Lotgenotengroepen zoals zelfhulpgroepen en herstelgroepen. Ook deze kunnen zowel meer of minder methodisch werken. Hierin is ook de mogelijkheid tot informeel contact.
3. Werkzaam binnen de GGZ; Werken binnen institutionele context zoals de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg, ambulant, e.d. Er zijn specifieke taken voor ervaringsdeskundigen binnen de GGZ zoals psycho-educatie, voorlichting, groepswerk etc. Ook is er ruimte voor werkzaamheden in belangenbehartiging binnen de GGZ, zoals een cliëntenraad.
4. Maatschappelijke context; Een zeer breed domein met vele mogelijkheden. Werken binnen een wijk, voorlichting geven over discriminatie en stigmatisering of werken binnen de sociale dienst zijn enkele voorbeelden van het werken in maatschappelijke context voor ervaringsdeskundigen.
5. Onderwijs en onderzoek; Actief betrokken worden binnen het onderwijs door middel van gastcolleges of cursussen geven op het MBO, HBO en universiteit. Ook binnen onderzoeksinstituten kunnen ervaringsdeskundigen te werk, zoals het Trimbos instituut of binnen lectoraten van Hogescholen. Afgelopen jaren hebben ervaringsdeskundigen bijgedragen aan het ontwikkelen van ervaringskennis en het toetsen van de kwaliteit binnen GGZ instellingen.

Ervaringsdeskundigen zijn werkzaam binnen meerdere sectoren van GGZ Nederland. Deze zijn jeugdzorg, psychiatrie, verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Er zijn binnen verscheidene

andere sectoren, zoals justitie, beginselen voor het opzetten van werken met ervaringsdeskundigen. (Karbouniaris & Brettscheider, 2008)

Er worden vier vormen van ervaringsdeskundige ondersteuning binnen de GGZ onderscheiden door Mowbray & Moxley (in Trimbos-instituut, 2008). Zij geven binnen een schema de volgende onderscheidingen aan:

1. Doel is hulpverlening & Cliënten organisatie:
Cliënt gestuurde projecten als vorm van ervaringsdeskundige ondersteuning. Deze zijn formeel opgezet en worden beheerd door cliënten binnen de GGZ.
2. Doel is hulpverlening & Geen cliëntenorganisatie:
Cliënten geven formele ervaringsdeskundige ondersteuning als werknemers binnen de GGZ. Zij zijn dan in dienstverband.
3. Doel is wederzijdse ondersteuning & Cliëntenorganisatie:
Ervaringsdeskundige ondersteuning van cliënten vanuit informele zelfhulpprojecten. Hier is het verschil tussen begeleiders en cliënten gering.
4. Doel is wederzijdse ondersteuning & Geen cliëntenorganisatie:
Cliënten geven ervaringsdeskundige ondersteuning vanuit cliënteninitiatieven. Deze initiatieven zijn informeel die werken binnen een formele organisatie (GGZ).

Ook Karbouniaris & Brettschneider (2008) onderzochten de inbedding van ervaringsdeskundigen binnen de GGZ. Zij citeerden Schinning & van Slooten (2006) over de motivatie van werkgevers om ervaringswerkers in te zetten. Werkgevers blijken de volgende redenen te hebben:

- Politiek correcte keuze;
- Verbetering modelgetrouwheid;
- Zorgmijders binnenhalen;
- Medicatiebeleid propageren

1.4. Wat zijn de eisen en verwachtingen van de verbetering van empowerment en herstel d.m.v. ervaringsdeskundigheid vanuit Kennisnetwerk het Zwarte Gat

We spraken Gert de Haan, facilitator en moderator van Kennisnetwerk het Zwarte Gat. Wij stelden hem de vraag waar de benaming en het idee van “Het Zwarte Gat” vandaan komt:

Gert de Haan: ‘Het Zwarte Gat komt voort uit dat cliënten de behandelkliniek verlaten en meestal geen werk en netwerk hebben. Ze moeten sterk in hun schoenen staan om te overleven . Dit stuk na de behandeling noemen we dus Het Zwarte Gat.’ (G. de Haan, persoonlijke communicatie, 15 maart, 2012)

‘Het Zwarte Gat is een kennisnetwerk dat verzezen is uit het moedernetwerk van de gezamenlijke cliëntenraden uit de verslavingszorg.’ (Bron geraadpleegd te 16 april 2012: <http://hetzwartegat.info/over-ons.html>)

De website van Het Zwarte Gat vermeldt hoe zij te werk gaan. Deze cliëntenraden zorgen ervoor dat cliënten na hun behandeling in dit zwarte gat terecht komen een positievere kijk te geven en het zwarte gat rooskleuriger te maken. Samen met zorgaanbieders en onderzoeksinstituten wordt er voor deze cliënten een duidelijke weg gemaakt in een anders onoverzichtelijke brei van instanties, regelingen etc. Volgens ervaringsdeskundigen begint het herstel pas na de behandeling op de kliniek.

Het Zwarte Gat geeft aan dat de inzet van ervaringsdeskundigheid een noodzakelijke voorwaarde moet zijn om werkelijk op herstel georiënteerde systemen te ontwikkelen. Evenals dat de verslavingszorg, samen met haar cliënten, haar koers moet verleggen naar een meer cliëntgerichte benadering van verslavingsproblematiek. Ook moet het perspectief op maatschappelijk herstel worden vergroot en een uitgangspunt moet zijn bij het vormgeven van de verslavingszorg. Als laatste geven zij aan dat de individuele kracht van de verslaafde voor, tijdens en na de behandeling de basis moet vormen voor diens herstel.

De doelen van Kennisnetwerk Het Zwarte Gat en samenwerkingspartners zijn als volgt:

- Afname recidive van cliënten in de Verslavingszorg met 50 %.
- 20 % ervaringsdeskundigen werkzaam in Verslavingszorg.
- 60 nieuwe cliënt gestuurde projecten in Verslavingszorg.
- Stimuleren (wetenschappelijk) onderzoek naar ervaringskennis en publicatie standaardwerk over verslavingservaringsdeskundigheid.

Deze doelen wilt het Netwerk realiseren binnen de komende 4 jaar.

Over hoe het Handvest van Maastricht tot stand is gekomen gaf meneer de Haan dit als antwoord:

Gert de Haan: 'Door het conceptualiseren van kennis en beroepen. We hebben gekeken welke kant de sector op moet . Geloof het of niet maar we hebben pas een dag van te voren 3 items op papier gezet.' (G. de Haan, persoonlijke communicatie, 15 maart, 2012)

Ook stelden wij hem de vraag: 'Aan welke eisen en voorwaarden moet Brijder voldoen om de implementatie van ervaringsdeskundigheid te bewerkstelligen?'

Gert de Haan: 'Het handvest is een raamwerk. Er zitten 14 of 15 instellingen in dit raamwerk en die moeten dit zelf invullen. Iedere partij mag beleid maken en experimenteren en boven water te krijgen wat wel en niet loopt. En deze kennis aan elkaar te verspreiden. Er is afgesproken dat er in de 7-8 maanden een monitor wordt gehouden. Nog een instrument is dat 1 keer in de 6 weken komen de vertegenwoordigers in Amersfoort bij elkaar om te bespreken en elkaar informatie door te geven.' (G. de Haan, persoonlijke communicatie, 15 maart, 2012)

Verder vroegen we meneer de Haan of er een einddatum is wanneer Kennisnetwerk het Zwarte Gat de ervaringsdeskundigheid geïmplementeerd wil hebben. Hierop antwoordde hij:

Gert de Haan: 'Nee, wat we wel doen is dat we dit jaar proberen een congres te houden waarin we breeduit de ervaringen willen delen over wat er fout en goed is gegaan. En om daarna te zeggen "dit gaan we doen".' (G. de Haan, persoonlijke communicatie, 15 maart, 2012)

Tijdens het interview vroegen wij ook hoe de instellingen die zijn aangesloten d.m.v. het Handvest van Maastricht worden gemonitord of zij zich aan de gemaakte afspraken houden. Daarbij kregen wij de monitor toegestuurd wat wij ook in onze bijlage hebben gezet, zie bijlage 3. Hieronder vertellen we in het kort wat er in voor komt.

In de monitor komen bepaalde stellingen voor waarbij er gevraagd wordt of de desbetreffende instelling het daarmee eens is. Ook worden er bepaalde elementen, aspecten, visie en doelstellingen genoemd en waarop de instelling antwoordt in hoeverre ze hieraan voldoen of overeenkomen. Voor de hele vragenlijst verwijzen wij wederom naar bijlage 3.

Het Zwarte Gat heeft om deze implementatie controleerbaar te maken proeftuinen opgestart waarin Brijder verslavingszorg de inzet van ervaringsdeskundigheid kan testen en ontwikkelen. Door middel van vragen vanuit de monitor wordt er een beeld geschetst hoe Brijder deze proeftuinen inzet en benut. In het onderstaande citaat worden twee monitorvragen weergegeven, evenals het antwoord van Brijder verslavingszorg:

Empowerment, zelfmanagement en shared-disicionmaking (samen beslissen), zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden en onmisbaar bij het vormgeven van Herstel ondersteunende Zorg. De proeftuinen zijn een plaats, om te onderzoeken hoe tot Herstel ondersteunende Zorg te komen.

Vraag 2: In welke mate spelen bovengenoemde elementen een rol binnen jullie proeftuin(en).

Brijder:

Akkoord met genoemde elementen welke onlosmakelijk verbonden zijn met de initiatieven die binnen Brijder genomen worden.

De uitkomsten van de 1ste monitor lieten het volgende zien t.a.v. proeftuinen:

- 1 Doelstellingen waren niet helder geformuleerd.
- 2 De inbedding van het Handvest werd niet helder omschreven.
- 3 Voor de proeftuinen waren voorwaarden, waaraan te voldoen niet geformuleerd.
- 4 De stem van de cliënt niet geformaliseerd.

Vraag 4: Hebben jullie bovenstaande aspecten gebruikt, of gaan jullie deze gebruiken bij het opstarten van een proeftuin? Graag een toelichting op het antwoord. Welke ervaring hebben jullie daarmee?

Brijder:

Omdat we bij Brijder begonnen zijn met het inrichten van het Project Handvest Maastricht en het management daarbij te betrekken zijn we hier nauwelijks tegen aangelopen. We zoeken vanuit het project aansluiting bij interne en externe initiatieven welke we stimuleren en faciliteren. (Monitor II Handvest van Maastricht, Zwarte Gat, 2011)

Hierbij zegt Brijder verslavingszorg de proeftuinen voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid te stimuleren en te faciliteren en zich te vinden in de facetten van de proeftuinen die Het Zwarte Gat als essentieel ervaart voor het onderzoek naar Herstel ondersteunende Zorg.

2. Wat is de huidige bijdrage van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral behandelkliniek?

Met deze deelvraag inventariseren wij de huidige bijdrage van ervaringsdeskundigen op de Mistral behandelkliniek.

We onderzochten deze door de huidige inzet van ervaringsdeskundigen te concretiseren. Ook door de rollen en taken van de behandelmedewerkers, zowel ervaringsdeskundigen als de niet-ervaringsdeskundigen werkzaam op de afdeling in beeld te brengen. Door deze verschillen en overeenkomsten te onderzoeken, worden de mogelijkheden tot implementatie vanuit het behandelteam geconcretiseerd.

Ook behandelen wij de ideeën en mogelijkheden die de implementatie van ervaringsdeskundigen kunnen verbeteren op de Mistral Behandelkliniek. Deze mogelijkheden worden vormgegeven door behandelmedewerkers (zowel ervaringsdeskundigen als niet ervaringsdeskundigen) en de manager van Mistral.

2.1. Hoe wordt ervaringsdeskundigheid nu ingezet op de Mistral behandelkliniek?

Met deze sub vraag willen wij de huidige inzet van ervaringsdeskundigen op de Mistral behandelkliniek concretiseren. In deze sub vraag geven we drie perspectieven; de inzet vanuit het perspectief van de manager van Mistral, de persoonlijke inzet van ervaringsdeskundigheid en de inzet van ervaringskennis van de cliënten.

We vroegen de manager van Mistral, mevrouw Krassenburg hoe de inzet wordt vormgegeven op de behandelkliniek:

Ingrid Krassenburg manager Mistral: 'Ervaringsdeskundigheid word niet zo zeer ingezet binnen een klinisch programma, althans, tot nu toe niet. Maar wel veel meer in de ambulante settingen. En ik denk dat het daar ook veel beter past. Het feit dat je al die mensen bij elkaar in een groep zet maakt ervaringsdeskundigen onder elkaar, dat is het stukje lotgenoten principe waar het eerder over ging.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, 21 maart, 2012)

Medewerker 1 (ervaringsdeskundige) verteld dat er ook regelmatig "oud" cliënten worden gevraagd om te vertellen over hun eigen behandeling en hoe ze dat hebben ervaren. Waar liepen ze tegenaan, wat waren de resultaten en hoe zijn of haar traject en nabehandeling zijn geweest. Dit gebeurt minstens 2 keer in het jaar. Dit is nog niet structureel ingevoerd maar ze zien dat het wel veel voor de jongeren betekent. Ze zien namelijk dat cliënten zich letterlijk suf hebben geblowd en weinig hoop hebben om hun behandeling op een succesvolle manier af te ronden. Als zo een ex cliënt langskomt en verteld over hun succesvolle behandeling terwijl ze vroeger ook verslaafd waren geeft ze dat weer een beetje hoop. Volgens medewerker 1 is dit een beetje te vergelijken met ervaringsdeskundigheid.

Medewerker 2 (ervaringsdeskundige) geeft aan hoe zij ervaringsdeskundigheid inzet op de behandelkliniek:

Medewerker 2 (ervaringsdeskundige): 'Ik zie een groei in het inzetten van mijn ervaringsdeskundigheid. Ik heb lang bewust een afstand bewaakt. Ik was altijd wel open dat ik ervaringsdeskundige ben. Ik ben in het begin ook gewaarschuwd door de toenmalige zorgmanager om te letten op mijn grenzen. Want die kinderen vragen natuurlijk van alles. In het begin lette ik hier veel op. En nu tijdens mijn schaduwmentorschap begeleid ik een "mini-me" van vroeger. In het begin was dit wel erg lastig. Maar ik kan hierdoor ook wel mijn ervaringsdeskundigheid gemakkelijker inzetten door de overeenkomende raakvlakken. "Kijk eens hier naar" en "zo heb ik het gedaan" en hier kan ik dus steeds meer mee doen, steeds meer mee spelen. Je moet wel opletten dat het inzetten hiervan herstel bevorderend is, dat is van groot belang.' (Medewerker 2, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Alle ervaringsdeskundige respondenten geven aan hun ervaringsdeskundigheid in te zetten wanneer deze nuttig is voor de behandeling van de cliënten. Voor meer inzicht bij het inzetten van ervaringsdeskundigheid verwijzen we u naar vraag 2.2. In deze sub vraag worden de verschillen en overeenkomsten in taken en rollen van behandelmedewerkers met en zonder ervaringsdeskundigheid in beeld gebracht.

De huidige cliënten worden ook sporadisch ingezet op de DTOX om voorlichting te geven over de Mistral behandelkliniek. Op deze manier gebruiken ze hun ervaring van de afdeling die ze ook van elkaar weer hebben verwerft om toekomstige cliënten van de behandel kliniek op de hoogte te stellen en te informeren over de behandeling en het nut van de kliniek.

2.2. Hoe wordt de behandeling door ervaringsdeskundigen ervaren in vergelijking met behandeling door professionals zonder ervaringskennis?

Met deze sub vraag behandelen wij zowel het perspectief van de medewerkers als de cliënten van de Mistral Behandelkliniek. Hierdoor krijgen wij een compleet beeld van de rollen en taken van de behandelmedewerkers, zowel ervaringsdeskundigen als niet-ervaringsdeskundigen, werkzaam op de afdeling. Door deze verschillen en overeenkomsten te onderzoeken, worden de mogelijkheden tot implementatie vanuit het behandelteam geconcretiseerd.

Behandelmedewerkers

Wij geven per gestelde vraag maximaal twee citaten waarin wij proberen zowel ervaringsdeskundigen en niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers aan bod laten komen. De gekozen antwoorden zijn zorgvuldig geselecteerd op validiteit en ter concrete illustratie.

Wij vroegen de geïnterviewden over welke vaardigheden een ervaringsdeskundige die werkzaam is op de Mistral Behandelkliniek moet beschikken. Twee van de negen behandelmedewerkers geven dat de benodigde vaardigheden niet moeten verschillen met die van andere behandelmedewerkers op de kliniek. Deze geïnterviewde zijn Medewerker 1, een ervaringsdeskundige en medewerker 4, een niet ervaringsdeskundige.

Medewerker 1 (Ervaringsdeskundige): 'Ik vind het niet anders dan de vaardigheden die je in huis zou dienen te hebben om behandelmedewerker te zijn. Het is niet specifiek gebonden aan die ervaringsdeskundigheid, maar met de bejegening gaat het gewoon om respect en gelijkwaardigheid. Dus ik vind er niet zoveel verschil in zitten, of eigenlijk geen verschil.' (Medewerker 1, persoonlijke communicatie, 12 maart, 2012)

Medewerker 4: 'Over dezelfde vaardigheden als iemand die niet ervaringsdeskundige is. Hij moet een opleiding hebben gehad natuurlijk, als hulpverlener. En de vraag voor mij is: Welke vaardigheden heb je nodig om hier te kunnen werken. En dat blijft hetzelfde ongeacht of je ervaringsdeskundige ben of niet.' (Medewerker 4, persoonlijke communicatie, 14 maart, 2012)

Drie van de negen behandelmedewerkers geven aan dat de vaardigheden van een ervaringsdeskundige een theoretische onderbouwing moet hebben naast de bestaande ervaringskennis. Ze geven aan indien deze ontbreekt, het een valkuil kan zijn voor de ervaringsdeskundige. Van deze drie behandelmedewerkers zijn er twee ervaringsdeskundigen:

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige): 'Je mist heel veel informatie en kennis als je alleen vanuit je ervaring werkt, want dan is je wereldje erg beperkt. Je moet methodische kennis hebben, anders strandt je. En het gevoel hebben dat het team meer te bieden heeft dan jijzelf, dan komt daar al snel een onderscheid in. Veel cursussen, sturing binnen het werkveld en veel intervisie waarin je dat soort thema's bespreekt, daardoor ontwikkel je.' (Medewerker 3, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Medewerker 8: 'Een van de belangrijkste vaardigheden is een lerende instelling hebben. Openstaan voor veranderingen en andere invalshoeken.' (Medewerker 8, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Wanneer wij de geïnterviewden vragen naar de verschillen in hun rollen op de Mistral behandelkliniek geven alle ervaringsdeskundigen een soortgelijk antwoord. Dit zijn vijf van de negen geïnterviewde behandelmedewerkers. Zij geven aan dat de ervaringsdeskundigen werkzaam op de afdeling meer inzicht hebben in het verslavingsgedrag van de cliënten.

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige): 'Ik denk dat je je als ervaringsdeskundige meer kan verplaatsen in de cliënt en de zaken waar hij of zij tegenaan zou kunnen lopen. Als niet ervaringsdeskundige, bekijk je de verslaving toch meer vanuit een theoretisch kader, naast de ervaring die je hebt binnen de hulpverlening uiteraard. Ik denk dat het een groot verschil is tussen de verschillen in rollen tussen ervaringsdeskundigen en niet ervaringsdeskundigen op de afdeling. En ik denk dat mijn collega's die geen ervaring hebben, het veel meer bekijken vanuit een theoretisch kader. Aangevuld met eventueel ervaring. (...) Het gaat vaak om hele kleine dingetjes. Bijvoorbeeld het volstaat soms in het contact met de cliënt als ik zeg: "Joh, ik weet waar je vandaan komt." En daar kan ik het bij laten.' (Medewerker 3, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Medewerker 2 (ervaringsdeskundige): 'Ik denk dat ik dichterbij de cliënt sta, op een bepaalde manier. Ik denk omdat ik weet waar zij vandaan komen. En dat voelt voor hun vertrouwd, dat stukje herkenning. En ik denk dat ik eerder verslavingsgedrag zie. Ik denk dat ik meer inzicht heb in verslavingsgedrag zoals manipuleren.' (Medewerker 2, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Ook moet worden vermeld dat een niet ervaringsdeskundige, medewerker 6, aangeeft dat de omgang met de jongeren meer individueel wordt bepaald. Zij geeft aan dat er geen verschil is tussen ervaringsdeskundigen en niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers op het gebied van bejegening. Wel is er een verschil in bejegening doordat er een individuele band ontstaat, een bepaalde "klik" tussen de cliënt en de hulpverlener. Volgens haar spelen gemeenschappelijkheden zoals sekse hierin een rol.

Wanneer wij de ervaringswerkers vragen of zij een verschil ervaren in hun taken in vergelijking tot de hun collega's zonder ervaringsdeskundigheid, geven de acht van de negen geïnterviewden aan weinig tot geen verschil te zien. Medewerker 1 (ervaringsdeskundige) geeft als enige een afwijkend antwoord. Hij geeft aan dat bepaalde taken sneller worden toegewezen aan ervaringsdeskundigen, evenals dat hij zichzelf bepaalde taken toe-eigent:

Medewerker 1 (ervaringsdeskundige): 'Zodra collega's weten dat je ervaring hebt met middelengebruik dan zijn er wat specifieke onderdelen die dan op je afkomen. Dit is niet perse een onbesproken regel, maar meer een automatisme. En het speelt ook voor mij, als ik naar mezelf kijk, dat ik dat soort dingen ook soms meer naar mezelf toetrek. Misschien vanuit arrogantie of pretentie dat ik als ervaringsdeskundige meer daarin kan betekenen dan een ander.' (Medewerker 1, persoonlijke communicatie, 12 maart, 2012)

Medewerker 1 (ervaringsdeskundige) geeft enkele voorbeelden waarbij ervaringsdeskundigen sneller worden ingezet. Deze voorbeelden betreffen een thematische exposure (Dit is het blootstellen van de jongeren aan een toneelstuk gespeeld door de behandelmedewerkers waarbij drugsgebruik wordt gesimuleerd) en modules zoals TVP (Terugvalpreventie).

We stelden de vraag aan de geïnterviewden over de meerwaarde van het prominenter implementeren van ervaringsdeskundigen op de afdeling. Zes van de negen behandelmedewerkers, waarvan vier ervaringsdeskundigen, geven allen aan dat de meerwaarde zit in het inzetten van de herkenning en erkenning van de verslaving en verslavingsgedrag. Dit bevordert de herkenning, erkenning en acceptatie van de cliënten op de afdeling omtrent hun eigen verslaving. Dit wordt ook beaamt door Marjo Boer, docente Ervaringsdeskundigheid van de BGE opleiding in Rotterdam:

Marjo Boer: 'De meerwaarde zit in het gevoel dat de ander begrijpt waar je naar toe gaat. De ander heeft ook hetzelfde ervaren. Dat geeft een klik en een prettig gevoel dat je wordt begrepen. Het geeft hoop. Ook kunnen ervaringsdeskundigen een voorbeeld zijn waardoor de cliënt kan denken: "Jij bent al over je verslaving en daar ben ik nog lang niet. Maar het is jouw gelukt dus mij kan dat ook lukken." De andere kant van de medaille is dat dit ook deprimerend kan zijn dat je ziet dat je er veel voor moet doen. Ervaringsdeskundigen en cliënten verstaan elkaars taal. Hierdoor heb je een directere taal om met elkaar te spreken. Ook door dubbele diagnoses zijn ervaringen in medicijngebruik en het begrip hiervoor belangrijk.' (M. Boer, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Medewerker 2 (ervaringsdeskundige): 'De meerwaarde van de inzet van ervaringsdeskundigheid is de erkenning, en dat ik weet waar zij vandaan komen. Evenals dat ik weet waar ze over praten. Dat is wel belangrijk, en dat ik iets kan meegeven over herstel en een clean leven leiden. Want soms word dit nog wel eens geromantiseerd. "Als ik buiten ben dan..." en dan probeer ik zo realistisch mogelijk te benaderen. Dat het dan van belang is om een goede dagbesteding te hebben, omdat je in een soort gat kan vallen. Ook dat het een langdurig proces is.' (Medewerker 2, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Ook geven twee van de negen geïnterviewden, waarvan één ervaringsdeskundige en één niet ervaringsdeskundige, aan dat ervaringsdeskundigen meer confronterend kunnen zijn dan hun collega's zonder ervaringskennis, doordat zij sneller verslavingsgedrag herkennen:

Medewerker 4: 'De meerwaarde ligt in de specifieke kennis over hoe het is om verslaafd te zijn en dat je daardoor meer begrip voor hebt voor iemand. Kennis rondom het verslaafd zijn maar ook over middelen en allerlei psychologische valkuilen die daar omheen hangen zoals liegen manipuleren, ruimte zoeken. Dat is gedrag wat er bij hoort en ik denk dat een ervaringsdeskundige daar sneller zicht op hebben en hierin confronterender in kunnen zijn.' (Medewerker 4, persoonlijke communicatie, 14 maart, 2012)

Ook word er meerwaarde gezien in het delen van kennis met het behandelteam. Een van de negen geïnterviewden, Medewerker 7 een ervaringsdeskundige, geeft aan dat ervaringsdeskundigen hiermee het team kunnen ondersteunen aangezien zij kennis beschikken over bepaalde dynamieken binnen verslavingsgedrag.

Eén van de negen behandelmedewerkers geeft aan dat er ook een meerwaarde zit in het inzetten van de kennis van niet ervaringsdeskundigen omdat deze kennis hebben over het leiden van een gezond leven:

Medewerker 6: 'Toen ik hier net begon vroeg ik me af wat ik te bieden had tegenover mijn collega's. Zij hadden waanzinnig veel ervaring op het gebied van verslaving evenals ervaring van jarenlang werken binnen de verslavingszorg. Toen ik hier over sprak met een collega van de DTOX afdeling (een ervaringsdeskundige) gaf hij aan dat mijn kennis ook zeer van belang was. Hij zei dat de ervaringsdeskundigen geen kennis hebben van het leiden van een gezonde jeugd zonder drugs en alcohol, en ik wel.' (Medewerker 6, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Aan de meerwaarde van de inzet koppelen wij gelijk de vraag wat hierin de valkuilen kunnen zijn bij de implementatie.

Drie van de negen geïnterviewden, allen ervaringsdeskundigen, geven aan dat de valkuil voor de implementatie zit in het gebrek aan theoretische kennis. Eén van deze drie ervaringsdeskundigen, medewerker 1, geeft aan dat dit gebrek aan theoretische kennis ook verhoudt aan de verschuiving van de van pure verslavingszorg naar een behandeling gericht op de dubbele diagnose:

Medewerker 1 (ervaringsdeskundige): 'Verslaving is op zich al een psychiatrisch beeld en je zult merken op deze afdeling dat de focus ook ligt op de wat psychiatrische stukken. Bijvoorbeeld ontwikkelingspsychiatrie: In hoeverre een kind de vrijheid heeft gehad om zich te ontwikkelen tot een min of meer evenwichtig persoon. Als er dus in de voorgeschiedenis zaken zijn gebeurd moet je alles hieruit ook kunnen plaatsen dus alles in een breder perspectief zien en dat is essentieel binnen deze behandeling.' (Medewerker 1, persoonlijke communicatie, 12 maart, 2012)

Twee van de negen geïnterviewden, beiden ervaringsdeskundigen, geven aan dat het afbakenen van je grenzen een valkuil kan zijn binnen de implementatie, omdat je als ervaringsdeskundige ook een kwetsbare positie hebt. Medewerker 3 (ervaringsdeskundige) geeft aan dat de jongeren jouw

grenzen als ervaringsdeskundige opzoeken. De jongeren kunnen persoonlijke vragen stellen omtrent het persoonlijke leven evenals de gebruikersperiode van de ervaringsdeskundige. Hij geeft aan dat de jongeren zich kunnen gaan vergelijken met de ervaringsdeskundige op het gebied van gebruik. Het bewaken van de grenzen binnen afstand en nabijheid is voor de ervaringsdeskundige een dunne scheidslijn. Als de ervaringsdeskundige te veel persoonlijke informatie deelt bestaat de kans dat deze chantabel is. Deelt de ervaringsdeskundige te weinig ervaringskennis, bestaat de kans om een te grote academische insteek te hebben binnen de omgang met de jongeren, aldus Medewerker 3.

Eén van de negen geïnterviewden gaf ons een nieuw perspectief over de valkuilen van de inzet van ervaringsdeskundigheid. Medewerker 4 gaf aan een kritische blik te hebben op de meerwaarde van ervaringsdeskundigheid. Hij vraagt zich af in hoeverre het in constant bezig blijven met je eigen verslaving gezond is:

Medewerker 4: 'De meerwaarde van ervaringsdeskundigheid is dat het een expertise is. Dat je verslavingsgedrag sneller herkent en dat je er meer verstand van hebt omdat je dit uit eigen ervaring hebt geleerd. Ik heb een kritischere visie op omdat ik een niet gebruiker ben. Het valt me op dat hier altijd positief over word gedaan en dat het een meerwaarde is. Je kan ook zeggen om het heel erg te chargeren: Als je zelf verslaafd bent geweest en gaat werken binnen de verslavingszorg, in hoeverre ben je dan nog steeds verslaafd? Waarom moet je nog altijd bezig zijn met middelen gebruik als je zelf al afgekickt? Waarom ben je dan nog altijd bezig met drugs. Dit is iets waar je heel kritisch op moet zijn lijkt mij als ervaringsdeskundige: "Wat heeft dit nog met mij te maken, waarom vind ik het nog leuk om met drugs en alcohol bezig te zijn?" (...) Je blijft een beetje een gebruikers scene houden. Je moet gewoon een omgeving hebben van jonge gezonde mensen die verder gaan in het leven en andere dingen centraal houden. En ik denk echt dat als je als cliënt weggaat uit de kliniek en je hebt in je hoofd zitten "Ik wil hier gaan werken" dat hij of zij het gebruik niet goed heeft afgesloten. Dat is nog een lijntje wat je behoud met het gebruikerswereldje. En wat ook een rol speelt, als we het hebben over de scene, dat iemand die veel heeft gebruikt in de bewonersgroep aanzien heeft. Dat is een opgave van een verslavingsdeskundige: "Wat heb ik eruit te halen als oud gebruiker om te werken binnen de verslavingszorg en hoe zorg ik ervoor dat dit geen grote rol gaat spelen." (...) Hierom vind ik dat een oud cliënt ook minimaal twee jaar clean moet zijn voordat deze werkzaam mag zijn als ervaringsdeskundige.' (Medewerker 4, persoonlijke communicatie, 14 maart, 2012)

Twee van de negen geïnterviewden, geen ervaringsdeskundigen, gaven aan dat er een valkuil kan ontstaan door het aanzien die ervaringsdeskundigen verwerven bij de cliëntengroep. Dit wordt tevens geïllustreerd in het bovenstaande citaat.

Twee van de negen geïnterviewden, beiden ervaringsdeskundigen, gaven aan dat er valkuilen zitten op organisatieniveau. Beiden volgen nu ook een interne opleiding voor ervaringsdeskundige en pleiten een concreter beleid met betrekking tot de inzet van ervaringsdeskundigheid. Hierbij moet de afbakening van de rollen en taken van ervaringsdeskundigheid worden vermeldt:

Medewerker 5 (ervaringsdeskundige): 'Ik denk dat de organisaties op zich moeten stil staan. Als jij ervaringsdeskundigen in huis haalt dan heeft diegene ander gedrag dan iemand die nooit iets heeft meegemaakt en ik denk dat er wel openheid nodig is over wat je nou verwacht van een ervaringsdeskundige. Eigenlijk is het wel voor iedereen van belang. Het is wel prettig om van je leidinggevende te horen krijgen welke kant je op gaat. Wat is nou de bedoeling, ect. Ik doe nu de ervaringsopleiding, maar waarvoor doe ik die opleiding? Er moet een concretere afbakening zijn van de rollen en taken van ervaringsdeskundigen.' (Medewerker 5, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Medewerker 7 (ervaringsdeskundige): 'Ik denk het feit dat er nu niks met ervaringsdeskundigheid word gedaan een valkuil is. Het word niet ingezet. Er is geen beleid op. Er zijn mensen met ervaringskennis, maar er is niet over gesproken wat voor rol die mensen op zich nemen. Ik denk dat het belangrijkste is dat die mensen inderdaad getraind worden zodat ze dat kunnen inzetten zodat ze er voordeel uit kunnen halen. Dus daar ben ik wel positief over dat ze binnen de Brijder daar handen en voeten aan geven. Ik zou daar beleid op maken. Dat je bijvoorbeeld een gesprek aan gaat of je dat zou willen gebruiken en hoe. En in ieder geval aanbieden om ze erop te trainen zodat je de valkuilen ervan herkent. Zo'n gesprek zou moeten plaatsnemen bij de aanname. Dus dat ze moeten vragen of je ervaring hebt op dit gebied. Is dat iets wat je ook wilt inzetten en wat betekent dat voor je. Ik denk ook dat het de moeite waard is om dit te spreken. Om te kijken wat betekent het voor jou en voor de patiënten. Dus dat ligt bij het management.' (Medewerker 7, persoonlijke communicatie, 4 april, 2012)

Vier van de negen geïnterviewden, waarvan twee ervaringsdeskundigen, gaven aan dat ervaringsdeskundigen niet alleen vanuit hun eigen ervaring moeten handelen, omdat dit tot een valkuil kan leiden. Ook Marjo Boer, docente Ervaringsdeskundigheid op de BGE opleiding ziet dit als valkuil:

Medewerker 8: 'Sommige denken "Wat goed voor mij is, is dus ook goed voor een ander" dat klopt dus niet. Vroeger gingen ze zo te werk. Als er een verbeter punt is dan zou het zijn openstaan voor andere visies.' (Medewerker 8, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Marjo Boer: 'Belangrijkste is dat ervaringsdeskundige zelf hebben meegemaakt dat ieder behandeling heel uniek is. Dit kan ook meteen een valkuil zijn dat sommigen denken dat wat voor mij heeft geholpen ook voor jou zal helpen.' (M. Boer, persoonlijke communicatie, 5 maart, 2012)

Clëntenperspectief

De vijf cliënten die we hebben geïnterviewd zitten allen in hun tweede of derde fase van hun behandeling op de Mistral behandelkliniek. De tweede fase is gericht op het behalen van de behandeldoelen en de derde fase is de resocialisatiefase van de cliënt. Wij hebben voor deze fases gekozen omdat de cliënten minimaal 4 maanden op de kliniek zijn behandeld, dit zorgt voor valide informatie.

Met onze interviews wilden het cliënten perspectief over de huidige inzet van ervaringsdeskundigheid op de kliniek in kaart brengen, evenals inzicht verkrijgen in de mogelijkheden voor het inzetten van de ervaringskennis van de cliënten.

Ook binnen het cliënten perspectief geven wij maximaal twee citaten per onderwerp ter illustratie.

Wij vroegen de cliënten of zij verschil ervaren in de werkwijze en bejegening tussen ervaringsdeskundige behandelmedewerkers en niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Drie van de vijf cliënten gaven aan sneller iets aan te nemen (zoals een mening of advies) van ervaringsdeskundigen dan niet ervaringsdeskundigen, omdat zij veel waarde hechten aan het inzicht van ervaringsdeskundigen:

Cliënt 2: 'Ik zie niet echt verschil in kwaliteit van behandeling als je ervaringsdeskundigen met niet ervaringsdeskundigen vergelijkt. Ik denk wel dat je sneller iets aanneemt van iemand waarvan je weet dat hij er een verleden mee heeft, dan dat je iets aanneemt van iemand die dat niet heeft. (...) Als je weet dat iemand hetzelfde proces heeft meegemaakt van afkicken en een behandeling, dan heb ik er meer vertrouwen in dat iemand weet waarover hij het heeft. Als iemand zegt te begrijpen wat je doormaakt is dat vaak niet zo.' (Cliënt 2, persoonlijke communicatie, 16 april, 2012)

Twee van de vijf cliënten geven aan dat de ervaringsdeskundigen werkzaam op de kliniek toleranter zijn dan de niet ervaringsdeskundigen. Cliënt 1 gaf aan dat deze tolerantie voorkomt uit zowel de karaktereigenschappen van de ervaringsdeskundige als zijn of haar ervaringskennis. Ervaringsdeskundigen kunnen volgens hem zich meer verplaatsen in de cliënt en accepteren hierdoor meer van de cliënt en diens gedrag. Cliënt 4 gaf aan dat niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers minder vertrouwen hebben in de cliënt dan de ervaringsdeskundigen:

Cliënt 4: 'Ik denk dat degene die geen ervaringsdeskundige zijn harder zijn in bepaalde dingen. Dat ze veel minder snel vertrouwen dan dat een ervaringsdeskundige doet. (...) Ja, behandelmedewerkers zonder ervaringskennis behandelen je anders. Sommige zijn heel straight to the point, ze zijn veel feller. Ze kunnen je keihard op de punten wijzen. Dat doen ervaringsdeskundigen ook wel, maar ze zijn toleranter.' (Cliënt 4, persoonlijke communicatie, 18 april, 2012)

Eén van de vijf cliënten gaf aan weinig verschil te zien in de bejegening van ervaringsdeskundige behandelmedewerkers in vergelijking met de bejegening van niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Wel gaf deze cliënt (cliënt 5) aan dat andere cliënten sneller iets aannemen

van ervaringsdeskundigen doordat zij hen als rolmodel zien, omdat deze ook een verslavingsverleden hebben.

Ook vroegen wij de cliënten wat voor hen de meerwaarde is van de inzet van ervaringsdeskundigen werkzaam op de kliniek. Alle cliënten gaven aan dat ervaringsdeskundigen inzicht hebben in het gebruik en de problematieken die hiermee gepaard gaan. Drie van de vijf cliënten gaven aan dat ervaringsdeskundigen op de afdeling een voorbeeldfunctie vervullen. Van deze drie cliënten gaven er twee aan dat deze voorbeeldfunctie hen hoop geeft voor de toekomst:

Clïënt 2: 'Ik vind het heel belangrijk. Het is goed voor cliënten om te zien; ook al zit je met je verslaving en je problemen, dat je een voorbeeld hebt van mensen die hetzelfde hebben meegemaakt en er bovenop zijn gekomen. Ze hebben hun leven goed op de rails, ze hebben een gezin en een baan. Want vanuit je omgeving zie je alleen de negatieve kanten ervan, hoe mensen aftakelen door drugsgebruik en dat het erger en erger wordt. Zo zie je dat het ook anders af kan lopen, en dat is ook stimulerend. Je ziet ook dat veel mensen die hier in behandeling zijn ook hierna in de zorg willen werken. Dat vind ik wel leuk om te zien, dat geeft een beetje hoop.' (Clïënt 2, persoonlijke communicatie, 16 april, 2012)

Clïënt 3: 'Het geeft je het idee "het kan ook zonder en het gaat allemaal wel lukken". Deze mensen zijn al tientallen jaren clean. Het geeft hoop. Het is vertrouwt en veilig, want ze weten waar ze over praten.' (Clïënt 3, persoonlijke communicatie, 18 april, 2012)

Ook gaven twee van de vijf cliënten aan dat ze de inzet van ervaringsdeskundigen binnen de verslavingszorg als prettig ervaren.

Eén van de vijf cliënten gaf aan zelf de meerwaarde niet te zien, maar de meerwaarde van het inzetten van ervaringskennis op de Mistral behandelkliniek te erkennen als behulpzaam voor zijn medecliënten. Clïënt 5 gaf aan dat ervaringskennis een extra vorm van kennis is bovenop de kennis van de hulpverlener.

Ook vroegen we twee cliënten of het verschil maakt als een ervaringsdeskundige lang geleden heeft gebruikt en in hoeverre zij nog zicht hebben op moderne drugs. Beiden gaven aan dit niet storend te vinden. Clïënt 2 gaf aan dat dit komt doordat het herstelproces altijd hetzelfde is.

Uiteindelijk vroegen wij de cliënten hoe zij hun ervaringskennis zouden willen inzetten, zowel vanuit een intern (binnen de afdeling) of een extern (buiten de afdeling) gebied:

Alle vijf cliënten geven aan dat ze geen nut zien in het krijgen van voorlichting maar dat ze wel de meerwaarde zien van het geven van voorlichting vanuit hun cliëntenrol. Clïënt 1 geeft aan dat hij intern zijn ervaringskennis probeert in te zetten om kennis over te dragen aan groepsgenoten. Hij zegt dit te doen door hen aan te spreken en hen proberen een spiegel voor te houden. Externe ervaringskennis overdragen zou hem helpen om zekerder te worden voor grote groepen indien dit

regelmatig zou gebeuren. Hij zegt zijn twijfels te hebben of voorlichting effect zou hebben op degene die deze krijgen, omdat jongeren er volgens hem niet naar zullen luisteren.

Cliënt 2 geeft aan zelf een lotgenotengroep voor verslaafde jongeren te missen buiten een klinische setting. Door niet gelijk vast te zitten aan een instantie, zoals Brijder verslavingszorg, is er meer vrijheid om dit vanuit je huiselijke setting ondersteuning te zoeken. Ook geeft ze aan dat er mogelijkheden moeten bestaan voor informatie op het internet. Dit zou stimulerend werken. Ook cliënt 2 geeft aan mogelijkheden te zien in het geven van voorlichting indien de goede doelgroep bereikt zou worden. Ze zou er voldoening uit halen om iets voor anderen te doen.

Cliënt 2: 'En hoe het zou zijn om voorlichting te geven? Ja leuk. Ik weet nog dat ik in groep acht met de klas naar de gevangenis ging om met drugsverslaafden te praten. Het heeft een grote indruk op mij gemaakt, maar ja het heeft me er niet van weerhouden om het zelf wel te gaan doen. Maar ik denk wel dat het positief is, als je de goede doelgroep bereikt. Om zelf voorlichting te geven lijkt mij veel voldoening geven, om iets voor anderen te doen. (...) Ik denk dat de implementatie tegelijkertijd concreet en open moet zijn. Ik weet het niet, maar ik denk wel dat het haalbaar is.' (Cliënt 2, persoonlijke communicatie, 16 april, 2012)

Twee van de vijf cliënten geven aan kennis te willen overdragen aan hun systeem en sociale netwerk in de vorm van voorlichting. Cliënt vier gaf aan in dubio te zijn of ze voorlichting zou willen geven aan groepen. Ze zou willen bewijzen dat het stigma van verslaafden niet geldt voor iedereen. Maar toch zou ze liever hierover in gesprek gaan met haar eigen omgeving dan jongeren te waarschuwen over drugsmisbruik. Deze zou haar ook niet hebben geholpen. Tevens gaf ze aan het eng te vinden om voor groepen te spreken. Cliënt vier gaf tevens aan om na haar behandeling als ervaringsdeskundige te willen werken in de verslavingszorg.

Cliënt 4: 'Veel mensen hebben een andere kijk op verslaafden... Mijn zusje kwam er laatst ook mee, sommige mensen denken echt dat verslaafden niemand meer hebben, dat ze alleen zijn. Aan de andere kant zou ik wel willen bewijzen dat het niet zo is, maar het zou eigenlijk niets voor mij zijn. Ik zou liever mijn eigen omgeving ermee willen helpen dan dat ik kinderen ga waarschuwen om geen drugs te gebruiken. Ik ben van te voren ook altijd gewaarschuwd "Niet doen, het is slecht voor je" maar ik ben het toch gaan doen. Ik zou het dichterbij thuis houden ja.' (Cliënt 4, persoonlijke communicatie, 18 april, 2012)

Ook cliënt 5 beaamt dit. Hij zou liever vrienden voorlichten, tips geven en helpen met drugs- en alcoholmisbruik dan om voor een groep te staan waarbij hij denkt niet gehoord te zullen worden.

Eén van de vijf cliënten, Cliënt 3, gaf aan geen behoefte te hebben om na haar behandeling bezig te blijven met haar verslaving door het inzetten van ervaringsdeskundigheid. Zij zegt niet bezig te willen blijven met de verslaving. Ook zij zet haar vraagtekens bij het krijgen van voorlichting van verslaafde jongeren omdat deze eerst hun eigen fouten moeten maken voordat zij aan verandering toe zijn. Maar het zou nooit kwaad kunnen om het te proberen, aldus cliënt 3.

Cliënt 3: 'Ik zie dan mensen voor me die na hun behandeling nog steeds naar meetings blijven gaan, maar dat zie ik mezelf niet doen. Om daar maar steeds bezig mee te blijven. Ik denk dat als je er nog jaren mee bezig blijft dat het nog te dicht bij je blijft staan.' (Cliënt 3, persoonlijke communicatie, 18 april, 2012)

2.3. Hoe zou de Mistral behandelkliniek de bijdrage van ervaringsdeskundigheid willen verbeteren binnen de afdeling?

Deze sub vraag behandelt de ideeën en mogelijkheden die de implementatie van ervaringsdeskundigen kunnen verbeteren op de Mistral Behandelkliniek. Deze mogelijkheden worden vormgegeven door behandelmedewerkers (zowel ervaringsdeskundigen als niet ervaringsdeskundigen) en de manager van Mistral.

Wij stelden deze vraag zowel aan behandelmedewerkers als aan de manager van Mistral, Ingrid Krassenburg. De manager gaf aan haar vraagtekens te zetten bij de meerwaarde van de implementatie van ervaringsdeskundigheid op de afdeling. Deze hebben we niet vermeld bij vraag 2.2, aangezien wij vinden dat de informatie die zij ons verstrekke een concreet beeld geeft over de verhouding tussen het veranderende beleid en het Handvest van Maastricht. Voor verder inzicht in de beleidswijzigingen, evenals het theoretische kader van het TG model en het Competentiemodel verwijzen wij u naar vraag 3.

Ingrid Krassenburg: 'Er zijn enkele medewerkers die een verslavingsgeschiedenis hebben, dat alleen is al nuttig, maar we hebben jaren geleden al gezegd bij Brijder: "Het is nuttig, maar het is zeker niet voldoende". Dus iedereen die hier wil blijven werken moet zich scholen. En dat is maar goed ook. En hoe ieder individueel zijn ervaringsdeskundigheid mee wil nemen in zijn contacten met patiënten, daar is nu wat discussie over.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, 21 maart, 2012)

Wij vroegen de manager of er mogelijkheden zijn om vanuit ervaringsdeskundigheid te werken binnen het competentiemodel. Binnen dit model is er meer ruimte voor de psychiatrische stoornissen van de cliënten (Dubbele diagnose; Naast een verslaving ook gediagnostiseerde stoornis), hierom stelden wij ook de vraag of ervaringsdeskundigheid in te zetten vanuit een psychiatrisch perspectief. Dit in de vorm van bijvoorbeeld psycho-educatie, zoals een ADHD module. De manager gaf aan geen meerwaarde te zien in de implementatie vanuit een module binnen het behandelprogramma. Ze gaf aan het lastig te vinden om de implementatie een plek te geven binnen een klinisch programma, mede door de Zes Pijlers van Brijder.

De Zes Pijlers van Brijder zijn door de Brijder opgestelde richtlijnen om top zorg te leveren binnen de GGZ. Om het keurmerk TOPGGZ te behalen moet Brijder Jeugd voldoen aan bepaalde criteria.

'Dit keurmerk is bestemd voor zeer gespecialiseerde patiëntenzorg waarbij hoge kwaliteit van zorg wordt gecombineerd met wetenschappelijk onderzoek, innovatieve behandelingen en kennisverspreiding' (Bron geraadpleegd te 29 april 2012: <http://www.brijder.nl/Verslaving/onderzoek/lopendeonderzoeken,onderzoek-topggz-brijder-jeugd>)

Onderdeel van deze criteria is het naleven van De Zes Pijlers op de Mistral Behandelkliniek. Voor een geheel overzicht van de pijlers verwijzen wij naar bijlage 4.

Mevrouw Krassenburg gaf aan dat de inzet van ervaringsdeskundigen op de behandelkliniek met name voortkomt vanuit hun voorbeeldfunctie naar de cliënten. Binnen het competentie model zullen behandelmedewerkers ook meer werken vanuit hun voorbeeldfunctie. Deze omwenteling binnen het

dagelijks klimaat op de afdeling zal een uitwerking hebben op de rollen en taken van de behandelmedewerkers, aldus mevrouw Krassenburg. Door de behandelmedewerkers meer op de groep te laten functioneren wordt de barrière tussen de hulpverlener en de cliënt kleiner. Mevrouw Krassenburg geeft ook aan dat het niet gaat over wie de kennis overdraagt, ervaringsdeskundige of geen ervaringsdeskundige, als de kwaliteit van deze inzet maar voldoet. Binnen de behandelkliniek is de kwaliteit van deze kennisoverdracht hoog aangezien iedere behandelmedewerker, ongeacht of deze ervaringsdeskundige is of niet, geschoold is.

Ingrid Krassenburg: 'Alles is mogelijk, maar wat is de meerwaarde er van? Is het nuttig? Het kan natuurlijk, maar je moet goed behandelen. Dat is één. En of die module nou gegeven word, of die psycho educatie, door iemand die dat nou wel of niet zelf heeft, hangt van één ding af: De kwaliteit van die inzet. Dus wie dat ook doet maakt mij persoonlijk eerlijk gezegd niet zoveel uit, maar iemand moet er verstand van hebben. (...) Maar ik zou er nooit aparte modules voor gaan maken, want dat vind ik niet nuttig. Dat vind ik geen meerwaarde hebben in een programma.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, 21 maart, 2012)

Hierop stelden we de vraag in hoeverre het Handvest van Maastricht verhoudt met de Zes Pijlers van Brijder. Ze gaf aan dat het inzetten van ervaringsdeskundigen binnen de verslavingszorg een besluit is vanuit Brijder. Dit is geen verplichting. Ze stelt de vergelijking met PsyQ, die een beleid hanteren waarin de inzet van ervaringsdeskundigheid niet de norm is. Het prominenter implementeren van ervaringsdeskundigheid zit in ons aanname beleid. Mevrouw Krassenburg geeft aan dat de pijlers richting geven in het bieden van goede zorg. Ervaringsdeskundigheid is hier nooit een onderdeel van geweest en is geen noodzakelijke voorwaarde. De inzet van ervaringsdeskundigheid is ook individueel bepaald en ervaringsdeskundigen moeten voor zichzelf bepalen hoe ze deze vormgeven op de werkvloer in omgang met de patiënten. Ook wijst ze ons erop dat de inzet van ervaringsdeskundigheid niet altijd goed is verlopen, en dat dit vervelend is voor de ervaringsdeskundige, de patiënten en de afdeling. Ze geeft aan dat hier ook naar moet worden gekeken.

Ingrid Krassenburg: 'Daarnaast zijn de pijlers gewoon belangrijk, want er moet richting worden gegeven en het gaat om goede zorg. En daar zitten een aantal noodzakelijke onderdelen in. Ervaringsdeskundigheid is nooit een van die onderdelen geweest. Het is iets dat daarbij komt. Het kan heel fijn zijn. Hetzelfde als dat mensen een zeven geven voor het eten en geen drie. Het is meer een soort extraatje dan een soort noodzakelijke voorwaarde, en daarom zijn die pijlers belangrijker.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, 21 maart, 2012)

Vanuit het perspectief van de behandelmedewerkers (zowel ervaringsdeskundigen als niet ervaringsdeskundigen) stelden wij ook de vraag in hoeverre ervaringsdeskundigheid een prominentere plek kan hebben binnen de kliniek of dat er verbeterpunten zijn in de huidige inzet. Hierin vroegen wij zowel te kijken naar de inzet van ervaringsdeskundigen als de aanwezige ervaringskennis van cliënten.

Eén van negen geïnterviewden zegt te zich af te vragen of de inzet een meerwaarde heeft hij het

behandelproces van de cliënten. Medewerker 1, een ervaringsdeskundige, zegt niet te weten of er verbeterpunten zijn. Hij zegt benieuwd te zijn in hoeverre ervaringsdeskundigheid een prominenter plek zou kunnen hebben binnen Brijder verslavingszorg en of deze zo effectief is als men verwacht. Hij geeft aan zelf meer ervaringskennis op te zoeken buiten de een klinische setting zoals de Mistral Behandelkliniek. Hij geeft hierbij zelfhulpgroepen als voorbeeld.

Medewerker 1 (ervaringsdeskundige): 'Ik kan me er iets bij voorstellen. Maar of het nou het een meerwaarde heeft bij het behandelproces van de cliënten, weet ik niet zo goed.'
(Medewerker 1, persoonlijke communicatie, 12 maart, 2012)

Drie van de negen geïnterviewden geven aan dat de ervaringskennis van de cliënten een grotere rol zou kunnen spelen binnen de behandeling. Medewerker 2 (ervaringsdeskundige) gaf aan dat er al gebruik wordt gemaakt van de ervaringskennis van de cliënten, maar dat deze elkaar meer moeten ondersteunen binnen de behandeling. Medewerker 2 gaf aan dat de cliënten uit de latere fase een grotere rol zouden mogen hebben binnen het aanspreken van de cliënten in jongere fases. Volgens haar is dit wel typerend voor het TG model en wordt het tevens bepaald door de groepsdynamiek. Deze ondersteunende rol zal door de veranderende doelgroep (en veranderende beleid) meer bij de behandelmedewerkers komt te liggen. De doelgroep verschuift steeds meer richting psychiatrie en hierdoor moeten verwachtingen jegens de doelgroep worden bijgesteld. Bijvoorbeeld op het gebied van zelfinzicht of inzicht in de mede cliënten.

Medewerker 2 (ervaringsdeskundige) 'Ze moeten elkaar iets meegeven in plaats van elkaar afsnauwen. Hierin zouden de fase 3ers de kar in moeten trekken. Maar dat ligt echt aan de groep die je op dat moment binnen hebt. Ook de doelgroep verandert meer, er is steeds meer psychiatrie. Dus je kan soms niet zo veel meer van hen verwachten op het gebied van zelfinzicht of inzicht in de ander. Het is ook de bedoeling dat wij (als medewerkers) meer op de groep gaan zitten, uit het kantoor komen. Dan kunnen wij hen daar meer op wijzen.'
(Medewerker 1, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Medewerker 6 zit in de interne werkgroep die de beleidsveranderingen uitwerken. We stelden haar vragen over de implementatie van ervaringsdeskundigheid binnen het competentiemodel. Zij gaf aan dat ze niet zeker weet of het beschikken van ervaringsdeskundigheid veel verschil maakt binnen het competentiemodel. Het implementeren van ervaringsdeskundigheid in een aparte module zou lastig zijn, aangezien de inzet hiervan vanuit een breder perspectief moet worden bekeken. Binnen het competentie model wordt er gewerkt naar het evenaren van de gehanteerde maatschappelijke normen. Deze stappen die gezet moeten worden om deze norm te bereiken kunnen soms erg groot zijn door de verslavingsachtergrond van de cliënt. Medewerker 6 gaf aan dat hierin ervaringsdeskundigen een belangrijke rol kunnen spelen door het herkennen en benoemen van afwijkend gedrag. Dit zou mogelijk zijn op zowel confronterende wijze als ingezet binnen een rollenspel.

We vroegen medewerker 6 in hoeverre het mogelijk zou zijn dat de cliënt zijn ervaring kan inzetten. Bijvoorbeeld in de vorm van voorlichting geven over de kliniek op de DTOX afdeling. Hierbij gaf ze aan dat het voor de doelgroep, pubers en jong adolescenten, erg belangrijk is wat hun

leeftijdgenoten doen. Door het geven van voorlichting van de behandelkliniek op de DTOX afdeling is hierom bij uitstek een taak voor de jongeren. Ze geeft aan dat ze sneller geneigd te zijn om te luisteren naar ervaringsdeskundige leeftijdsgenoten dan naar volwassenen. Vroeger was er eenmaal per maand een voorlichting vanuit de behandelkliniek naar de DTOX afdeling, maar de huidige frequentie is zeer laag.

We vroegen medewerker 6 of het mogelijk zou zijn om de cliënten ook een voorbeeld functie te geven in de vorm van voorlichting op scholen. Hierbij gaven we aan dat de cliënten dan ook in contact komen met “gezonde jongeren” in de maatschappij. Medewerker 6 gaf aan dat ze dit een zeer goed idee vond. Met name omdat cliënten het lastig vinden om zich te verplaatsen in het leven van jongeren die een drugs vrije en gezonde jeugd hebben gehad. Hierdoor zouden ze meer inzicht kunnen verwerven.

Ook vroegen we aan medewerker 6 of deze vorm van voorlichting zou kunnen worden toegepast als symbolische faseovergang binnen de behandeling naar de jongeren. Ze gaf aan dat ze dit een goed idee vond. Cliënten worden dan gedwongen om kritisch te kijken naar hun eigen levensloop, en dit zet ze aan het denken. Tevens kan dit zorgen voor een gevoel van voldoening. Wél moet in acht worden gehouden dat de haalbaarheid van dit soort opdrachten individueel moeten worden bekeken. Indien je een angstige jongere voor een groep zou zetten zou je hen hiermee kunnen beschadigen.

Medewerker 6: ‘Ja, lijkt me heel goed. Ik denk dat dat een hele goede is eigenlijk. Ik heb daar nog niet over nagedacht. We hebben dit heel soms al gedaan, sporadisch. Wat je merkt als ze voorlichting hebben gegeven op school. Dan moeten ze hun eigen verhaal heel helder vertellen en interessant. En dan staan ze zo stil wat ze hebben bereikt en meegemaakt en dat dat bij hun zelf ook veel doet. Je kijkt dan heel kritisch naar je eigen verloop. En de reacties die uit de zaal komen doet ze ook nadenken. (...) Ik kan me ook voorstellen dat dit een gevoel geeft van “Joh ik kan iets terug doen nadat ik alleen ellende heb veroorzaakt.”’ (Medewerker 6, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Medewerker 3, een ervaringsdeskundige en tevens zorg coördinator, gaf aan dat door het veranderende beleid er minder aandacht wordt besteed aan het inzetten van ervaringsdeskundigheid op de afdeling. Hij gaf aan dat ervaringsdeskundigen dit bewuster kunnen inzetten in de vorm van psycho-educatie waarbij kennis met betrekking tot het herstelproces een grotere rol moet krijgen. Ervaringsdeskundigen zouden meer uit eigen ervaringen moeten vertellen en hierin een voorbeeldfunctie aannemen. Medewerker 3 gaf aan dat ook de cliënten hierin een prominentere rol kunnen hebben in de vorm van een voorbeeldfunctie. De cliënten zijn geneigd om hun ervaringskennis in te zetten als opschepperij. Door de cliënten deze kennis op productieve wijze in te zetten in de vorm van voorlichting op de DTOX afdeling of op scholen, zouden ze deze voorbeeldfunctie kunnen ontwikkelen. Ook geeft hij aan dat de ervaringsdeskundigen de scheidlijn tussen psychiatrie en verslaving meer moeten benoemen. Als optimale toepassing van ervaringsdeskundigheid ziet medewerker 3 het bewust inzetten van eigen ervaringen en hier secuur mee om gaan. Ook geeft hij aan dat een ervaringsdeskundige zich moet blijven ontwikkelen.

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige): 'De optimale toepassing van ervaringsdeskundigheid zie ik dat je jezelf ontwikkeld en niet alleen vanuit je eigen ervaring put en heel bewust je ervaring inzetten op de momenten dat jij dat nodig acht. En hier heel secuur mee omgaan. Ik denk dat de optimale ervaringsdeskundige is op de afdeling. En binnen een team kan je daar meer je collega's mee scherp houden. "We hebben het nu over zijn ziektebeeld, maar er zit ook gewoon een stuk verslavingsgedrag in, en daarom doet hij zo en zo" dus de scheiding tussen psychiatrie en verslavingsgedrag, dat vaak ook wel een beetje door elkaar heen loopt, benoemd. Je moet de verslavingsproblemen en het gedrag dat hieraan is gekoppeld niet vergeten. En daar neigt het soms nog wel eens naar toe. Dus het team scherp houden en binnen een bewonersgroep, eerder tackelen. (Medewerker 3, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Medewerker 5 (ervaringsdeskundige) gaf aan dat ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet in de vorm van voorlichting, kennisuitwisseling en meer positieve heretikettering. Ze gaf aan dat ervaringsdeskundigen in teams voorlichting kunnen geven en kunnen instrueren over de bejegening van verslaafden. Ook zouden ervaringsdeskundigen teams inzicht kunnen geven in moderne drugs en de afkickprocessen hiervan. Medewerker 5 zegt dat ervaringsdeskundigen vanuit een positiever oogpunt benaderd moeten worden en dat ze niet eerst 'door schande en schaamte' heen moeten lopen. Dit zou voortkomen uit het stigma van de ervaringsdeskundige als ex-verslaafde op de werkvloer. Ze geeft aan dat er moet worden gekeken naar de sterke kanten van het herstel en dat positieve heretikettering hierin een rol speelt.

Medewerker 5 (ervaringsdeskundige): 'Over nieuwe drugs heb ik geen verstand. Dus ik denk dat als iemand van ons dat gebruikt heeft hier voorlichting over kan geven. Heroïne wordt niet meer gebruikt, GHB veel meer. Dus we moeten veel meer meegaan met de tijd. Als ik kijk naar GHB, afkicken schijnt heel heftig te zijn. Maar hoe gaan wij als verpleegkundigen hiermee om. Het zou wel handig zijn als één van ons naar zo een kliniek gaan en meelopen om te kijken hoe ze dat nou precies doen. Want wij kunnen weer leren van elkaar.' (Medewerker 5, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Zoals vermeldt bij de valkuilen van de inzet van ervaringsdeskundigheid (sub vraag 2.2) gaven twee van de negen geïnterviewden aan, medewerker 5 (ervaringsdeskundige) en medewerker 7 (ervaringsdeskundige), dat er wijzigingen moeten worden gemaakt op organisatieniveau. Ze pleiten voor een concretere beleid voor de inzet van ervaringsdeskundigheid waarbij de afbakening van de rollen en taken van ervaringsdeskundigheid moet worden vermeldt.

3. Hoe kan de Mistral behandelkliniek de ervaringsdeskundigheid optimaal kunnen toepassen op de afdeling.

Om ervoor te zorgen dat de ervaringsdeskundigheid goed geïmplementeerd kan worden moeten we natuurlijk eerst weten aan wat voor eisen deze implementatie moet voldoen. Naderhand zoeken wij uit wat de mogelijkheden zijn binnen het model waarin de Mistral behandelkliniek te werk gaat. Daarnaast spelen ook tijd en geld altijd een grote rol bij het invoeren, of in deze context, implementeren van iets nieuws.

3.1. Aan welke eisen moet deze implementatie voldoen?

Vanuit het theoretisch kader zijn er enkele voorwaarden benoemd die de inzet van ervaringsdeskundigen binnen instellingen kunnen verbeteren:

- Neem als instelling een duidelijke positie in ten aanzien van herstel en ervaringsdeskundigheid. Ook moet draagvlak gecreëerd worden en beleid ontwikkeld worden;
- Bied een collectief scholingsbeleid op het terrein van herstel en rehabilitatie aan medewerkers met het doel een perspectiefwisseling bij ; gewone' medewerkers te bewerkstellingen;
- Creëer een open dialoog over ervaringsdeskundigheid in het team en maak dilemma's bespreekbaar;
- Zorg voor aanpassingen en ondersteuning (supervisie, intervisie) waardoor ervaringsdeskundigen hun werk zo goed mogelijk kunnen doen;
- Maak heldere functiebeschrijvingen waarin taken rechten en plichten van ervaringsdeskundigen duidelijk worden beschreven;
- Zet meerdere ervaringsdeskundigen in binnen een team, zodat zij elkaar kunnen steunen en van elkaar kunnen leren;
- Organiseer netwerken van ervaringsdeskundigen binnen de instelling, zodat zij ervaringen kunnen uitwisselen en elkaar feedback en ondersteuning kunnen geven;
- Maak heldere afspraken over vertrouwelijkheid van informatie en dubbele relaties met cliënten
(Carlson, 2001; Silver, 2004; Kanne, 2006; Karbouniaris & Brettschneider, 2008, geciteerd uit Werken met Ervaringsdeskundigen in de GGZ)

Hierover stelden wij vragen aan de manager van Mistral. Mevrouw Krassenburg geeft aan dat werknemers worden aangenomen op grond van opleiding, en dat daarnaast iemand ervaringsdeskundige kan zijn. Ook geeft ze aan dat de functie omschrijving van ervaringsdeskundigen dezelfde taak- en functie omschrijving omvat als niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Hierbij wordt aangegeven dat er geen aparte functieomschrijving is voor ervaringsdeskundigen. De rolafbakening van ervaringsdeskundigen is geregeld, zoals gebruikelijk voor behandelmedewerkers, op de grond van taak en functie omschrijving en beroepscode/ethiek. Supervisie op de Mistral behandelkliniek is voor iedereen, ongeacht of deze ervaringsdeskundigen zijn of behandelmedewerkers. Binnen deze intervisie (of intercollegiaal overleg) is er ruimte voor informatie uitwisseling tussen ervaringsdeskundigen en niet ervaringsdeskundigen werkzaam op Mistral. Ze geeft aan dat Brijder verslavingszorg scholing beschikbaar stelt over herstel en rehabilitatie, evenals

de inzet van ervaringsdeskundigheid. Ook geeft ze aan dat ze niet zeker weet of er een netwerk beschikbaar is van ervaringsdeskundigen binnen Brijder waarin ervaringsdeskundigen kennis met elkaar kunnen delen. Naar haar inzien wel.

Bij deelvraag 2.2, tevens naar gerefereerd bij deelvraag 2.3, gaven twee ervaringsdeskundigen (medewerker 5 en 7) aan dat ze de rollenafbakening en takenbeschrijving op de Mistral kliniek niet concreet genoeg vinden. Voor interviewfragmenten refereren wij wederom naar vraag 2.2.

3.1.1. Mogelijkheden binnen het huidige behandelaanbod (modules)

Het beleid binnen de Mistral Behandelkliniek ondergaat een verandering. Het TG model gaat eruit en het Competentiemodel komt ervoor in de plaats. Om een beeld te scheppen hoe wij de implementatie van ervaringsdeskundigheid kunnen doorvoeren binnen het nieuwe behandelmodel is er een theoretische afbakening nodig. In deze deelvraag staat omschreven wat het TG model inhoudt, de redenen vanuit het management om deze beleidsveranderingen door te voeren en het theoretisch kader van het sociaal competentiemodel. Ook bekijken wij in hoeverre deze wijziging in beleid en behandelprogramma de taken van de behandelmedewerkers beïnvloed.

Therapeutische Gemeenschapsmodel (TG model)

Wat houdt een Therapeutische gemeenschap in? Iemand die wordt opgenomen in een Therapeutische gemeenschap heeft problemen op bijna alle levensdomeinen. Hij moet zelf toegeven dat hij hier last van ondervindt in het dagelijks leven. Verslaving staat hierbij op de eerste plaats. Daarnaast vinden er ook op deze domeinen problemen plaats: problemen met familie, emotionele problemen, justitiële problemen en gezondheidsproblemen.

Volgens het TG model vraagt verandering van deze problemen veel tijd en zegt het model dat het niet mogelijk is om ambulant van deze problemen af te komen. Deze problemen zijn immers zo intens dat dus een langdurige opname vereist is om tot verandering te komen.

De cliënt moet zelf bereid zijn om deze behandeling aan te gaan (vrijwillige opname). Deze wordt dan opgenomen in een drugvrije setting met lotgenoten. Deze lotgenoten voorzien elkaar dagelijks van feedback en hulp (zelfhulpgroep). Deze groep is goed afgebakend met een duidelijke structuur, waarden en normen. Daarnaast bestaat er ook een multidisciplinair team dat dit bewaakt en het benodigde professionele hulp biedt zoals psychotherapie, vaardigheidstrainingen en pedagogische behandelstrategieën. (Bron geraadpleegd op 30 maart 2012: http://drugshulpverlening.despiegel.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=22)

Hoe wordt dit nu ingezet in Mistral?

Op de afdeling Mistral wordt er op dit moment nog volledig gebruik gemaakt van het TG model. Mistral maakt wel gebruik van de moderne TG model waarbij het behandelplan, relatie therapeut - cliënt relatie en een zo kort mogelijke behandeling centraal staan. (Geraadpleegd op 30 maart 2012: <http://www.palier.nl/109089/prestatie-Chirs-van-der-Meer-Lustrum-Tirple-Ex.pdf>, pp. 5-28)

Zelfhulp en een vrijwillige opname is van groot belang voor de behandeling. De cliënten (lotgenoten) ondersteunen elkaar tijdens de behandeling in deze drugvrije setting. Naast de zelfhulp programma's worden er ook professionele groepen gegeven zoals Sociale Vaardigheidstraining, Terugval Preventie, Budget Training, Drama Groep en de leefgroep. De leefgroep wordt gestuurd door de professionals maar meer uitgevoerd door de cliënten zelf. De andere groepen worden grotendeels geleid door de professionals.

De structuur is ook van groot belang op mistral en ook volgens het TG model. Verschillende cliënten, in meestal wat hogere fases, krijgen de taken zoals huisoudste, huisoudste assistent, taakoudste en taakassistent. De zorgen voor een goed lopende structuur in de groep en leggen verantwoording af bij de therapeuten.

Overstap naar het Sociaal Competentie Model (Evidence Based)

Het TG model bestaat nu al vele jaren. Emiliehoeve heeft dit sinds 1972 gebruikt. Zij gebruiken dit model al jaren niet meer omdat dit model niet Evidence Based onderbouwd is.

De manager van de Mistral behandelkliniek gaf aan waarom de overstap van het TG model naar het competentiemodel van belang is voor de ontwikkeling van de zorg binnen de kliniek.

Ingrid Krassenburg: 'De zorg wordt gefinancierd door maatschappelijke gelden en deze gelden, worden ook steeds minder. Dus vandaar dat er ook veel gekeken wordt naar wat wel werkt en wat wel nut heeft. Het TG model blijkt weinig nut te hebben maar wel veel te kosten. De behandelingsduur is ook veel te lang in vergelijking met de resultaten van een kortdurende maar intensieve behandeling. Daarom grijpen de politiek en de zorgverzekeraars in. Zorgverzekeraars hebben tegenwoordig een veel grotere stem in de zorg, dat zie je aan je eigen risico en je zorgpolis.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, maart 21, 2012)

Een andere reden om over te stappen is omdat de cliënten in Mistral vaak voor de eerste keer in aanraking zijn gekomen met de hulpverlening. Dus van de cliënten van Mistral wordt inhoudelijk ook iets anders aan en van hen gevraagd. Het TG model is namelijk overgenomen van de Emiliehoeve. Dit model was voornamelijk daar geschikt omdat die cliënten vaak al een reeks behandelingen achter de rug hadden aldus mevrouw Krassenburg.

Ingrid Krassenburg: 'Het sociaal competentie model duurt 4 maanden in vergelijking tot de 6 a 8 maanden behandeling met het TG model. Het lotgenoten principe blijft wel bestaan, dit kan je niet wegnemen omdat je 24/7 in dezelfde setting verkeert als de andere cliënten. De structuur blijft wel in stand alleen wordt het niet meer verdeeld onder 4 of 6 mensen en of afgevaardigden. Dit zorgt voor een ongelijkwaardige situatie wat niet van deze tijd is. Ook de cliënt- hulpverlener cultuur moet veranderd worden. In het TG model komen er veel ongelijke situaties voor zoals: "wij werken hier en wij weten wel wat goed voor je is". (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, maart 21, 2012)

Mevrouw Krassenburg vindt ook dat de medewerker meer op de groep hoort te zitten i.p.v. dat de cliënt steeds naar het kantoor moet komen.

Het Competentiemodel is gebaseerd op de leertheorieën, cognitieve gedragstherapie, dus hier zullen de modules ook op gebaseerd zijn. Modules zoals competentietraining, emotieregulatietraining en mindfulness. Terugvalpreventie blijft aanwezig als module. Deze modules zijn EBP (Evidence Based Practice) benaderingen, hiervan is de effectiviteit wetenschappelijk bewezen.

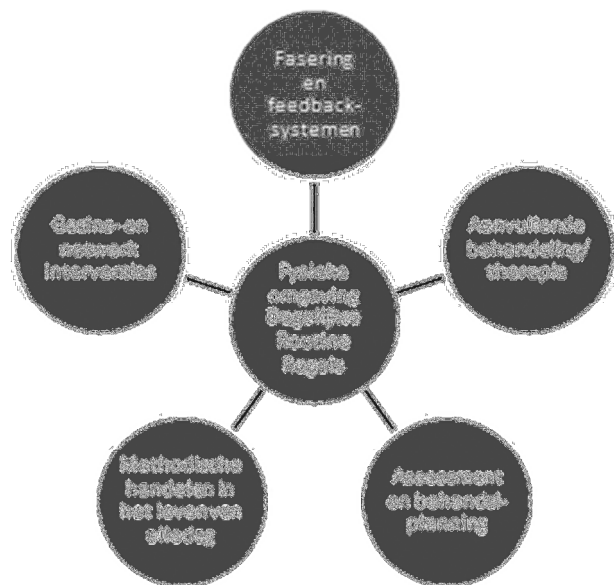
Met betrekking tot de implementatie van ervaringsdeskundigheid op de afdeling vertelt ze dat de pijlers van Brijder voorop staan. Deze geven namelijk richting aan de manier van zorg die wordt geleverd. Er zitten een aantal belangrijke onderdelen hierin maar ervaringsdeskundigheid is nooit een van die onderdelen geweest. Ze vertelt dat het meer een bijkomstigheid is maar wel fijn kan zijn. Hierom vindt ze de pijlers voorrang hebben op het Handvest van Maastricht. (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, maart 21, 2012) De uitgebreide communicatie hierover staat omschreven bij sub vraag 2.3.

Theoretisch kader Competentie Model

Het competentie model ontstond in de jaren 80 in Amsterdam. Ontstaan vanuit een gedragstherapeutische vaardigheidstraining voor delinquente adolescenten ontwikkelde zich het huidige competentiemodel. Het competentiemodel is gericht op het verminderen van probleemgedrag evenals het versterken van de vaardigheden van jongeren. Competentie vergrotende behandeling blijkt voor jongeren, tevens hun ouders, een positieve en motiverende benadering te zijn. Omdat de zwaarte van de behandeling ligt op de mogelijkheden van de cliënt, in plaats van de onmogelijkheden, word deze als zeer prettig beschouwd.

Het competentiemodel word gehanteerd vanuit een leertheoretisch en ontwikkelingspsychologisch perspectief. De vaardigheden die de jongeren leren en vergroten tijdens het werken met het competentiemodel zijn zowel inzetbaar binnen de klinische setting waarin deze gegeven wordt, evenals de maatschappij. Binnen deze klinische setting is het noodzakelijk dat de jongeren ook de kans krijgen om deze vergaarde en versterkte vaardigheden toe te passen. Hierdoor ontstaan leerkansen en hebben de jongeren de kans om zichzelf beter te ontwikkelen.

Het competentiemodel bestaat uit zes basis elementen:



Figuur 1. Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg: Zes basiselementen (Slot & Spanjaard, 2009, p.29)

- De fysieke omgeving, de dagelijkse routine en huisregels;
- Methodisch handelen van de groepsleiders in het leven van alledag;
- Fasering en feedbacksysteem;
- Assessment en behandelplanning;
- Aanvullende behandeling door specialisten;
- Netwerkinderventies. (Slot & Spanjaard, 2009, p.29)

Met de *fysieke omgeving* word de gehele klinische setting bedoeld. Binnen deze setting hebben de jongeren hun eigen kamer, evenals toegang tot een computerruimte, een tuin, de woonkamer, etc. In deze omgeving moet er ruimte zijn waarin de jongeren zoveel mogelijk leerkansen kunnen ontwikkelen. Hierin is de waarborging van veiligheid evenals de beheersing van groot belang. Het gebruik van deze omgeving staat in verband met de *dagelijkse routine* van de jongeren. Deze consistente onderdelen zijn o.a. wassen en aankleden, ontbijt, samen huiswerk maken, etc. Ook *regels* zijn van groot belang binnen een leefgroep. Er wordt verwacht dat de jongeren weten wat ze wel en niet mogen en dat de huisregels worden nageleefd. Ook deze regels bieden leerkansen voor jongeren om zich in te ontwikkelen.

Met *methodisch handelen* van de groepsleiders word het volgende bedoeld. O.a. de manier waarop de hulpverleners de jongeren bejegenen (zowel het positief benaderen evenals het afbakenen van ongewenst gedrag), hoe deze handelen in een crisissituatie, de voorbeeldfunctie die ze aannemen voor de jongeren en hoe zij het aanleren en versterken van vaardigheden begeleiden. Bij competentie vergrotend werk moeten de jongeren nieuw en gewenst gedrag aanleren. De hulpverleners moeten consistent feedback geven op het gedrag van de jongeren. Deze feedback moet erop gericht zijn dat de jongeren horen wat ze wel goed doen, in plaats van wat ze niet goed doen. Ook binnen het methodisch handelen worden de mentorgesprekken tussen de jongere en de behandelaar in acht genomen. Het opbouwen en onderhandelen van het contact is van groot belang bij de individuele behandeling van de cliënt.

Binnen het verblijf worden er gebruik gemaakt van *fases*. Deze fases geven aan in welk deel van de behandeling de jongere zich bevind. Per fase worden de verantwoordelijkheden en vrijheden van de jongere vergroot. Ook wordt er gebruik gemaakt van *feedbacksystemen*. Deze feedbacksystemen zorgen ervoor dat de jongeren inzicht vergaren over hun gedrag. De aard en doelmatigheid van hun gedrag word hierbij benadrukt op positieve wijze. Er zijn drie fases binnen de behandeling die overeenkomen met de fases binnen het TG model. De eerste fase draait om het leren functioneren binnen de leefgroep en het wennen aan de behandeling. De tweede fase is toegespitst op het realiseren van individuele doelen van de cliënt. Tijdens deze fase worden er aan de vaardigheden gewerkt die de jongere nodig heeft om te werken aan de individuele problematiek. De derde fase kenmerkt het vertrek van de cliënt. Hierin staat de resocialisatie naar de maatschappij centraal. Binnen elke fase zijn er specifieke vrijheden en verantwoordelijkheden. Deze zullen bij promotie naar de volgende fase ook worden aangepast. Hierdoor leert de jongere stapsgewijs met zijn vrijheid en verantwoordelijkheden om te gaan. Deze promotie komt tot stand door een puntensysteem gericht op positieve scores. Des te sneller een jongere deze punten vergaard des te sneller hij naar de volgende fase kan doorstomen.

Assessment en planmatige uitvoering van de behandeling. Bij het assessment word de informatieverzameling en analyse bedoeld van de doelen van de jongeren. Voor elke jongere word een competentie- en probleemanalyse gemaakt. Hieruit worden persoonlijke doelen geformuleerd die afgestemd zijn op het ontwikkelen van de vaardigheden evenals de factoren die het probleemgedrag veroorzaken en/of in stand houden. Deze doelen zullen de basis vormen voor de groepsbehandeling tevens de individuele therapie. Behandeldoelen moeten zo concreet mogelijk worden geformuleerd, waarbij ook de haalbaarheid en evaluatiemogelijkheden in acht worden gehouden.

Het betrekken van het *gezin* en het *sociale netwerk* van de jongere is van belang tijdens de behandeling. De betrokkenheid en de participatie van het gezin binnen de behandeling geeft de jongere de kans om aan zijn doelen te werken die betrekking hebben tot zijn systeem. Hierbij zijn woning, scholing, werk en vrienden enkele onderwerpen die aan bod kunnen komen. De jongere gaat in gesprek met zijn mentor over de vaardigheden die nodig zijn om deze doelen te behalen.

Tot slot is er de *aanvullende behandeling*. Deze houdt in dat er aanvullende therapie (zowel individuele- als groepstherapie) kan plaatsvinden. Enkele voorbeelden zijn sociale aardigheidstrainingen, cognitieve gedragstherapie en psychiatrische zorg.

Vanuit de ontwikkelingspsychologie zijn competenties het beschikken over voldoende vaardigheden waarmee ontwikkelingstaken op adequate wijze worden uitgevoerd. Deze ontwikkelingstaken ontstaan door de veranderingen bij de jongere (zowel biologische, psychologische en sociale veranderingen) die om nieuwe vaardigheden vraagt. Deze worden als taken gezien.

Het adequaat vervullen van de ontwikkelingstaken die kenmerkend zijn voor een bepaalde leeftijd wordt als een voorwaarde gezien voor een goed verloop van de latere ontwikkeling. Als een kind er in slaagt zich vaardigheden eigen te maken om de actuele ontwikkelingstaken te volbrengen, is het beter voorbereid op de volgende levensfase. (Slot & Spanjaard, 2009, p.40)

Deze ontwikkelingstaken voor jongeren van 12 tot 21 jaar zijn: Positie t.o.v. ouders, onderwijs of werk, vrije tijd, eigen woonsituatie, autoriteit en instanties, gezondheid en uiterlijk, sociale contacten en vriendschappen en als laatst intimiteit en seksualiteit. Deze taken worden weer onderverdeeld in subtaken. Een voorbeeld is de ontwikkelingstaak van sociale contacten en vriendschappen, de subtaak is het afspreken om met iemand naar de bioscoop te gaan.

Factoren die competentie beïnvloeden:

Factoren die competentie negatief beïnvloeden zijn *stressoren, psychische stoornissen en cognitieve beperkingen*. Stressoren zijn invloeden waaraan men zich niet of moeilijk kan onttrekken, zoals een verkeersongeluk, zakken voor een examen of de dood van een geliefde. Hierdoor worden ontwikkelingstaken zwaarder belast. Eén of enkele stressoren leiden niet automatisch tot problemen. De accumulatie van meerdere stressoren kunnen leiden tot een situatie die voor de cliënt als problematisch kan worden ervaren.

Psychische stoornissen kunnen ook de competentie negatief beïnvloeden. Vaak kunnen jongeren met een psychische stoornis nog vrij goed functioneren, wel zal de aanwezigheid van een stoornis van invloed zijn op het vaardigheidsniveau van de jongere. Zo zal een jongere met een depressieve stoornis niet gauw vrijetijdsactiviteiten ondernemen.

Cognitieve beperkingen kunnen ook een negatieve invloed hebben op de competentie. Hierbij worden zowel een cognitieve beperking (IQ) als een sociale beperking bedoeld. De kenmerken die hierbij gepaard gaan zijn van chronisch karakter. Als deze kenmerken klein van aard blijken (bijvoorbeeld bij een jongere met een lichte cognitieve beperking) kunnen deze alsnog grote gevolgen hebben op het dagelijks functioneren van de jongere.

Naast de negatieve beïnvloeding van competenties, is er ook sprake van positieve beïnvloeding. Deze positieve invloeden bevorderen de ontwikkeling van de jongere. Deze kunnen ook bescherming

bieden tegen de stressoren en de gevolgen van zowel een cognitieve beperking als een psychische stoornis. Binnen deze positieve beïnvloeding vallen *protectieve omgevingsfactoren en protectieve persoonseigenschappen*. Voorbeeld van een protectieve omgevingsfactor kan de beschikbaarheid van een ondersteunend systeem zijn. Bij een protectieve persoonseigenschap moet worden gedacht aan een goed zelfbeeld als beschermende factor. Binnen de jeugdhulpverlening ligt de zwaarte van de behandeling vaak op de negatieve invloed op de competenties. In acht moet worden genomen dat de protectieve factoren ook van belang zijn voor de ontwikkeling van de jongere.

Binnen het competentiemodel is ook het *transactionele model* geïntegreerd. Binnen transactioneel denken word ervan uitgegaan dat de opvoeding geen eenrichtingsmechanisme is. Het kind beïnvloed de ouders net zo goed als de ouders het kind beïnvloeden. Door middel van transactioneel denken binnen het competentiemodel word de samenwerking tussen de jongere en systeem als zeer interactief ervaren. Door een eenrichtingsmechanisme te doorbreken kan het systeem als geheel werken aan competenties die van belang zijn om hun “klimaat” te verbeteren.

Binnen het competentiemodel worden *leertheorieën* gebruikt. Deze worden ingezet om het probleemgedrag te analyseren en te veranderen. Ook word deze ingezet om de vaardigheden uit te breiden, en de factoren die de competentie bepalen te beïnvloeden.

De klassieke leertheorie (klassieke conditionering) word ingezet binnen het competentiemodel. De klassieke conditionering is het koppelen van twee prikkels. Het is niet de bedoeling om de jongeren op Pavlovianse wijze te conditioneren, maar het is wel belangrijk om het theoretische perspectief in acht te houden. Bijvoorbeeld als medewerkers proberen te begrijpen hoe bepaalde angsten en vermijdingen zijn ontstaan bij jongeren.

De operante leertheorie gaat uit vanuit het SRC-schema. S staat voor stimulus: Welke gebeurtenis lokt bepaald gedrag uit? De R staat voor respons: Wat doet de jongere, hoe reageert hij op de stimulus? En vervolgens de C, deze staat voor consequentie: Hetgeen wat op het gedrag volgt. Als de consequentie inhoudt dat het gedrag word toeneemt in duur, frequentie en intensiteit is deze consequentie een versterker. Deze zijn herkenbaar als positief. Bijvoorbeeld: De cliënt krijgt een compliment voor zijn positieve gedrag. Hierdoor zal dit positieve gedrag toenemen. Neemt het gedrag in duur, frequentie en intensiteit af of stopt deze, wordt de consequentie een afzwakker genoemd. Deze worden als onaangenaam ervaren. Bijvoorbeeld: De cliënt krijgt een extra taak omdat hij zijn eerste taak niet heeft gedaan. Hierdoor zal hij sneller geneigd zijn, zijn taken af te maken zodat hij geen extra taak krijgt. Het analyseren van consequenties is belangrijk om de manier van handelen van de jongeren in kaart te brengen evenals om hierop in te spelen.

De sociale leertheorie word met name ingezet voor het rolmodel principe. De jongeren binnen een klinische setting observeren zowel elkaar als de medewerkers. Een jongere kan gemotiveerd raken om het gedrag van een rolmodel na te bootsen als deze positieve consequenties teweeg brengt. Bij het zelfmanagement model versterkt en verzwakt de cliënt zijn eigen gedrag af. Dit doet hij op de grond van drie elementen: Zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfversterking of zelfafzwakking. Voorbeeld: “Wat doe ik?” (zelfobservatie), “Vind ik dat dit gaat zoals ik wil?” (zelfevaluatie) en vervolgens in de vorm van interne spraak zichzelf positief (zelfversterking) of negatief (zelfafzwakking) toespreken. Positief: “Ik kan mijzelf veranderen!” of negatief: “Dit is mijn oude gedrag, zo wil ik niet zijn”. Hoewel het zelfmanagementmodel zeer lastig word ervaren voor jongeren (Bijvoorbeeld: ze leggen de lat te hoog of zien hun eigen aandeel in een situatie niet) is het wel een zelfinzichtelijke wijze waarop zelfsturing kan worden toegepast binnen gedragsverandering.

Strategieën voor de competentieontwikkeling:

Deze strategieën zijn zowel gericht op interne als externe factoren. Zoals omschreven door Slot & Spanjaard (2009) zijn de interne factoren zijn de strategieën gericht op:

- Het versterken van bestaande vaardigheden en het leren van nieuwe vaardigheden
- Het verminderen van (de invloed van) een psychische stoornis
- Het erkennen en kenbaar maken van (de invloed) van een cognitieve beperking

En de strategieën bij de externe factoren als volgt:

- Het verlichten of verrijken van een ontwikkelingstaak
- Het verminderen van (de invloed van) stressoren
- Het verstevigen of vergroten van een aantal protectieve en omgevingsfactoren

De technieken die hierbij gebruikt kunnen worden door de behandelmedewerkers zijn:

Het *opmerken en versterken van positief en competent gedrag*; Een basale techniek waarbij het geven van concrete feedback op de jongeren hen de inzicht geeft in hun gedrag. Dit geldt ook voor het *stoppen of ombuigen van probleemgedrag*. Ook is het inzetten van de voorbeeldfunctie is van belang, omdat het vaak efficiënter is om een *nieuwe vaardigheid voor te doen of te instrueren*. Ook de jongeren zelf kunnen technieken inzetten om hun eigen gedrag te sturen, dit door middel van zelfmanagement (zoals omschreven bij de leer theorieën).

Met behulp van cognitief gedragstherapeutische technieken kunnen jongeren inzicht krijgen op hun kernovertuigingen en leefregels en hoe deze – via gedachten- de emoties naar aanleiding van een gebeurtenis kunnen kleuren. Hierdoor leren ze dat hun eigen emoties en gedrag niet slechts door de buitenwereld worden bepaald, maar dat deze mede worden bepaald door hun eigen voorgeschiedenis en kernovertuigingen. De volgende stap is het loslaten van inadequate kernovertuigingen of het alert zijn op de verstorende werking van bepaalde overtuigingen. En dat kan leiden tot ander, meer adequaat gedrag. Meestal vindt dit proces plaats in een individuele psychotherapie (Slot & Spanjaard, p.59).

Ook door middel van beïnvloeding van de morele ontwikkeling evenals het beïnvloeden van het gezinssysteem zijn technieken die de behandelmedewerkers kunnen inzetten om de competentie van de jongere te vergroten. Bij de morele ontwikkeling wordt het hanteren van duidelijke regels en de toepassing hiervan bedoeld. Zie transactioneel model voor het beïnvloeding van het gezinssysteem.

De omgang met jongeren binnen een klinische setting zal vooral *autoritatief* zijn. Vanuit de autoritatieve bejegening zijn zowel de controle als de ondersteuning van de jongere hoog. Binnen het autoritatief bejegenen worden eisen en grenzen in overleg gesteld, wordt uitleg gegeven waarom dingen wel of niet mogen, worden de grenzen van de jongeren verlegd en is er binnen de onderlinge communicatie tussen hulpverlener en de jongere ruimte voor suggestie en inductie. Binnen de communicatie en bejegening zijn meerdere technieken en vaardigheden van belang in het competentiemodel. Vele van deze technieken bestaan al in het repertoire van de hulpverlener. Ondanks de vanzelfsprekendheid van sommige technieken, moeten deze toch concreet worden omschreven zodat deze binnen het competentiemodel inzetbaar zijn.

Concretiseren is één van deze technieken. Jongeren leren gemakkelijker vaardigheden indien deze concreet worden omschreven door behandelmedewerkers. Ook moeten de behandelmedewerkers zich aansluiten op het vaardigheidsniveau van de jongere. Hierbij wordt niet bedoeld dat de hulpverlener zijn communicatie identiek moet maken als die van de jongere, maar dat hij de jongere aanspreekt op een niveau dat net boven het niveau van de jongere uitstijgt. Bij deze benadering moeten de jongeren steeds worden uitgedaagd om zich verder te ontwikkelen.

Positieve herformulering valt ook onder de technieken waarvan gebruik moet worden gemaakt. Hierin komt het benaderen van adequaat gedrag aan bod. Behandelmedewerkers proberen observaties van dit gedrag positief te formuleren, aangezien jongeren meer leren van positieve formuleringen dan van negatieve formuleringen. Veel van de jongeren met gedragsproblemen en vaardigheidstekorten kampen ook met een negatief zelfbeeld. Hierom is *het versterken van de positieve kernovertuigingen* een techniek waarbij de empowerment van de jongere wordt versterkt. Het herkennen en erkennen van positieve aspecten van de jongere ondersteunen deze ontwikkeling.

Succesvolle behandelvormen met jongeren (en gezinnen met probleemgedrag) worden gekenmerkt door het inzetten van competentie vergrotend werk. Hierbij ligt het accent meer op adequaat, dan op inadequaat gedrag.

Onder adequaat gedrag verstaan we handelingen, gedachten en emoties die bijdragen tot een goed functioneren en een verdere ontwikkeling van de jongere. De cultuur en het tijdperk waarin de jongere leeft, bepalen voor een belangrijk deel wat onder 'goed functioneren' verstaan moet worden. Onder inadequaat gedrag verstaan we handelingen, gedachten en emoties die de jongere hinderen in het functioneren en die de ontwikkeling kunnen belemmeren. Inadequaat gedrag kan bestaan uit een teveel aan gedragingen die niet adequaat zijn, omdat ze niet overeenkomen met het ontwikkelingsniveau van de jongere en niet passen bij de situatie en verwachtingen binnen cultuur en/of een tekort aan adequate gedragingen. (Slot & Spanjaard, 2009, p.188)

Dit houdt niet in dat inadequaat gedrag onbesproken blijft binnen de behandeling. Hierbij vormt aanspreken een cruciaal punt, zowel vanuit de bewonersgroep als de behandelmedewerkers. Enkele technieken om adequaat gedrag te versterken is het geven van feedback, het geven van instructies, voordoen en oefenen. Hierbij is oefenen in de vorm van een rollenspel, zowel in groepsverband als tussen mentor en jongere, een mogelijkheid om zulk gedrag te versterken. Bij het verminderen van inadequaat gedrag zijn korte technieken in de vorm van feedback en instructies het meest effectief. De behandelmedewerkers moeten hiervoor een vriendelijke maar directieve houding aannemen. Enkele korte technieken zijn een gedragssuggestie, een corrigerende instructie, voordoen en oefenen, sturende feedback geven en de jongere de vraag stellen of het vertoonde gedrag te maken heeft met 'kunnen of willen'. Ook binnen deze technieken is het benadrukken van adequaat gedrag belangrijk. Soms zijn sancties nodig om inadequaat gedrag te verminderen indien waarschuwingen niet werken. Hierbij moet wel worden vermeld, dat sancties niet leiden tot competentievergroting omdat vaardigheden niet worden vergroot. Het inzetten van sancties helpt wel bij het creëren van inzicht bij de jongere over welk gedrag wel of niet aanvaardbaar is.

De verschuiving van externe sturing naar zelfsturing is belangrijk binnen het competentiemodel.

Naarmate extrinsieke motivatie intrinsiek wordt, zal ook de externe sturing binnen de behandeling afnemen en de zelfsturing vergroten. Door middel van het fase systeem verkrijgen de jongeren steeds meer vrijheden bij het promoveren naar een hogere fase, en de doelen van de jongeren worden steeds vaker individueel behaald. De behandelmedewerker moet met de jongere meebewegen in dit proces en zijn technieken hierop aanpassen. Hierbij wordt van de behandelmedewerker een flexibele instelling verwacht. Soms is er bij een taak veel externe sturing nodig, waarbij voor een andere taak de jongere al zijn eigen vaardigheden kan inzetten. Dit is geen eenvoudige taak voor de behandelmedewerkers, omdat deze verantwoordelijk zijn voor de gehele leefgroep waarin een veilig klimaat en de dagelijkse routine in stand moeten worden gehouden. Hierom moet het inzetten van een extern perspectief, waarbij de nadruk ligt op regels en controle, consequent worden geëvalueerd door de hulpverleners.

Ten slotte geven Slot & Spanjaard aan dat de meest zinvolle communicaties en observaties van behandelmedewerkers plaatsvinden buiten het kantoor. Door op de groep aanwezig te zijn, geeft het de behandelmedewerker de kans om een beeld te scheppen van de competenties van de jongeren. Deze momenten bieden de mogelijkheid tot het verbeteren van contact door het tonen van belangstelling en betrokkenheid, het observeren van de (communicatieve) vaardigheden van de jongeren evenals zicht te krijgen in hun ideeën en ervaringen. Ook biedt het de kans om informatie uit te wisselen. Vooral kan buiten het kantoor de voorbeeldfunctie van de behandelmedewerker invloed hebben op de jongeren.

Hoe zullen de taken van de behandelmedewerkers wijzigingen nadat de Mistral behandelkliniek van behandelprogramma veranderd?

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige) en tevens zorg coördinator en medewerkers 6 en 8, beiden onderdeel van de werkgroep voor de beleidswijziging geven als volgt aan wat de veranderingen zijn van de rollen en taken van behandelmedewerkers (zowel ervaringsdeskundig als niet ervaringsdeskundig) op de kliniek. Ook de manager van de kliniek geeft een beeld van de wijziging van rollen voor behandelmedewerkers bij de wijziging van het behandelaanbod:

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige) geeft aan dat de rol van behandelmedewerker erg zal verschuiven naar het rolmodelschap:

Medewerker 3 (ervaringsdeskundige): 'Met name bij psycho educatie en bij de voorbeeldfunctie die je gaat bekleden als ervaringsdeskundige, word ook richting het nieuwe model, word dit hetzelfde. Sterker nog, het word nog meer uitvergroot. Dus het rolmodelschap word meer gebruikt. Dus wij als team krijgen echt een soort ouderrol.' (Medewerker 3, persoonlijke communicatie, 13 maart, 2012)

Daarnaast geeft medewerker 3 aan dat je in een rolmodelschap heel bewust je ervaringsdeskundigheid kan inzetten omdat je het verslavingsgedrag meer herkent en meer zorg op maat krijgt. Op deze manier krijgen de cliënten meer mogelijkheden tot escapes. Verder geeft medewerker 3 aan dat ze kunnen gaan "shoppen". Hij legt dit als volgt uit: 'Oh die module is interessant voor mij en die, maar die niet. En dat kan net de module zijn die erg belangrijk voor ze is en daar kan je als ervaringsdeskundige een goede rol is spelen.'

Medewerker 6 geeft aan hoe de behandeling zal veranderen voor de cliënten binnen de kliniek en hoe de rollen van de behandelmedewerkers hierin zullen meegaan op het gebied van voorbeeld vertonend gedrag en het hanteren van maatschappelijke normen:

Medewerker 6: 'De rollen zullen gigantisch veranderen. We werken nu met het consequentie systeem. Straffen, belonen en we zitten nu heel erg in het straffen. En nu gaan we eigenlijk zoals op het HBO competentie gericht werken. Dit zijn de eisen van de maatschappij. Normaal gesproken moet je daar en daar voldoen, op basis daarvan ga je ze vaardigheden aan te leren om ervoor te zorgen dat ze die competenties gaan beheersen. Dat betekent dat we heel veel voorbeeld gedrag moeten geven. Als we behandelmedewerkers worden we veel geacht om op de groep te zijn en veel voorbeeld gedrag te gaan tonen, dus bijvoorbeeld geen voeten op tafel. Je gaat meer normen en waarden hanteren. We gaan veel kijken naar wat is er normaal in deze maatschappij. Dan wordt het veel minder een straffend iets. En ook dat de een wordt meer beperkt dan de ander. Bijvoorbeeld de een mag zelf zijn budget in handen houden als hij/zij daar goed mee kan omgaan. Dus het wordt veel meer zorg op maat.' (Medewerker 6, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Ook geeft ze aan dat ze nu terug gaan naar 4 maanden behandel tijd. Voorheen was dit 6 tot 9 maanden. Hierdoor hebben ze niet genoeg tijd om alle leefgebieden aan te pakken wat ze voorheen dus wel deden. De rest van de tijd werd ingevuld door henzelf wat nu dus niet meer gedaan wordt. De cliënten worden zelf meer aan het werk gezet.

Medewerker 8 geeft aan dat de taken voornamelijk zullen veranderen voor behandelmedewerkers. De taken zullen veel uit handen worden genomen door therapeuten. Deze therapeuten zullen nu de behandelgroepen geven in plaats van de behandelmedewerkers. Dit hoort zo bij een bedrijf dat in de top GGZ wilt komen. De behandelmedewerkers zullen veranderen naar co-behandelaar en vallen in de toekomst onder de verantwoordelijkheid van een therapeut.

Medewerker 8: 'Ik vind deze verandering een aanwinst, sommigen zullen er blij mee zijn en sommigen niet. Dat zal de grote verandering zijn.' (Medewerker 8, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Ingrid Krassenburg, manager Mistral behandelkliniek, zegt over de rolverandering dat de hiërarchische insteek van het TG model zal worden vervangen door de voorbeeldfunctie:

Ingrid Krassenburg, manager Mistral behandelkliniek: 'Die ongelijkheid zal je altijd wel houden, maar als je de hele dag op het kantoor zit dan zie je niet dat er spanning opbouwt binnen de groep. En als dat zo is, dan kan je ook niet tegen iemand zeggen "Joh, deze opmerking gaat nu te ver. Kan je dit laten?" je bent een voorbeeldfunctie. Je kunt niet op het kantoor zitten en zeggen "Als er wat mis gaat jongens, dan horen we het wel." Dat is een andere benadering. Je moet voorbeeld gedrag vertonen door een identificatie figuur te zijn en daarbij kan ervaringsdeskundigheid op inspelen.' (I. Krassenburg, persoonlijke communicatie, 21 maart, 2012)

Hiermee worden de veranderingen, zowel vanuit een modulair kader als vanuit de rollen en taken van de behandelmedewerkers en cliënten, concreet in kaart gebracht.

3.1.2. Financiën

Om een duidelijk te krijgen hoe wij de implementatie van ervaringsdeskundigheid kunnen bewerkstelligen op de Mistral behandelkliniek vroegen wij medewerker 6 en 8, beiden onderdeel van de werkgroep voor de beleidswijziging , welke financiële mogelijkheden (en gevolgen) er zijn om de implementatie te bewerkstelligen.

Zowel medewerker 6 als 8 geven aan dat bijscholing voor financiële gevolgen kunnen zorgen.

Medewerker 6 weet dat er nu opleidingen zijn voor ervaringsdeskundigen die gaan over het efficiënt inzetten van hun ervaringsdeskundigheid. Deze opleidingen worden veelal intern gedaan dus dit zal wel enige kosten met zich meebrengen. Wel word er vermeld dat ervaringsdeskundigen makkelijker psycho-educatie over verslaving kunnen overbrengen omdat ze hierin dan een deel van hun eigen verhaal erin kunnen verwerven.

Medewerker 8: ‘ Als jullie adviezen geven over de implementatie van ervaringsdeskundigheid kan dat betekenen dat je mensen moet gaan trainen en scholen. Dat zou dan de enige kostenplaat zijn. Maar dan moet je natuurlijk weer kijken wat het gaat opleveren.’ (Medewerker 8, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

3.1.3. Tijdsplan

Om een concreet beeld te krijgen hoe wij de implementatie van ervaringsdeskundigheid kunnen bewerkstelligen op de Mistral behandelkliniek vroegen wij medewerker 6 en 8, beiden onderdeel van de werkgroep voor de beleidswijziging, binnen welke periode het behandelprogramma zal worden gewijzigd. Ook vroegen wij wat de opties zijn om onze aanbevelingen de kans te geven om mee te draaien binnen deze wijziging, ofwel: Hoe lang er voor nodig is om deze “pilot” te draaien nadat er een evaluatie kan plaatsvinden?

Medewerker 8 geeft aan dat de verandering van het TG-model naar het competentiemodel plaatsvindt in de zomerperiode en dat de implementatie van ervaringsdeskundigheid binnen dit model gelijk kan worden meegenomen:

Medewerker 8: ‘Als het goed is vindt de verandering plaats ergens in juni en juli. Dan gaat het gewoon gebeuren. Het wordt gepresenteerd ergens in mei. Dan wordt er nog op geschoten door Jan en alleman. Dat zal gebeuren door een soort themaweek achtig iets. We nemen hier een paar dagen voor nemen om dit in te zetten. Daarna wordt het niet meer van dit en dat proberen. Daarna wordt het gewoon ingezet. De implementatie van ervaringsdeskundigheid kan meteen worden meegenomen in de wijziging.’ (Medewerker 8, persoonlijke communicatie, 5 april, 2012)

Medewerker 6 geeft ook aan dat de implementatie gelijk kan worden meegenomen binnen de wijziging in het behandelprogramma. Ook geeft ze aan dat wij een concreet stappenplan moeten maken om deze te bewerkstelligen met daarin een eigen evaluatieperiode:

Medewerker 6: ‘De implementatie kan meteen meegenomen worden natuurlijk. Maar ik denk dat je jezelf moet indekken en zelf een tijdspad eraan moet geven. Van “Ga dit eens doen en na een paar maanden gaan we dit eens evalueren” of “Hé, als jullie dit willen gebruiken evalueer dit dan na zes of zoveel maanden”. Op het moment dat wij goede argumenten hebben dat dit goed werkt dan wordt het gewoon gebruikt. Als wij een plan maken moeten wij dat ook voor medewerkers maken. Want wij zijn de mensen die dit uitvoeren. Een heel concreet stappenplan maken, zodat ze niet hoeven na te denken hoe ze dit moeten implementeren want dan doen ze het niet. Dit is heel belangrijk anders werkt je plan het niet.’ (Medewerker 6, persoonlijke communicatie, 30 maart, 2012)

Conclusie

Voor de validiteit van de conclusie refereren wij naar het kopje Methode van onderzoek en betrouwbaarheid op pagina 11.

De inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de GGZ Nederland heeft pas handen en voeten gekregen toen de cliënten meer zeggenschap kreeg binnen de zorg. Door de wettelijke veranderingen is de positie versterkt en heeft ervaringsdeskundigheid zich kunnen ontwikkelen van een solo functie binnen het lotgenoten principe, naar een breed inzetbare ondersteuningsvorm. Ervaringsdeskundigheid wordt ingezet om het herstel en de empowerment van cliënten te bevorderen. De ontwikkeling van het competentieprofiel van ervaringsdeskundigen, de visie, domeinomschrijving en opleidingskwalificaties zijn in volle gang, maar hier zijn wel veel wisselende visies over. Dit is ook iets waar wij tijdens ons literatuuronderzoek een goed beeld van kregen. Wij concluderen dat er een breed scala aan mogelijkheden is om voor ervaringsdeskundigen te werken binnen de GGZ Nederland. Er zijn vijf domeinen waarin het wordt ingezet, en de geestelijke gezondheidszorg is een van deze domeinen. Binnen dit domein bestaan er vier vormen van ervaringsdeskundige ondersteuning.

De discussie rondom het onderwerp aanschouwen wij als essentieel: Is ervaringsdeskundigheid wel of geen vak? Door de inzet van ervaringsdeskundigen vanuit meerdere invalshoeken te bekijken wordt een concreet beeld van de valkuilen en verbeterpunten gecreëerd. Ook door de profilering vanuit meerdere erkende opleidingen die zichzelf blijven ontwikkelen kunnen wij concluderen dat ervaringsdeskundigheid wel degelijk een vak is. Wel moeten er eerst aan bepaalde voorwaarden worden voldaan voordat je werkzaam bent als ervaringsdeskundige binnen de GGZ. Onder deze voorwaarden verstaan wij het in staat zijn tot zelfreflectie, een analytisch vermogen, het overbrengen van kennis naar derden en als laatste een opleiding. Het inzetten van ervaringskennis alleen is niet voldoende om als ervaringsdeskundige werkzaam te zijn binnen de GGZ.

Als we de connectie leggen naar de Mistral Behandelkliniek word ervaringsdeskundige ondersteuning gegeven vanuit het doel “hulpverlening”. De ervaringsdeskundigen op de afdeling werken in dienstverband en geven formele ervaringsdeskundige ondersteuning. Zij hebben allen genoten van een hoger beroepsonderwijs of een MBO opleiding tot ervaringsdeskundige.

Met betrekking tot de eisen en verwachtingen vanuit Kennisnetwerk Het Zwarte Gat over de verbetering van de empowerment en herstel door middel van het Handvest van Maastricht hebben wij geconcludeerd dat Het Zwarte Gat tot duidelijke visies en doelen beschikt, maar een gebrekkige controle heeft op het gebied van de implementatie van ervaringsdeskundigheid binnen de verslavingszorg. Het kennisnetwerk wil binnen vier jaar zijn doelen hebben behaald. Tussen de aangesloten instellingen en het Kennisnetwerk is er afgesproken dat de instellingen zelf de vrijheid hebben hoe deze implementatie wordt toegepast op hun eigen afdelingen.

Het Kennisnetwerk stelt naast de 8 maandelijks monitor geen concrete eisen aan de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Het Kennisnetwerk verwacht van de instellingen dat ze hun vrij vergaarde informatie delen met andere instellingen, zodat ze elkaar positief beïnvloeden. Onze hoofdvraag is gebaseerd op de implementatie van ervaringsdeskundigheid op de Mistral Behandelkliniek, en niet op de functionaliteit van de monitor van het Handvest van Maastricht.

Hierom zullen wij hier niet teveel over uitweiden. Wel kunnen wij concluderen dat de Mistral Behandelkliniek zelf een concreet stappenplan moet hebben om de implementatie te evalueren. Dit is van belang omdat de externe evaluatie gering is.

Binnen de Mistral behandelkliniek wordt ervaringsdeskundigheid nu vooral ingezet in persoonlijk contact tussen de cliënt en de ervaringsdeskundige als mentor. Hier is ook ruimte voor binnen therapeutische groepen zoals terugvalpreventie. Ervaringsdeskundigheid is iets dat niet zo zeer ingezet wordt vanuit een klinische setting. Wel wordt ervaringsdeskundigheid ingezet op de kliniek vanuit een lotgenotenprincipe, waarbij de jongeren kennis met elkaar delen.

Vanuit het perspectief van de behandelmedewerker, zowel ervaringsdeskundig als niet ervaringsdeskundig, kunnen we concluderen dat de benodigde vaardigheden voor ervaringsdeskundigen niet tot weinig verschilt van de vaardigheden van niet ervaringsdeskundigen werkzaam op de afdeling. Wel wordt theoretische kennis, door middel van een opleiding, als essentieel gezien. Indien een ervaringsdeskundige dit niet beschikt is deze niet geschikt om werkzaam te zijn op Mistral als behandelmedewerker. Ook moeten ervaringsdeskundigen zich blijven bijscholen om zich te ontwikkelen als behandelmedewerker.

De geïnterviewden geven aan dat ervaringsdeskundigen meer inzicht hebben in het verslavingsgedrag van de doelgroep. Ook wordt aangegeven dat deze komt vanuit een gemeenschappelijkheid, hoewel deze ook individueel kan worden bepaald (zoals b.v. door sekse). Er worden geen tot weinig verschillen ervaren in taken tussen ervaringsdeskundige- en niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Wel wanneer deze bepaalde taken ervaringskennis vereist, zoals een exposure.

De meerwaarde van het prominenter implementeren van ervaringsdeskundigheid zit volgens alle respondenten in het erkennen en accepteren van de doelgroep. Ook kunnen ervaringsdeskundigen confronterender reageren dan behandelmedewerkers zonder ervaringskennis, omdat zij sneller verslavingsgedrag herkennen. Er zit ook een meerwaarde bij het inzetten van niet ervaringsdeskundigen, omdat zij kennis hebben over het leiden van een gezonde jeugd.

De valkuilen binnen de implementatie liggen in de theoretische kennis van ervaringsdeskundigen op de afdeling. Ook de afbakening van grenzen is een valkuil binnen de implementatie, omdat ervaringsdeskundigen ook een kwetsbare positie hebben. Ook moet er in acht worden gehouden dat ervaringsdeskundigen genoeg afstand moeten kunnen creëren jegens de doelgroep. Tevens moet een ervaringsdeskundige minimaal 2 jaar clean zijn voordat deze werkzaam mag zijn als ervaringsdeskundige, ook om de afstand met de doelgroep te waarborgen. Ervaringsdeskundigen moeten open staan voor meerdere visies op het gebied van een effectieve behandeling.

Vanuit het cliëntenperspectief komt er naar voren dat alle cliënten een meerwaarde zien in het hebben van een ervaringsdeskundige op de afdeling. De behandeling door een ervaringsdeskundige wordt door de cliënten als geloofwaardig ervaren omdat zij een verslavingsverleden hebben. Ook geven ze aan dat ervaringsdeskundigen een voorbeeldfunctie hebben op de afdeling en ook geven ze aan dat deze voorbeeldfunctie hoop creëert voor een betere toekomst. Wat opvalt is dat de cliënten aangeven dat de ervaringsdeskundige behandelmedewerkers toleranter zijn dan de niet ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Dit staat haaks op hetgeen dat de behandelmedewerkers zeggen, zij geven aan dat ervaringsdeskundigen werkzaam op de kliniek juist confronterender zijn jegens de cliënten. Verder wordt er aangegeven dat alle cliënten voorlichting over verslaving als niet nuttig hebben ervaren. Wel zien ze een meerwaarde voor zichzelf als zij

voorlichting zouden geven, want deze zou hun kunnen helpen in de ontwikkeling van hun zelfverzekerdheid evenals dat zij hiermee iets zouden kunnen teruggeven aan de maatschappij. Wij zijn kritisch over dit laatste punt, want het feit dat preventie voor deze jongeren geen effect heeft gehad houdt niet in dat het voor anderen geen effect heeft.

De manager geeft aan geen nut te zien in het opzetten van modules voor de implementatie van ervaringsdeskundigheid. Het nakomen van het Handvest van Maastricht heeft geen voorrang op het hanteren van de zes Pijlers van Brijder. De inzet van ervaringsdeskundigen wordt gekenmerkt door het aannemen van geschoolde medewerkers die daarnaast ook ervaringsdeskundige zijn. Hieruit kunnen wij concluderen dat ervaringsdeskundigen op de Mistral behandelkliniek niet worden aangenomen zonder dat deze een HBO opleiding te hebben afgerond. Wel is er ruimte voor het aannemen van stagiaires met een gespecialiseerde MBO opleiding omtrent ervaringsdeskundigheid. Of deze hier in dienstverband kunnen zijn na hun opleiding is nog onbeantwoord.

Wij concluderen dat de rollen van behandelmedewerkers worden benadrukt binnen de mogelijkheden van de verbetering van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral Behandelkliniek. Er wordt aangegeven dat er meer psycho-educatie moet plaatsvinden, ook hier wordt terug gehaald naar de voorbeeldfunctie van ervaringsdeskundigen door de behandelmedewerkers. Ook de voorbeeldfunctie van de cliënten wordt aangekaart, in de vorm van het geven van voorlichting op de DTOX of op scholen. De toepassing hiervan kan vanuit een symbolische faseovergang voor de jongeren binnen hun behandeling. Wel zou dit individueel moeten worden bepaald.

Ervaringsdeskundigen zouden ook een prominentere rol kunnen spelen in de afbakening van het gedrag van de cliënt. Doordat de kliniek steeds vaker adolescenten behandelt met zowel een verslaving als psychiatrische problematieken is de grens hiertussen vervaagd. Hierdoor kan de oorzaak van bepaald gedrag moeilijker worden herleid. Ervaringsdeskundigen kunnen sneller verslavingsgedrag scheiden van het gedrag dat gekoppeld is aan een stoornis en hiermee het behandelteam ondersteunen. Wij beschouwen dit als een optie voor de bevordering van de implementatie.

Wij concluderen dat vanuit het theoretisch kader de Mistral Behandelkliniek niet voldoet aan de eisen voor het inzetten van ervaringsdeskundigen op de afdeling. Wél moet in acht worden genomen dat de Mistral behandelkliniek geen ervaringsdeskundigen aanneemt puur vanuit het feit dat ze ervaringsdeskundigen zijn. De behandelmedewerkers met ervaringsdeskundigheid die werkzaam zijn op de kliniek moeten aan dezelfde kwalificaties voldoen als behandelmedewerkers zonder ervaringsdeskundigheid.

Ondanks dat de Mistral Behandelkliniek de rollen en taken van ervaringsdeskundige niet afbakt, omdat deze gelijk zijn aan de rollen en taken van een niet ervaringsdeskundige behandelmedewerker op de kliniek, is hier wel vraag naar vanuit enkele ervaringsdeskundigen. Hieruit concluderen wij dat er vraag is naar de eisen vanuit het theoretisch kader.

Wel wordt aangegeven dat enkele eisen vanuit het theoretisch kader zoals supervisie/intervisie, scholing en netwerken van ervaringsdeskundigen zowel binnen Mistral als Brijder breed aanwezig zijn. Maar supervisie wordt niet specifiek gefaciliteerd voor ervaringsdeskundigen binnen de kliniek.

Vanuit het theoretisch kader komt de voorbeeldfunctie van behandelmedewerkers werkzaam binnen

het competentiemodel als belangrijk naar voren. Ook vanuit de interviews blijkt dat de rollen en taken van de behandelmedewerkers op Mistral een grote verandering zullen ondergaan. Uit de interviews bleek dat ervaringsdeskundigheid als module haken en ogen bevatte. Vanuit een evidence based perspectief is de mogelijkheid van ervaringsdeskundigheid als module gering. Wel zou de voorbeeldrol van de ervaringsdeskundige kunnen worden benadrukt binnen de implementatie. We kunnen concluderen dat er mogelijkheden bestaan voor de implementatie in bepaalde onderdelen van het behandelprogramma. Er zou een mogelijkheid bestaan om de ervaringskennis van de jongeren een prominentere rol te geven binnen de behandeling, wellicht in de vorm van een periodieke voorlichting op de DTOX afdeling, of voorlichting op scholen. Ook concluderen wij dat de financiële gevolgen zullen voornamelijk in de vorm van (bij)scholing of externe implementatie bestaan. Indien onze bevinden financiële consequenties hebben, moeten deze in onze aanbevelingen worden weergegeven.

De Mistral behandelkliniek gaat in de periode van juni/juli zijn behandelprogramma wijzigingen. Binnen ons rapport moet een concreet stappenplan worden verwerkt waarin de pilot periode en de evaluatieperiodes staan aangegeven om deze implementatie te concretiseren.

De huidige inzet van ervaringsdeskundigheid binnen de Mistral behandelkliniek kunnen wij nu als nulpunt aanschouwen. Door dit nulpunt kunnen onze aanbevelingen worden beschouwd als adviezen om dit punt voorbij te streven. Wij concluderen dat de optimale toepassing van ervaringsdeskundigheid zeer individueel wordt bepaald. De Mistral behandelkliniek zou hierin zelf een standpunt moeten innemen om deze in bredere context te plaatsen. De aanbevelingen die wij in ons rapport verwerken zijn concrete stappen om ervaringsdeskundigheid een prominentere rol te geven binnen het behandel aanbod. Wij willen hierdoor de behandelkliniek motiveren in de inzet van ervaringsdeskundigheid. De Mistral behandelkliniek zou na het ondernemen en evalueren van deze stappen zelf de waarde van ervaringsdeskundigheid kunnen bepalen en vanuit dat perspectief verdere plannen trekken naar de toekomst.

Aanbevelingen

Indien deze implementaties worden overgenomen door de Mistral behandelkliniek zullen de behandelmedewerkers deze maandelijks moeten evalueren. Hiervoor kan ruimte worden gecreëerd binnen de wekelijkse klinische vergadering. Deze evaluaties zijn van belang, omdat er weinig externe evaluaties plaatsvinden met betrekking tot de implementatie binnen de afdelingen van Brijder verslavingszorg. Ook zou hier een behandelmedewerker voor kunnen worden aangewezen om deze implementaties te monitoren.

Zet ervaringsdeskundigheid van ervaringsdeskundige behandelmedewerkers op de Mistral Behandelkliniek explicieter in.

Ervaringsdeskundigheid is geen aparte vaardigheid, maar een geïntegreerde kennis die breed inzetbaar is op de Mistral behandelkliniek. Uit onze conclusie komt voort dat dit al veelvuldig wordt gedaan door de ervaringsdeskundige behandelmedewerkers. Desondanks is wordt ervaringsdeskundigheid niet vaak expliciet ingezet als zijnde “nu gaan we ervaringsdeskundigheid inzetten”. Indien dit wel gebeurt is dit een weloverwogen keuze van de ervaringsdeskundige om iets te delen dat de behandeling van de cliënt zou kunnen bevorderen. Dit maakt een concrete implementatie lastig, maar niet ondenkbaar.

Onze bevindingen hebben ervoor gezorgd dat we de onderstaande aanbevelingen hebben ontwikkeld. Deze aanbevelingen betreffen de inzet van de ervaringsdeskundige behandelmedewerkers.

Ontwikkel setting met ruimte voor intercollegiale feedback

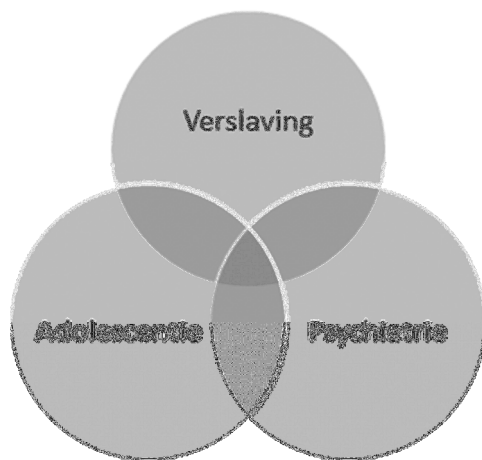
Uit ons onderzoek kwam voort dat door de komende beleidsveranderingen en de inzet van het competentiemodel de rollen en taken van de behandelmedewerkers (zowel ervaringsdeskundigen als niet ervaringsdeskundigen) een nieuwe weg inslaan. De rollen zullen verschuiven naar één van meer ouderlijke aard, waarbij modeling (de voorbeeldfunctie) een grote rol zal vervullen. Uit ons onderzoek bleek dat ervaringsdeskundige behandelmedewerkers op zichzelf al een voorbeeldfunctie vervullen op de afdeling. Doordat deze wijziging in rollen zich van nature zal ontwikkelen, geven wij geen aanbeveling om ervaringsdeskundigen een voorbeeldfunctie te laten aannemen. Wél doen wij een aanbeveling om een collegiale setting te ontwikkelen waarbij behandelmedewerkers elkaar feedback kunnen geven op het voorbeeldgedrag dat zij vertonen. Deze feedback is niet van verplichte aard maar deze zal wel de bewustwording over de voorbeeldfunctie bevorderen indien deze wordt ingezet.

Er is ruimte voor deze intercollegiale feedback tijdens de dienstoverdracht. Hierdoor zal de frequentie van deze aanbeveling liggen tussen een tot drie maal per dag. De haalbaarheid van deze aanbeveling is groot omdat er voldoende ruimte aanwezig is om feedback te geven en te ontvangen. Er zijn geen beperkingen aanwezig binnen deze aanbeveling.

Geef ervaringsdeskundigheid een prominente rol in interventie

Wij adviseren dat ervaringsdeskundige behandelmedewerkers een prominentere rol krijgen in de afbakening van het gedrag van de cliënt. Doordat de kliniek steeds vaker adolescenten behandelt

met zowel een verslaving als psychiatrische problematieken is de grens hiertussen vervaagd. (Zie figuur 2)



Figuur 2. Afbakeningsdriehoek (Breetveld & Gopie, 2012)

Hierdoor kan de oorzaak van bepaald gedrag moeilijker worden herleidt. Ervaringsdeskundigen kunnen sneller verslavingsgedrag scheiden van het gedrag dat gekoppeld is aan een stoornis en hiermee het behandelteam ondersteunen. Dit soort ondersteuning kan plaatsvinden binnen intervisie indien er interventies hebben plaatsgevonden op de werkvloer. Tevens is deze ondersteuning ook inzetbaar tijdens andere facetten van interne communicatie op de behandelkliniek, zoals een klinische vergadering of de dienstoverdracht.

De beperkingen binnen deze aanbeveling is dat deze kennis alleen inzetbaar is wanneer hier vraag naar is vanuit het team. Hierdoor kan geen frequentie worden vastgesteld. Tevens is er een beperking binnen de ruimte waarin dit kan worden besproken. Er zijn drie opties aangegeven: intervisie, de KV of de dienstoverdracht maar elk van deze onderdelen hebben ieder een strak tijdsschema. Wel is er een hoge mate van bruikbaarheid omdat hierin de kennis van ervaringsdeskundigen kan worden ingezet ten goede van de bejegening, behandeling en interventies.

Zet de ervaringskennis van de cliënten frequent en prominent in.

Uit ons onderzoek blijkt dat het competentiemodel waaruit de Mistral behandelkliniek zal gaan behandelen, veel werkt vanuit het “modeling” principe waarbij de maatschappelijke norm centraal staat. Hierdoor krijgen voorbeeldfuncties een grote rol binnen de behandeling. Naast de voorbeeldfuncties van de behandelmedewerkers raden wij aan ook gebruik te maken van voorbeeldfunctie van de cliënten. Door de cliënten hun voorbeeldfunctie in te laten zetten in combinatie met hun ervaringskennis wordt er binnen het competentiemodel gewerkt aan de implementatie van ervaringsdeskundigheid op de behandelkliniek.

Voorlichting op scholen

Als primaire preventie wordt er voorlichting gegeven op scholen (Middelbaar en MBO/HBO/WO). Deze worden gegeven door cliënten die in de eindfase van hun behandeling zitten. Niet elke cliënt is geschikt om voorlichting te geven om scholen en zal individueel bepaald moeten worden door de mentor zelf. De cliënten op de mistral behandelkliniek hebben veel ervaring opgedaan in hun gebruikerstijd en vooral tijdens de behandeling. Hiermee kunnen ze kennis overdragen over het

verslaafd zijn evenals hoe het is om behandeld te worden.

De voorlichting kan gebruikt worden als een “ritueel” om de behandeling af te ronden en tevens wordt de inzicht in hun eigen ontwikkeling gestimuleerd. Dit past ook onder het “teruggeven aan de maatschappij”, waarbij de cliënten hun kennis inzetten om te ‘geven’ in plaats van te ‘nemen’.

De frequentie van deze voorlichtingen zijn lastig te bepalen omdat deze op afspraak zullen worden ondernomen. Wij adviseren om gemiddeld eenmaal per drie maanden een voorlichting op een school in te plannen. Hierin kan worden afgeweken indien cliënten besluiten op een school voorlichting te geven voor hun “Geef terug” opdracht. Zie hieronder. De bruikbaarheid van deze opdracht is goed omdat deze geïmplementeerd kan worden als ritueel voor een faseovergang. Tevens wordt er voor en tijdens de presentatie veel beter gereflecteerd op eigen functioneren in de behandeling. Er is een positieve indicatie voor de haalbaarheid tenzij cliënten niet in bereid zijn om voor een grote groep mensen te praten, dit moet individueel worden bepaald. Een andere beperking kan ook zijn dat er weinig animo is om voorlichting te krijgen op scholen.

Fase 3 “Geef terug” opdracht

Met de “Geef terug” opdracht gaan de cliënten in de derde fase van hun behandeling een opdracht maken waarin zij voor zichzelf gaan schrijven hoe zij iets kunnen teruggeven aan de maatschappij. In deze opdracht staat het overdragen van ervaringskennis centraal. De cliënt mag zelf invulling geven over de wijze waarmee hij de kennis overdraagt. Indien er materiële benodigdheden nodig zijn om deze opdracht te vervullen is er een maximaal budget van 10 euro.

De opdracht is SMART geformuleerd om deze te concretiseren. Deze wordt vervolgens goedgekeurd door de mentor in overleg met de andere behandelmedewerkers.

Deze opdracht zou tevens inzetbaar kunnen zijn als een ritueel voor de fase overgang van fase 2 naar fase 3. De “Geef terug” opdracht is bruikbaar en vernieuwend omdat cliënten letterlijk iets teruggeven aan de maatschappij en hiervoor hun ervaringskennis inzetten. Op deze manier fungeren ze ook als voorbeeld. Het is haalbaar omdat deze opdracht geïmplementeerd kan worden als opdracht voor een fase overgang. De beperkingen hierbij kan het kleine budget zijn.

Voorlichting op de DTOX afdeling

Uit onze interviews met de behandelmedewerkers blijkt dat de voorlichtingen van de cliënten op de DTOX afdeling zijn gedaald in frequentie. Door het inzetten van de ervaringskennis van de cliënten krijgen zij meer zelfinzicht in hun behandelproces en worden de cliënten op de DTOX gemotiveerd om naar de behandelkliniek te komen. Hiermee wordt tevens gebruik gemaakt van de voorbeeldfunctie van de cliënt als ervaringsdeskundige.

De frequentie van DTOX voorlichtingen moet worden teruggebracht naar een maandelijkse sessie waarbij cliënten van de tweede en derde fase zichzelf inzetten. De behandelmedewerkers selecteren hiervoor gemotiveerde cliënten. De haalbaarheid is er hoog. De beperkingen bij deze aanbeveling zouden liggen aan de motivatie van de cliënten.

Competentiegroep buddy

Binnen de competentiegroep, waarbij vaardigheden worden aangeleerd en/of bevorderd, kunnen de cliënten een actieve rol spelen met het overdragen van hun ervaringskennis. Indien een cliënt een competentie niet naar behoren beheerst, wordt deze gekoppeld aan een cliënt die deze competentie wel beheerst. Zij zullen ook buiten de competentiegroep gezamenlijk aan de competentieontwikkeling werken. Elke week wordt de voortgang binnen de competentiegroep

geëvalueerd. Hiermee maak je gebruik van de ervaringskennis en de voorbeeldfunctie van de cliënt binnen de bewonersgroep.

De frequentie zou bij deze aanbeveling hoog liggen indien er eenmaal per week zou worden geëvalueerd. De haalbaarheid is hoog omdat deze aanbeveling makkelijk is in te zetten. Er zouden geen beperkingen aanwezig zijn mits de evaluatie goed verloopt. Indien deze niet frequent voorkomt vallen de vorderingen van de jongeren niet te toetsen.

Inzet ervaringsdeskundigheid in een bredere context door middel van een Mistral behandelkliniek website

Wij raden aan de Mistral behandelkliniek een website te ontwikkelen. Naast alle standaard informatie die een website over een behandelkliniek moet bevatten zou deze ook anonieme ervaringen kunnen bevatten van cliënten. Indien cliënten en oud bewoners hun ervaringen met verslaving en een behandeling kunnen delen door middel van een medium zoals een website is deze kennis laagdrempelig te verkrijgen voor anderen. Ook zou dit interactiever kunnen worden ingezet, door middel van een forum of email contact tussen het publiek en de Mistral behandelkliniek.

Hiermee wordt ervaringsdeskundigheid ingezet evenals dat de stap kleiner zou kunnen worden gemaakt voor verslaafde of kwetsbare jongeren om professionele hulp te zoeken.

Uiteraard moet zoiets als interactieve internet communicatie onder streng toezicht gemonitord worden door de behandelmedewerkers, die als bufferzone fungeren van het publiek en de cliënten van de Mistral behandelkliniek.

De haalbaarheid van deze aanbeveling is discutabel, omdat de Brijder verslavingszorg wellicht het maken van een website voor de kliniek als een distantie zou zien van de instelling. Dit argument is ook inzetbaar voor de beperkingen van deze aanbeveling. Indien deze aanbeveling wél zou worden ingezet zou de website binnen drie maanden beschikbaar kunnen zijn voor het publiek.

Oud bewoners frequent uitnodigen om hen iets te laten vertellen over hun leven na de behandeling

Het is voorgekomen dat oud bewoners iets komen vertellen over hun leven na de behandeling, maar de frequentie hiervan is te verwaarlozen. Wij bevelen aan dat de cliënten kunnen aangeven of ze bereid zijn om na een half jaar na hun ontslagdatum iets te komen vertellen over het proces dat zich na de behandeling plaatsvindt. Door dit structureel in te zetten biedt dit voor de jongeren een reële kijk op het leven na de behandeling en kunnen ze gemotiveerd raken om zich voor de behandeling in te zetten. Behandelmedewerkers zouden in de vijfde maand na het ontslag van de cliënt hen hieraan kunnen herinneren (per mail of telefonisch).

De beperkingen van deze aanbeveling zou kunnen zijn dat cliënten terugkomen op hun besluit. De bruikbaarheid ligt in het inzetten van de voorbeeldfunctie van oud cliënten naar de huidige cliënten. De haalbaarheid en frequentie hangen af van de bereidheid van de cliënt. De haalbaarheid hangt ook af van de motivatie van de cliënten die op de kliniek aanwezig zijn.

Mogelijkheden vervolgonderzoek

De ontwikkeling een functie omschrijving voor ervaringsdeskundige behandelmedewerkers waarin de rollen en taken concreet worden omschreven.

Er bleek vraag te zijn naar een explicietere functieomschrijving voor ervaringsdeskundigen die

werkzaam zijn als behandelmedewerker. Dit is een lastig vraagstuk, aangezien de behandelkliniek alleen gebruik maakt van een functieomschrijving van behandelmedewerkers. Ervaringsdeskundigen worden op de Mistral behandelkliniek alleen aangenomen indien zij beschikken over een HBO diploma ergo alleen worden aangenomen als behandelmedewerker. Hierbij wordt ervaringsdeskundigheid gezien als een 'plus' en geen vereiste. Ervaringsdeskundige behandelmedewerkers moeten hierom individueel gaan bepalen in welke vorm en mate hun ervaringskennis kan worden ingezet. Wij vinden dat hier concrete ondersteuning voor moet worden ontwikkeld in de vorm van taak en rol afbakening. Wij hebben echter niet de middelen om dit onderzoek op organisatorisch niveau uit te voeren. Hierom bevelen wij dit aan als vervolgonderzoek.

Literatuurlijst

- Boevink, W., & Plooy, A. (op. 2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Utrecht: SWP.
- Karbouniaris, S. & Brettschneider, E. (2008). *Inzet en waarde van ervaringsdeskundigheid in de GGZ*. Utrecht: Lectoraat Participatie, Zorg en Ondersteuning.
- Kennisnetwerk het Zwarte Gat. (2010). *Handvest van Maastricht: Herstel als leidend principe in de verslavingszorg*.
- Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. *Peer Support: A Theoretical Perspective*.
- Oudenampsen, D. (2008). *Ondersteuning cliëntenparticipatie Wmo: Tussenevaluatie van twee programma's*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Plooy, A. (2009). Ervaringsdeskundigheid als vak: Expertise (ex-)cliënten ggz steeds vaker ingezet in instellingen. *SoziO-SPH*, (90).
- Slot, N., & Spanjaard, H. (op. 2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg: Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen* (3rd ed.). Baarn: HBuitgevers.
- TOED: Opleidingen voor ervaringsdeskundigen. (2004): SWP.
- van Erp, N. (2008). *Werken met begeleiders in de GGZ met ervaringsdeskundigheid: Een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke condities voor de inzet en scholing van BGE-ers*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- van Haaster, H., Hidajattoellah D., Knooren J., & Wilken J.P. (2009). *Kaderdocument Ervaringsdeskundigheid*: Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht.
- Weerman, A. (2009). Ervaringsdeskundigheid is geen vak: Discussie over de rol en positie van ervaringsdeskundigen in de hulpverlening. *SoziO-SPH*, (91).

Bronnen

Folder:

Het Brijder boekje: Brijder verslavingszorg

Internet:

<http://www.quotationspage.com/subjects/knowledge/>

<http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/2/2b/Clouds.JPG>

<http://www.verwey->

jonker.nl/participatie/publicaties/clientenparticipatie/de_pati_nt_als_burger__de_burger_als_pati_nt

<http://hetzwartegat.info/over-ons.html>

<http://www.brijder.nl/Verslaving/onderzoek/lopendeonderzoeken,onderzoek-topggz-brijder-jeugd>

http://drugshulpverlening.despiegel.org/index.php?option=com_content&view=article&id=44&Itemid=22

<http://www.palier.nl/109089/prestatie-Chirs-van-der-Meer-Lustrum-Tirple-Ex.pdf>