



OFTEWEL

DE TOEPASSING VAN HERSTELWERK

BIJ DE

DOELGROEP DUBBELE DIAGNOSE

Frans Rein Jurrema
Afstudeeropdracht onderzoek
Opleiding: Management in de Zorg
Bachelor Degree
Studentnummer: 1074709
Mei 2014

MANAGEMENT SAMENVATTING

HVO-Querido is een Amsterdamse zorgorganisatie voor de opvang en begeleiding van kwetsbare Amsterdammers. Vanaf 45 locaties in de stad wordt een breed scala aan cliënten begeleid; slachtoffers van vrouwenhandel, psychiatrisch kwetsbare mensen, opvang van weggelopen moeder en kinderen tot en met de opvang van daklozen en ernstig verslaafden. Deze cliënten worden, naar behoefte ambulant of intramuraal, begeleid door professionele persoonlijk begeleiders.

In begin 2011 is er, binnen de gehele organisatie, een nieuwe krachtgerichte begeleidingsmethodiek ingevoerd: Herstelwerk. De kern van deze methodiek is dat de focus van de begeleiding niet langer ligt bij de problemen die een cliënt heeft maar op de positieve krachten en talenten die ieder mens ook in zich meedraagt. Samen met de cliënt, gaat de woonbegeleider op zoek naar manieren hoe deze positieve krachten ingezet kunnen worden om tot herstel te komen en uiteindelijk de regie over het leven weer zoveel mogelijk in handen van de cliënt te leggen.

Binnen HVO-Querido zijn vijf 24 uren woonvoorzieningen voor de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose. Deze cliënten zijn ernstig verslaafd en hebben een psychiatrische stoornis. Zij bevinden zich aan de onderkant van de ladder van zelfredzaamheid. Zij worden daar intensief begeleid op bijna alle facetten van het leven. Het onderzoek richt zich op de vraag of Herstelwerk, wat een basismethodiek is, voldoende is toegesneden en voldoende instrumenten biedt om te komen tot een effectieve begeleiding van deze specifieke doelgroep. Ten eerste is er een inventarisatie en analyse gemaakt van gesignaleerde knelpunten. Daarvoor zijn verschillende onderzoeksmethoden ingezet: theoretisch onderzoek en deskresearch. Op basis van de resultaten van het onderzoek zijn een aantal aanbevelingen geformuleerd voor aanpassingen van en aanvullingen op de methodiek. Het einddoel is te komen tot een zo effectief mogelijke toepassing van de methodiek Herstelwerk bij de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose.

In hoofdstuk 1 is een beschrijving opgenomen van de organisatie HVO-Querido. Daarbij ligt de focus op die vijf voorzieningen waar de doelgroep met dubbele diagnose woont en begeleid wordt: het zorgpad stabilisatie en bescherming: de Veste, de Varikstraat, Noordzijde, Robert Koch en de Rijswijk.

In hoofdstuk 2 wordt de probleemstelling geformuleerd. In hoofdstuk 3 wordt het onderzoek methodologisch verantwoord.

In hoofdstuk 4 is theoretisch onderzoek gedaan naar de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose en de historische achtergrond en ontstaansgeschiedenis van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek Herstelwerk. Ten slotte is er 'benchmark' onderzoek gedaan naar beschikbare alternatieve methodieken. De overeenkomst met Herstelwerk is dat deze methodieken ook gebaseerd zijn op de krachtgerichte begeleidingsmethodiek. Het verschil is dat Herstelwerk een basismethodiek is terwijl de onderzochte alternatieven specifiek zijn ontwikkeld voor de doelgroep met een dubbele diagnose.

In hoofdstuk 5 wordt het bureauonderzoek beschreven dat voor dit onderzoek gedaan is binnen de organisatie. Onderzocht is in hoeverre de toepassing van Herstelwerk leidt tot een grotere zelfredzaamheid van de betrokken cliënten. Onderzocht is ook in hoeverre de persoonlijk begeleiders de competenties bezitten om Herstelwerk effectief in te kunnen zetten.

In hoofdstuk 6 wordt het praktijkonderzoek beschreven. Alle persoonlijk begeleiders van alle vijf betrokken voorzieningen is gevraagd een enquête in te vullen. Meer dan 50% heeft dit uiteindelijk gedaan. De betrokken zorgcoördinatoren van alle vijf locaties zijn geïnterviewd. 80% van de GGZ collega's, verantwoordelijk voor de behandeling van betrokken cliënten, is geïnterviewd. Ten slotte is een specialist Herstelwerk van de stafunit Opleiden & Ontwikkelen geïnterviewd. Zo is inzicht verkregen in het effect dat de methodiek heeft op de plek waar zij voor ontwikkeld is: de daadwerkelijke begeleiding.

In hoofdstuk 7 wordt de conclusies en aanbevelingen geformuleerd. De belangrijkste conclusie is dat Herstelwerk niet genoeg handvaten biedt om de specifieke doelgroep met dubbele diagnose op een effectieve manier te begeleiden. Het is vooral de component verslaving die meer aandacht vereist. Tweede belangrijke conclusie is dat Herstelwerk een basismethodiek is die op een flexibele manier ingevuld en aangepast zou moeten worden om tot een effectieve inzet te komen bij elke specifieke doelgroep. Daarom wordt in de aanbevelingen een aantal aanpassingen en toevoegingen aan de methodiek voorgesteld. Dit alles om te komen tot een zo effectief mogelijke toepassing van de methodiek bij de doelgroep met een dubbele diagnose.

MANAGEMENT SUMMARY

Hvo-Querido is a health organization working in the city of Amsterdam and providing housing and guidance for a broad range of vulnerable inhabitants: victims of matrimonial violence, women trafficking, psychiatric vulnerable people, the homeless and drug addicts. From 45 different locations in town, clients receive housing and/or professional guidance according to their needs.

In 2011, a new scientific method of guidance was implemented organization-wide: Herstelwerk. This method is based on the principles of the in the US developed strength based model of guidance which was adapted to the Dutch situation by the St. Radboud University in Nijmegen. Core principle of this new method is the focus on the strengths that each individual possesses instead of on the problems. Together with his/her personal attendant, the client searches for strength within him/herself and to find ways to use these strengths to make progress on the way to recovery.

Five locations of HVO-Querido in Amsterdam are especially for the target group of ex-homeless clients with a double diagnose or comorbidity: the have been diagnosed with a psychiatric disorder and are long term addicted to hard drugs. These clients are guided on a wide variety of subjects: from finance tot hygiene, from work to clothing, from health to food. These are the clients who live on the lowest levels of self-reliance within the organization HVO-Querido.

'Herstelwerk' is a basic method of guidance which can be applied for all target groups with a specific form of vulnerability. This investigation focuses on the question whether or not this basic method of guidance is also applicable for this specific target group. In how far does this method provides the personal attendants with enough instruments and tools to give these clients guidance in an effective way?

Therefore an inventory and analyses was made of the observed bottlenecks. The investigation consisted of (1) theoretical research, (2) desk research and (3) practical research, consisting of a range of interviews and a survey amongst those putting Herstelwerk into practice while giving guidance to this specific target group of double diagnosed clients. On the basis of these analyses a number of recommendations were formulated for adjustments and additions to 'Herstelwerk' to strengthen its effectiveness towards this particular target group.

In chapter 1 the organization HVO-Querido is explained with the focus on the five locations where the target group holds residence: De Veste, Noordzijde, De Varikstraat, Robert Koch house and De Rijswijk. Together, they form the clinical pathway 'stabilization & protection'.

In chapter two the problem statement is formulated. In chapter three the investigation methods are accounted for.

Chapter 4 describes the theoretical investigation into the literature available on: (1) the background and symptoms of people with a double diagnose with the focus on their ability to recover (2) about the history and development of the strength based guidance method in the USA and a description of the development of Herstelwerk in Holland and (3) a benchmark study of alternative guidance methods that are also strength based but especially developed to be used with the specific target group of clients with a double diagnose.

In chapter 5 the desk research is reported that was done within the organization HVO-Querido. Investigated was in how far the application of Herstelwerk leads to a growth in self-reliance of the clients. Also investigated whether the involved personal guides had the competencies for an effective application of Herstelwerk.

In chapter 6 the practical research is described. A series of interviews was done with (1) the health coordinators involved, (2) the involved psychiatrists en social-psychiatric nurses and (3) a specialist on the guidance method Herstelwerk. A survey was done under all involved personal guides about their experiences with Herstelwerk. Finally a specialist from the management staff unit O&O (training & development) was interviewed about the results of the interviews. In this way, insight was created in the experiences with Herstelwerk there where it really matters: the work floor.

In chapter 7 conclusions and recommendations are formulated on the basis of the results. The two most important conclusions are (1) Herstelwerk is effective as a basic guidance method but does not offer enough tools for the guidance of the specific target group of clients with a psychiatric disorder and a severe drugs addiction, and (2) It is necessary to apply Herstelwerk in a flexible way, add tools and make adjustments to make it effective for each specific target group. Finally specific proposals and adjustments are recommended for the guidance of clients with a double diagnosis.

Inhoud

1 INLEIDING.....	6
1.1 DE AANLEIDING	6
1.2 BESCHRIJVING VAN HET PROBLEEM VOLGENS HET 6-W MODEL	6
1.2.1 Wie wordt er geconfronteerd met het probleem?	6
1.2.2 Wat is het probleem?	6
1.2.3 Waar doet het probleem zich voor?	7
1.2.4 Wanneer doet het probleem zich voor?	8
1.2.5 Welke doelen?	8
1.2.6 Waarom?	8
1.3 CONCLUSIE 6-W MODEL	8
1.4 BESCHRIJVING VAN DE ORGANISATIE VOLGENS HET 7-S MODEL.....	9
1.4.1 Conclusie 7-S analyse.....	9
2 PROBLEEMSTELLING.....	9
2.1 DE OPDRACHTGEVER	9
2.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK	9
2.3 WAT WORDT ER ONDERZOEKT?	9
2.4 RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK	10
2.5 DE ONDERZOEKSTECHNIEKEN	10
2.6 RANDVOORWAARDEN	10
2.7 DE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG	10
2.8 DE DEELVRAGEN	11
3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING.....	11
3.1 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK	11
3.2 RELEVANTIE VOOR HET MANAGEMENT	11
3.3 DE POSITIE VAN DE ONDERZOEKER	11
3.4 TYPE ONDERZOEK	12
3.5 ONDERZOEKSPOPULATIE	12
3.6 OPERATIONALISERING VAN DE DEELVRAGEN	13
3.7 METHODES VAN PRAKTIJKONDERZOEK.....	14
3.7.1 Kwalitatief onderzoek: interviews	14
3.7.2 Enquête: kwantitatief en kwalitatief	15
3.8 KWALITEITSCRITERIA.....	15
3.8.1 Betrouwbaarheid resultaten kwalitatief onderzoek	15
3.8.2 Interne validiteit kwalitatief onderzoek	16
4 THEORETISCH KADER.....	16
4.1 WAT IS EEN DUBBELE DIAGNOSE?.....	16
4.1.1 Wat is dubbele diagnose	16
4.1.2 Wat is een verslaving.....	16
4.1.3 Wat is een psychiatrische stoornis	17
4.1.4 Comorbiditeit	17
4.2 ONTSTAAN VAN DE KRACHTGERICHTE BEGELEIDINGSMETHODIEK	17
4.2.1 Inleiding	17
4.2.2 Korte historie	18
4.2.3 The Challenge Model	18

4.2.4 The Strength Model: De krachtgerichte begeleidingsmethodiek (KBM)	19
4.3 HERSTELWERK: HANDLEIDING VOOR EEN KRACHTGERICHT BEGELEIDINGSTRAJECT	19
4.3.1 De doelgroep van de methodiek Herstelwerk	20
4.3.2 De zes krachtprincipes van Herstelwerk	20
4.3.3 De planningcyclus in Herstelwerk	20
4.3.4 De teamkrachtbespreking (TKB)	21
4.3.5 Training van de teams	21
4.3.6 De toepasbaarheid van Herstelwerk op cliënten met een dubbele diagnose	21
4.4 ANDERE BEGELEIDINGSMETHODIEKEN GERICHT OP CLIËNTEN MET DUBBELE DIAGNOSE	23
4.4.1 Trimbos Instituut: handreiking 'Het vormgeven aan woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose'	23
4.4.2 Relatie met de onderzoeksvraag	23
4.4.3 IDDT: Integrated Dual Disorder Treatment (CentreforEBP, 2014)	24
4.4.4 Relatie met de onderzoeksvraag	25
4.5 CONCLUSIES LITERATUURSTUDIE	25
4.5.1 Deelvraag 1	25
4.5.2 Deelvraag 2	25
5 DESKRESEARCH	27
5.1 AANWEZIGE EXPERTISE OVER HERSTELWERK BINNEN DE ORGANISATIE	27
5.1.1 Beschikbare kennis binnen de organisatie	27
5.1.2 Interne trainingen in de toepassing van Herstelwerk	27
5.1.3 Algemeen opleidingsniveau van de PB-ers	28
5.1.4 Beantwoording operationele vraag 7	28
5.2 WAT IS HET EFFECT OP DE ZELFREDZAAMHEID?	28
5.2.1 Welke doelen stellen cliënten zich en worden deze behaald?	28
5.2.2 Welk percentage cliënten stroomt door naar woonsituaties met grotere zelfstandigheid?	29
5.2.3 Beantwoording operationele vraag 8	29
6 PRAKTIJKONDERZOEK	30
INLEIDING	30
6.1 RESULTATEN INTERVIEWS ZORGCOORDINATOREN	30
6.2 RESULTATEN INTERVIEWS COLLEGA'S VAN GGZ KETENPARTNER	33
6.3 RESULTATEN ENQUETE	34
6.3.1 Inleiding	34
6.3.2 Beschrijving resultaten enquête	34
6.4 RESULTATEN INTERVIEW SPECIALIST	37
7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	38
7.1 Conclusie deelvraag 1	38
7.2 Conclusies deelvraag 2	39
7.3 Conclusies deelvraag 3	39
7.4 Conclusies centrale onderzoeksvraag	39
7.5 Aanbevelingen	40
Lijst met afkortingen	41
Lijst van bijlagen	41
Geraadpleegde websites	42
Bibliografie	43

1 INLEIDING

1.1 DE AANLEIDING

De Rijswijk is een 24-uurs woonvoorziening die deel uitmaakt van HVO-Querido (HVO-Querido, 2014) voor cliënten met een dubbele diagnose: zij zijn verslaafd en hebben een psychiatrische stoornis. Het is een regionale instelling voor beschermd wonen (RIBW Alliantie, 2013). In 2011 is er een nieuwe begeleidingsmethodiek ingevoerd: Herstelwerk (Impuls-onderzoekscentrum, 2014). Dit is een krachtgerichte begeleidingsmethodiek (KBM) die is afgeleid van de in de VS ontwikkelde 'Strength Model' (Rapp, 1997). Deze stroming richt zich bij het herstel niet op de problemen en tekortkomingen van een cliënt maar op diens krachten en talenten. Sindsdien werken alle begeleiders binnen HVO-Querido volgens deze methodiek. Vanaf de werkvloer blijven echter signalen komen dat men op knelpunten stuit bij de toepassing van de methodiek bij de specifieke doelgroep van cliënten met een dubbele diagnose. Deze signalen vanaf de werkvloer zijn de reden geweest voor mijn opdrachtgevers, de teammanagers van de 24-uurs woonvoorzieningen binnen HVO-Querido waar cliënten met een dubbele diagnose verblijven, dit als onderwerp te nemen voor mijn afstudeerproject.

1.2 BESCHRIJVING VAN HET PROBLEEM VOLGENS HET 6-W MODEL

D.m.v. het 6-W model (Slideshare, 2014) wordt een aantal vragen beantwoord om tot de kern van het probleem te komen en het probleem te plaatsen in de juiste context binnen de organisatie.

1.2.1 Wie wordt er geconfronteerd met het probleem?

Cliënten en persoonlijk begeleiders

Binnen de organisatie HVO-Querido is het de persoonlijk begeleider die wordt geconfronteerd met de probleemsituatie en signalen afgeeft richting de teamleiding dat er een probleem is. Daarmee is het automatisch een probleem van de gehele organisatie omdat begeleiding de kern van de organisatie vormt. Ook de cliënt is erbij betrokken maar deze is zich niet bewust van het probleem.

Management

De opdrachtgevers voor dit onderzoek, de vijf teamleiders in het HVO-Querido zorgpad 'stabilisatie en bescherming', ontvangen aanhoudende signalen dat de betrokken persoonlijk begeleiders op problemen stuiten bij de toepassing van de nieuwe begeleidingsmethodiek. De teammanagers willen dat de signalen onderzocht worden en inzicht verwerven in hoeverre de nieuwe begeleidingsmethodiek effectief wordt ingezet. En, indien dat niet het geval is, een inventarisatie en analyse van de knelpunten. Ten slotte is verzocht om, op basis van deze analyse, aanbevelingen te formuleren die leiden tot kwalitatieve verbeteringen in de toepassing van de begeleidingsmethodiek. Indien daartoe aanleiding is, zullen de teammanagers de resultaten van het onderzoek gebruiken voor hun beleidsvorming en het onderwerp agenderen in het Management Team en de Raad van Bestuur van de organisatie.

1.2.2 Wat is het probleem?

De persoonlijke begeleiding binnen heel HVO-Querido wordt vormgegeven op basis van een organisatiebrede begeleidingsmethodiek. In 2011 is in de hele organisatie Herstelwerk, een krachtgerichte begeleidingsmethodiek ingevoerd. De methodiek die is gebaseerd op 'The Strength model' van Charles A. Rapp (Rapp, 1997). De kern van de methodiek is dat zij zich, in plaats van de focus te leggen op de problemen en tekortkomingen van een cliënt, richt op het ontwikkelen van de krachten en talenten die elke cliënt in zich heeft. Het is een basismethodiek die ingezet kan worden voor de begeleiding van alle doelgroepen die, om wat voor reden dan ook, extra kwetsbaar zijn en daarom niet in staat zijn de volledige regie te voeren over het eigen leven. De methodiek is niet specifiek ontwikkeld voor de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose. Op het moment dat dit onderzoek begint is de methodiek twee jaar in gebruik en ventileren veel persoonlijk begeleiders dat ze op sommige punten op knelpunten stuiten bij de toepassing van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij deze specifieke doelgroep. Over het algemeen kunnen begeleiders zich heel goed vinden in de uitgangspunten van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek: een gelijkwaardige bejegening met de focus op de positieve krachten. Dat sluit ook goed aan bij de visie en bedrijfscultuur van HVO-Querido als geheel. Maar specifiek bij de toepassing ervan op de dagelijkse begeleiding van de groep cliënten met een dubbele diagnose, worden een aantal problemen gemeld door de persoonlijk begeleiders. Deze problemen concentreren zich op twee onderwerpen:

- (1) De op de voorgrond liggende verslaving en de daaruit voortvloeiende onmogelijkheid voor cliënten om de motivatie te vinden om de eigen regie op het leven (weer) in eigen hand te nemen
- (2) De vaak overheersende en verstorende rol die beperkende beheersmaatregelen hebben op het ontwikkelen van de positieve krachten

1.2.3 Waar doet het probleem zich voor?

HVO-Querido is bezig met een reorganisatie waarbij de regionale structuur omgezet wordt in een zorginhoudelijke structuur. Een clustering van voorzieningen op basis van hun geografische nabijheid wordt omgezet in een clustering op basis van de te leveren zorginhoud. HVO-Querido kent 45 verschillende locaties in Amsterdam en op elke locatie wordt hulp verleend aan een specifieke doelgroep cliënten. Wat hen verbindt is het (tijdelijke) onvermogen om de eigen regie te voeren. Herstelwerk is de basis begeleidingsmethodiek die organisatiebreed wordt aangeboden. Het overzicht aan zorgprogramma's zoals hieronder beschreven, geeft inzicht in het brede scala aan doelgroepen die door HVO-Querido begeleid worden. Het maakt ook duidelijk dat er grote verschillen bestaan tussen de doelgroepen voor wat betreft hun mogelijkheden om de eigen regie (weer) op te pakken. Het roept ook de vraag op of eenzelfde begeleidingsmethodiek bij al deze doelgroepen net zo succesvol zal zijn. Vooral voor de doelgroep met een dubbele diagnose die onderaan de ladder van zelfredzaamheid staat, bestaan er twijfels.

Zorgprogramma's

HVO-Querido kent de volgende acht zorgprogramma's (zie bijlage 1: overzicht zorgprogramma's) die gericht zijn op acht verschillende doelgroepen:

- 1 Jongeren met psychiatrische kwetsbaarheid
- 2 Jongeren met psychosociale kwetsbaarheid
- 3 Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid
- 4 Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid en verslaving
- 5 Volwassenen met psychosociale kwetsbaarheid met/zonder verslaving
- 6 Gezinnen
- 7 Volwassenen met medische zorgvraag
- 8 Prostituees en slachtoffers mensenhandel

Binnen elk zorgprogramma zit een aantal woonvoorzieningen dat dezelfde doelgroep bedient. Dit onderzoek heeft betrekking op zorgprogramma 4: 'Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid en verslaving'.

Zorgpaden

Elk zorgprogramma is op zijn beurt weer onderverdeeld in zorgpaden. Het zorgprogramma 'Volwassenen met psychiatrische kwetsbaarheid en verslaving' is weer onderverdeeld in onderstaande drie zorgpaden:

- 1 Ontwikkeling richting zelfstandig wonen
- 2 Housing first (DISCUS)
- 3 Stabilisatie & bescherming

Het zorgpad stabilisatie en bescherming

Dit onderzoek heeft betrekking op het zorgpad 3; stabilisatie en bescherming. Hieronder vallen de vijf RIBW's binnen HVO-Querido. (Veste, Noordzijde, Varikstraat, Robert Kochstraat en Rijswijk/Wuif)

Zelfredzaamheid

Hoe groter de zelfredzaamheid (Zelfredzaamheidsmatrix, 2013) van een cliënt, hoe hoger het zorgpad. In zorgpad 3, stabilisatie en bescherming, worden de meest kwetsbare cliënten opgevangen met de laagste scores op het gebied van zelfredzaamheid. Hier worden cliënten opgevangen die intensieve begeleiding nodig hebben en waar op vrijwel alle levenssterreinen de regie volledig is overgenomen door de instelling en de persoonlijk begeleiders: financiën, administratie, wonen, voedselvoorziening, huishouden, persoonlijke en huishoudelijke hygiëne, dagbesteding, externe contacten, somatische en psychiatrische problemen. Het begrip eigen regie over het leven wordt als volgt gedefinieerd: '*Het vermogen van een persoon om zelf te bepalen op welke wijze hij het eigen leven inricht (wonen, werken, sociale contacten) en hoe de zorg en/of begeleiding bij eventuele ziekte daarbij wordt ingevuld.*' (Encyclo, 2014)

Onderkant maatschappelijke vangnet

De 24 uren woonvoorzieningen in het zorgpad stabilisatie en bescherming vormen de onderkant van het maatschappelijke vangnet in Amsterdam (waarbij de inzet van dwangmiddelen nog niet is toegestaan). Lukt het ook in deze voorzieningen niet een cliënt te stabiliseren, dan zijn geen alternatieven meer voorhanden buiten het toepassen van dwangmiddelen. De instroom bestaat voornamelijk uit cliënten afkomstig uit psychiatrische klinieken, gevangnissen of andere instellingen voor begeleid wonen. Zo heeft HVO-Querido vaste contracten met Justitie over de opvang van ISD-ers (Inrichting Stelselmatige Daders) (OM, 2014) en TBS-ers (Ter Beschikking Stelling) tijdens de eindfase van hun straf waarin deze cliënten opnieuw gere-integreerd moeten worden in de maatschappij. In het zorgpad stabilisatie en bescherming worden die ex-gevangenen geplaatst waarvan de inschatting is dat de kans, meestal vanwege verslaving, groot is dat volledige re-integratie in de maatschappij geen reële optie is. In hun proeftijd wonen ze in het zorgpad stabilisatie en bescherming. Gaat het daar fout,

dan worden deze cliënten teruggeplaatst naar de gevangenis. Een ander deel van de cliënten heeft met enige regelmaat last van zware psychoses, meestal omdat cliënt stopt met het innemen van anti-psychotica omdat het goed gaat. Zodra de psychose dusdanig ernstige vormen aanneemt dat cliënt een gevaar gaat vormen voor zichzelf of zijn/haar omgeving wordt, via een rechterlijke machtiging, een gedwongen opname in een gesloten kliniek aangevraagd. Weer een ander deel van de cliënten veroorzaakt dusdanige drugsgelateerde overlast op straat dat zij met enige regelmaat in voorarrest zitten of gevangenisstraf uitzitten.

1.2.4 Wanneer doet het probleem zich voor?

Het probleem speelt een grote rol in het gehele traject van begeleiding omdat het stimuleren van het (weer) in de eigen hand nemen van de regie op het leven, daarin volgens de methodiek een centrale rol speelt. Het probleem wordt het duidelijkst zichtbaar voor de buitenwereld als de cliënt, in het kader van de begeleidingsmethodiek en in overleg met zijn/haar persoonlijk begeleider, doelen moet formuleren die leiden tot het meer in eigen hand nemen van de eigen regie in het leven. Dat kunnen kleine stapjes zijn: 'ik ga nu i.p.v. een maal per week, tweemaal per week douchen'. Maar ook grote: 'ik ga me inschrijven bij Woningnet voor een eigen woning' of 'Ik ga weer contact opnemen met mijn familie'. Deze doelen worden geregistreerd door de persoonlijk begeleider en omgezet in een actieplan. Elk half jaar worden de gestelde doelen en actieplannen geëvalueerd tussen persoonlijk begeleider en cliënt. Zorg coördinatoren geven aan dat de doelen soms niet krachtgericht zijn omdat de doelen niet geformuleerd zijn door de cliënt zelf. Persoonlijk begeleiders geven aan dat, In het geval het wel lukt de cliënt zijn/haar doelen zelf te laten formuleren, de cliënt er blijk van geeft niet echt geïnteresseerd te zijn of gemotiveerd is aan deze doelen te werken. Cliënt lijkt vaak alleen maar mee te werken omdat het als voorwaarde voor verblijf wordt beschouwd. Ook zijn sommige cliënten te (chronisch) psychotisch om op een rationele manier over levensdoelen na te denken en te communiceren.

1.2.5 Welke doelen?

Dat cliënt niet in staat is haar of zijn eigen doelen te formuleren komt ook tot uiting tijdens de teamkrachtbesprekingen (TKB), brainstormsessies in het team die onderdeel uitmaken van de methodiek en zijn bedoeld om ideeën op te doen hoe de cliënt het best ondersteund kan worden om zijn/haar eigen doelen te verwezenlijken. In de krachtgerichte begeleidingsmethodiek is uitgangspunt dat cliënt zijn eigen doelen formuleert maar tijdens de TKB bijeenkomsten signaleren begeleiders dat een groot percentage cliënten hier niet toe in staat blijkt te zijn.

1.2.6 Waarom?

Volgens begeleiders zijn veel cliënten niet te doordringen van het belang om de regie in eigen hand te nemen. De volgende redenen worden daarvoor aangevoerd:

- (1) Ze hebben alleen aandacht en tijd voor hun verslaving
- (2) Ze zijn gehospitaliseerd
- (3) Ze zijn psychisch onmachtig op een rationele manier met het stellen van zulke doelen om te gaan

Om de voortgang van de begeleidingscyclus te garanderen heeft de begeleider de neiging om voor de betrokken cliënt te gaan bepalen wat zijn doelen zijn. Dat botst met de principes achter de methodiek die als uitgangspunt heeft dat cliënt de regie voert over het proces van begeleiden.

1.3 CONCLUSIE 6-W MODEL

Overnemen van regie

Het lijkt erop dat gebrek aan inzicht en/of motivatie bij (een deel van) de cliënten om te werken aan het weer in handen nemen van de regie (definitie eigen regie op het eigen leven, een belangrijk knelpunt is bij de uitvoering van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek in het zorgpad 'bescherming en stabilisatie') De begeleiding neemt daarom (een deel van) de regie over. Een van de kernvragen is hoe cliënten, die vaak zeer ver verwijderd zijn van de eigen regie op het leven, weer gemotiveerd kunnen worden daar weer aan te gaan werken. Een andere kernvraag is hoe de krachtgerichte methodiek toe te passen als cliënten mentaal niet in staat zijn daar op een rationele manier mee om te gaan.

Managementperspectief

Een van de absolute kernwaarden in de visie van de organisatie is het herstel van de eigen regie van de cliënt. De maatschappij en de politiek zijn steeds meer gericht op een mede door bezuinigingen gedreven participatie in de maatschappij. Anticiperend op deze ontwikkeling is de hele organisatie HVO-Querido steeds meer gericht op verzelfstandiging en ambulantisering. Vanuit het perspectief van het management is het van belang om vast te stellen in hoeverre een belangrijke doelgroep van de organisatie niet in staat blijkt de eigen regie op het leven weer in eigen hand te nemen. Dat zou belangrijke consequenties kunnen hebben voor de visie en missie van de organisatie als geheel.



Figuur 1: de eigen regie volgens de cliënt zelf

1.4 BESCHRIJVING VAN DE ORGANISATIE VOLGENS HET 7-S MODEL

In bijlage drie is een beschrijving opgenomen die de organisatie HVO-Querido beschrijft volgens het 7-S model (7s-model, 2014).

1.4.1 Conclusie 7-S analyse

De kernwaarde van de organisatie, herstel van de eigen regie over het leven van de cliënt, is de drijvende motivatie binnen de gehele organisatie. Alle zes andere onderzochte aspecten van de organisatie sluiten hier nauw bij aan en zijn erop gericht deze taak zo goed mogelijk te vervullen. De harde aspecten, structuur, systemen en strategie, zijn zo ingericht dat de professional de instrumenten in handen heeft om, op zelfstandige wijze, maatwerk te verlenen aan de cliënt. De visie en de dominante bedrijfscultuur die daarop aansluit, garandeert dat de gewenste sleutelvaardigheden binnen de organisatie ruimschoots aanwezig zijn. Voor de instroom van nieuw personeel worden de juiste criteria aangehouden. De stijl van management sluit over het algemeen aan bij het streven zoveel mogelijk verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie te verankeren. Gebieden waar HVO-Querido mogelijk nog tekort schiet om haar doelen op een zo efficiënt mogelijke wijze te verwezenlijken zijn (1) tekort aan werkervaring en (2) het gebrek aan uitgebreide kennis over de ingezette methodiek, bij een deel van het personeel op de werkvloer. Daarnaast vormt wat de organisatie ziet als een kracht, een grote zelfstandigheid van de persoonlijk begeleider in het vormgeven van de begeleiding van een cliënt, tegelijkertijd een gevaar. Omdat de begeleidingsmethodiek zich voornamelijk concentreert op de vertrouwensrelatie tussen de individuele begeleider en de individuele cliënt, heeft de organisatie daar weinig zicht en invloed op. Het is juist daarom dat dit een van de gebieden is waarop dit onderzoek zich zal richten.

2 PROBLEEMSTELLING

2.1 DE OPDRACHTGEVER

De begeleidingsmethodiek is van groot belang voor de cliënten en vormt de kern van het zorgaanbod van de Rijswijk. Voor het optimaal functioneren van de voorziening als geheel is het van groot belang dat de begeleiding van cliënten soepel verloopt en van hoge kwaliteit is. Het is belangrijk dat de gesignaleerde knelpunten in de begeleidingsmethodiek onderzocht en geanalyseerd worden. Zoals eerder is aangegeven wordt het onderzoek uitgevoerd in opdracht van de teammanager van de Rijswijk, mede namens alle andere teammanagers van de HVO-Querido locaties binnen het zorgpad bescherming en stabilisatie: de Veste, Noordzijde, Straetenburgh en de Varikstraat. Het onderzoek zal plaatsvinden binnen deze vijf locaties.

2.2 DOEL VAN HET ONDERZOEK

Het onderzoek heeft als doel;

- (1) Inzicht te verkrijgen in de mate van toepasbaarheid van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek op de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose.
- (2) Het inventariseren van de knelpunten bij de toepassing van de krachtgerichte basismethodiek op de doelgroep van cliënten met een dubbele diagnose.
- (3) Inzicht te verschaffen in de aard en oorzaak van deze knelpunten
- (4) Het, op basis van de uitkomsten van de doelstellingen 1, 2 en 3, formuleren van aanbevelingen ter verhoging van de kwaliteit en effectiviteit van de begeleiding van deze specifieke doelgroep

2.3 WAT WORDT ER ONDERZOCHT?

Onderzocht wordt;

- De toepasbaarheid van de KBM op de doelgroep met een dubbele diagnose in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming'
- De knelpunten in de toepassing van KBM bij de doelgroep met een dubbele diagnose
- Het vaststellen van de oorzaken van de gesignaleerde knelpunten
- De mogelijkheden om de knelpunten weg te nemen

2.4 RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Het management heeft verzocht met een eindrapport te komen waarin de volgende onderdelen zijn opgenomen:

- Het vaststellen van de ernst van de gesignaleerde knelpunten
- Een analyse van de oorzaken van de gesignaleerde knelpunten
- Aanbevelingen hoe de knelpunten kunnen worden opgelost.
- Indien dit onderzoek daartoe aanleiding geeft, zullen opdrachtgevers de uitkomsten gebruiken als uitgangspunt voor hun beleidsontwikkeling en de dialoog daarover aangaan in het management team en de raad van bestuur. Daarom vindt zij een wetenschappelijke onderbouwing en een heldere formulering van de resultaten van groot belang.

2.5 DE ONDERZOEKSTECHNIKEN

Het onderzoek is praktijkgericht en diagnostisch van aard. In het onderzoek zal getoetst worden in hoeverre de begeleidingsmethodiek Herstelwerk succesvol is bij de doelgroep dubbele diagnose. Om meer diepte te krijgen in de diagnose zullen, d.m.v. literatuurstudie, andere methodieken in gebruik voor de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose, geëxploreerd en vergeleken worden. Daarom is het onderzoek, voor een klein deel, explorerend van aard. Het onderzoek zal bestaan uit:

- Theoretisch (literatuur) onderzoek naar de ontstaansgeschiedenis van de KBM en de toepassing van andere maar vergelijkbare methodieken gericht op de doelgroep met dubbele diagnose.
- Deskresearch naar informatie die van belang is voor het onderzoek en binnen de organisatie HVO-Querido aanwezig is.
- Praktijkonderzoek: kwalitatief onderzoek door het houden van interviews onder behandelaars, specialisten en zorgcoördinatoren en kwantitatief onderzoek door het afnemen van een enquête onder alle betrokken persoonlijk begeleiders.
- Panelgesprek waarin de resultaten van het onderzoek in perspectief zullen worden gezet door een representatieve vertegenwoordiging van alle betrokken onderzoekseenheden.

2.6 RANDVOORWAARDEN

Uitgangspunt bij dit onderzoek is dat de krachtgerichte begeleidingsmethodiek HVO-Querido-breed in gebruik is genomen.

- De krachtgerichte begeleidingsmethodiek is wetenschappelijk ontwikkeld. Dit onderzoek richt zich daarom niet op het formuleren van eventuele aanpassingen in de methodiek maar op de vraag of er aanvullingen nodig zijn om de methodiek beter toepasbaar te maken voor de doelgroep in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming'.
- Het onderzoeksobject beperkt zich tot de begeleidende en behandelende teams van de vijf locaties in het zorgpad bescherming en stabilisatie binnen HVO-Querido.
- Het onderzoek loopt van september 2013 tot en met mei 2014.
- Opdrachtgever zal opdrachtnemer gedurende deze tijd bij zijn onderzoek faciliteren door:
 - in overleg met opdrachtnemer werktijd vrij te houden om dit onderzoek te kunnen uitvoeren
 - de voor het onderzoeksonderwerp relevante informatie beschikbaar te stellen
 - faciliteren bij het verkrijgen van toegang voor het onderzoek bij alle vier de betrokken locaties
 - faciliteren bij het toegang krijgen tot de kennis van de unit Ontwikkeling&Opleiding
 - eens per drie weken de voortgang van het onderzoek bespreken met de opdrachtnemer
 - contact onderhouden met de studiebegeleider over de voortgang van het onderzoek.

2.7 DE CENTRALE ONDERZOEKSVRAAG

Hieronder is de centrale onderzoeksvraag geformuleerd:

In hoeverre is de methodiek Herstelwerk toepasbaar op de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose en welke factoren in de methodiek en kenmerken van de doelgroep spelen hierin een essentiële rol.

- De begeleidingsmethodiek Herstelwerk wordt beschreven paragraaf 4.3
- De dubbele diagnose wordt beschreven in paragraaf 4.1

2.8 DE DEELVRAGEN

Hieronder zijn de deelvragen geformuleerd. De operationalisering van de deelvragen is beschreven in paragraaf 4.6.

Deelvraag 1:

Wat is het effect van een dubbele diagnose, om zowel verslaafd te zijn als een psychiatrische stoornis te hebben, op de regie over het eigen leven?

- De dubbele diagnose wordt beschreven in paragraaf 4.1

Deelvraag 2:

Wat houdt: 'Herstelwerk' in en wat zegt de methodiek over de toepassing ervan op cliënten met een dubbele diagnose?

- De begeleidingsmethodiek 'Herstelwerk' wordt beschreven paragraaf 4.3
- De dubbele diagnose wordt beschreven in paragraaf 4.1

Deelvraag 3:

Wat zijn de knelpunten in de toepassing van de methodiek Herstelwerk in het zorgpad stabilisatie en bescherming volgens de verschillende bij de begeleiding betrokken beroepsgroepen?

- De begeleidingsmethodiek 'Herstelwerk' wordt beschreven paragraaf 4.3
- Het zorgpad stabilisatie en bescherming wordt beschreven in paragraaf 1.2.3
- De betrokken beroepsgroepen worden beschreven in paragraaf 3.5

3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING

3.1 RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK

Binnen HVO-Querido zijn vijf locaties waar ongeveer 200 cliënten met een dubbele diagnose wonen. Zowel voor cliënten als voor hun begeleiders is het van groot belang dat de gebruikte begeleidingsmethodiek passend is voor de doelgroep. Een methodiek die niet goed aansluit bij de doelgroep leidt tot stagnatie en frustraties bij zowel cliënten als hun begeleiders. Alleen een methodiek die goed aansluit bij de doelgroep leidt tot een vruchtbare samenwerking tussen cliënten en hun begeleiders en dat is een voorwaarde om succes te behalen bij het verwezenlijken van de doelen van een cliënt en stappen te maken richting herstel.

3.2 RELEVANTIE VOOR HET MANAGEMENT

Twee jaar geleden is de begeleidingsmethodiek Herstelwerk in de hele organisatie geïmplementeerd. De methode is gericht op herstel van de cliënt door de focus te leggen op de in de cliënt aanwezige positieve krachten. Op de woonlocaties binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming is de begeleiding in eerste instantie gericht op de bescherming van de cliënt en het stabiliseren van diens levensomstandigheden. Of, om het wat meer in menselijke termen uit te drukken, het bieden van een stabiele en warme leefomgeving waarin de cliënt het gevoel heeft thuis te komen, waar hij zichzelf kan zijn en tot rust kan komen. Dat is het eerste doel en daarom wordt er geen drang uitgeoefend om te herstellen of de eigen regie op het loeven weer op te pakken terwijl dat wel de kern is van de onlangs geïmplementeerde begeleidingsmethodiek. De betrokken begeleiders en hun managers hebben vraagtekens over de toepasbaarheid van deze methodiek bij deze specifieke cliëntengroep. De teammanagers willen met dit onderzoek inzicht verkrijgen in deze knelpunten. De resultaten van het onderzoek zullen worden gebruikt als basis om, op management niveau, de dialoog aan te gaan of en in hoeverre er aanpassingen en/of toevoegingen nodig zijn aan de methodiek om een succesvolle toepassing ervan bij deze doelgroep te garanderen.

Ook ligt er een relatie tussen de missie en visie van de organisatie. Als herstel van de eigen regie de kern vormt van de missie, hoe gaan we dan om met een grote groep cliënten waarvoor het, in ieder geval op dit moment, onmogelijk is om stappen richting herstel te zetten? Indien het onderzoek daar aanleiding toe geeft, zullen de teammanagers de resultaten meenemen in hun beleidsontwikkeling en gebruiken om de dialoog aan te gaan in het Management Team en de Raad van Bestuur.

3.3 DE POSITIE VAN DE ONDERZOEKER

Onderzoeker is zelf werkzaam als zorgcoördinator in het zorgpad stabilisatie en bescherming en heeft al voor aanvang een duidelijke eigen mening over het onderwerp van onderzoek. Namelijk dat de methodiek Herstelwerk te algemeen is en niet goed genoeg is toegesneden op de specifieke doelgroep met dubbele diagnose. Onderzoeker is zich hiervan tijdens het

onderzoek, vooral bij het opzetten en uitvoeren van het praktijkonderzoek, zeer bewust geweest en heeft zijn uiterste best gedaan om steeds een zo wetenschappelijk objectief mogelijke benadering te kiezen.

3.4 TYPE ONDERZOEK

Het initiatief voor dit onderzoek is genomen naar aanleiding van aanhoudende signalen vanaf de werkvloer dat er sprake is van belemmeringen bij de toepassing van de begeleidingsmethodiek Herstelwerk bij de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose. In dit onderzoek zullen deze belemmeringen in kaart worden gebracht en de oorzaken ervan zullen geanalyseerd worden. Het is daarom een praktijkgericht en diagnostisch onderzoek. Daarnaast zal via literatuurstudie vergelijkend onderzoek worden gedaan waarbij de methodiek Herstelwerk wordt vergeleken met andere in gebruik zijnde begeleidingsmethodieken voor dezelfde doelgroep. Daarbij zal de focus gelegd worden op wat andere methodieken kunnen toevoegen aan Herstelwerk om deze met meer succes te kunnen inzetten bij de doelgroep dubbele diagnose.

3.5 ONDERZOEKSPOPULATIE

De onderzoekseenheden zijn: (1) specialisten, (2) behandelaars, (3) begeleiders en (4) zorgcoördinatoren. Dit zijn de beroepsgroepen die direct betrokken zijn bij het vormgeven van de begeleiding aan de specifieke doelgroep cliënten met een dubbele diagnose.

Specialist

De stafunit Opleiden&Ontwikkelen (O&O) binnen HVO-Querido heeft drie leden. Herstelwerk is ontwikkeld door de universiteit van Tilburg i.s.m. HVO-Querido en andere organisaties uit de praktijk. Vervolgens is de methode in 2011 door deze unit O&O geïmplementeerd binnen geheel HVO-Querido d.m.v. handleidingen, cursussen en de organisatiebrede invoering van een bijbehorende planningscyclus. Met een van de leden van deze unit is tijdens het vooronderzoek uitvoerig gesproken om de kern van de onderzoeksvraag zo scherp mogelijk te krijgen. In de eindfase van het onderzoek is een interview afgenomen van een van de drie teamleden van de unit O&O. Er is gekozen voor deze specialist vanwege het feit dat deze beschikt over zowel een uitgebreide kennis van de methodiek als veel ervaring heeft met het begeleiden van de doelgroep met een dubbele diagnose. De vragen van dit interview waren gebaseerd op de uitkomsten van het praktijkonderzoek.

Behandelaars

Elke woonvoorziening in het zorgpad heeft een vast team van GGZ behandelaars: psychiaters en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (SPV-ers). Niet alle in dit onderzoek betrokken woonvoorzieningen hebben dezelfde GGZ instelling als ketenpartner, soms betreft het GGZ-Ingeest, soms Arkin. Vrijwel alle cliënten op een locatie zijn bij deze ketenpartner in behandeling. Zij overleggen regelmatig met zowel cliënten als het begeleidende team over de inhoud van de behandeling en begeleiding. Zij hebben een professionele kijk op behandeling en begeleiding en inzicht in de resultaten daarvan op de ontwikkeling van hun cliënten. Geïnterviewd zullen worden twee behandelend psychiaters, werkzaam op drie van de vijf locaties binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming, en drie SPV-ers werkzaam op in totaal vier van de vijf onderzochte locaties. Daarmee heeft 80% van de onderzoekspopulatie deelgenomen aan het onderzoek.

Persoonlijk begeleiders

De persoonlijk begeleiders (PB-ers) werken in het primaire proces en passen Herstelwerk toe in hun begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose. De PB-ers zijn daarom ook degenen die in de praktijk geconfronteerd worden met de knelpunten in de toepassing van Herstelwerk. Elke van de vijf bij het onderzoek betrokken woonvoorzieningen heeft een aantal persoonlijk begeleiders in dienst. Zij zullen allemaal gevraagd worden deel te nemen aan een enquête. Daarmee is de onderzoekspopulatie 100%.

Zorgcoördinatoren

De zorgcoördinatoren (zoco's) begeleiden de individuele PB-ers en coördineren het werkproces van de betrokken teams. Zij houden werkbesprekingen met de pb-ers waarin een van hun rollen het coachen op mentorschappen is. Daarnaast begeleiden zij vaak zelf ook nog een of twee cliënten om 'feeling' te houden met het proces van begeleiden. Zij hebben kennis van alle praktische problemen waar elke individuele PB-er mee geconfronteerd wordt. Als groep hebben zij het inzicht in en het overzicht over het gehele proces van begeleiding van de doelgroep dubbele diagnose cliënten binnen HVO-Querido. Zes van de in totaal acht binnen het zorgpad werkende zoco's zullen geïnterviewd worden (de zevende was met zwangerschapsverlof en de achtste is de onderzoeker zelf). Daarmee is 75% van de onderzoekspopulatie betrokken in het onderzoek.

De rol van de cliënten

De doelgroep van cliënten zelf wordt niet rechtstreeks betrokken bij dit onderzoek omdat zij geen kennis heeft van de methodiek en daarom niet in staat is deze te beoordelen. Wel zijn, als onderdeel van het deskresearch, de formulieren geanalyseerd die cliënten, samen met hun begeleiders, invullen om het proces van begeleiding te evalueren.

De rol van de teammanagers

De betrokken teammanagers maken geen onderdeel uit van het onderzoek maar zijn wel betrokken. Zij hebben opdracht gegeven voor dit onderzoek. Zij zullen d.m.v. een presentatie, geïnformeerd worden over de uitkomsten van dit onderzoek. Daarbij is het doel van de teammanagers dat de uitkomsten van het onderzoek worden meegenomen bij het ontwikkelen van nieuw beleid.

3.6 OPERATIONALISERING VAN DE DEELVRAGEN

De centrale onderzoeksvraag is:

In hoeverre is de methodiek Herstelwerk toepasbaar op de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose en welke factoren in de methodiek en kenmerken van de doelgroep spelen hierin een essentiële rol?

Hieronder worden de deelvragen vertaald in operationele vragen.

Deelvraag 1: Wat is het effect van een dubbele diagnose, om zowel verslaafd te zijn als een psychiatrische stoornis te hebben, op het voeren van de regie over het eigen leven?

Cliënten die wonen op een van de locaties die deel uitmaken van het zorgpad stabilisatie en bescherming, hebben allen een dubbele diagnose. Via literatuuronderzoek zal gezocht worden naar antwoorden op de volgende geoperationaliseerde deelvragen;

- (1) Wat betekent het om verslaafd te zijn?
- (2) Wat betekent het om een psychiatrische stoornis te hebben?
- (3) Wat betekent het om beiden te hebben?

Deelvraag 2: Wat houdt Herstelwerk in en wat zegt de methodiek over de toepassing ervan op cliënten met een dubbele diagnose?

Herstelwerk, de in 2011 bij heel HVO-Querido geïmplementeerde begeleidingsmethodiek, is gebaseerd op de principes van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek (KBM). KBM is een, in de VS ontwikkelde, wetenschappelijke methodiek (Strength Based model). Herstelwerk, ontwikkeld door de Universiteit van Tilburg in samenwerking met o.a. HVO-Querido, is een vertaling van deze KBM principes naar een methodiek die toepasbaar is binnen de Nederlandse context. Via literatuuronderzoek zal naar antwoorden gezocht worden op de volgende geoperationaliseerde vragen:

- (4) Wat is de ontstaansgeschiedenis van KBM en welke principe liggen eraan ten grondslag?
- (5) Hoe ziet de methodiek 'Herstelwerk' er uit en wat zegt deze over de toepasbaarheid op de doelgroep met een dubbele diagnose?
- (6) Welke instrumenten en hulpmiddelen zetten krachtgerichte begeleidingsmethodieken in die wel specifiek ontwikkeld zijn voor de doelgroep met een dubbele diagnose?
- (7) In hoeverre is de expertise binnen de organisatie aanwezig om de methodiek te kunnen toepassen?

Deelvraag 3: Wat zijn de knelpunten in de toepassing van de methodiek Herstelwerk in het zorgpad stabilisatie en bescherming volgens de verschillende bij de begeleiding betrokken beroepsgroepen?

In deelvraag drie zal gezocht worden naar antwoorden op de volgende geoperationaliseerde vragen:

- (8) Wat zijn de resultaten van de toepassing van Herstelwerk betreffende het herstel van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van cliënten binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming van HVO-Querido? Welke door de cliënt gestelde doelen worden daadwerkelijk behaald?
- (9) Wat zijn de ervaringen van de betrokken persoonlijk begeleiders, die de methodiek in praktijk brengen, met de methodiek? Wat zijn de voor en nadelen en welke belemmeringen/knelpunten komen zij tegen bij het toepassen van de methodiek Herstelwerk? Om deze vraag te beantwoorden worden alle PB-ers geënquêteerd.
- (10) Welke ervaringen hebben de zorgcoördinatoren (zoco) van de betrokken teams van de locaties in het zorgpad stabilisatie en bescherming, betreffende de toepasbaarheid van de methodiek op deze doelgroep? Alle zoco's hebben eigen ervaring in het toepassen van de methodiek zowel als overzicht over de algemene toepassing en ontwikkeling van de begeleidingsprocessen op de

werkvloer. Om deze vraag te beantwoorden zal van elke betrokken locatie in het zorgpad een zoco geïnterviewd worden.

- (11) Welke ervaringen hebben de betrokken behandelaars met de toepassing van de methodiek Herstelwerk op cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming? Om deze vraag te beantwoorden zullen de betrokken SPV-ers en psychiaters van verschillende locaties in het zorgpad geïnterviewd worden.
- (12) Wat zeggen de specialisten over de ervaringen van de professionals met de toepassing van de methodiek in de praktijk? Om die vraag te kunnen beantwoorden zullen de uitkomsten van de operationele vragen 9, 10 en 11 aan de specialist worden voorgelegd.

De geoperationaliseerde deelvragen 1, 2, 3, 4, 5 en 6 zullen worden beantwoord met behulp van theoretisch onderzoek (zie hoofdstuk 4), 7 en 8 door middel van deskresearch (zie hoofdstuk 5) en 9, 10, 11 en 12 door middel van praktijkonderzoek (zie hoofdstuk 6).

3.7 METHODES VAN PRAKTIJKONDERZOEK

Het praktijkonderzoek geeft antwoord op de geoperationaliseerde deelvragen 9, 10, 11 en 12 zal bestaan uit drie series interviews en een enquête.

3.7.1 Kwalitatief onderzoek: interviews

Er is gekozen voor het kwalitatieve instrument van het interview omdat de centrale onderzoeksvraag een specifiek en ingewikkeld probleem betreft waarbij sprake is van vele facetten. Van te voren is niet duidelijk welke wending het interview zal nemen. Het interview is het meest geëigende middel om genoeg de diepte in te kunnen gaan om te komen tot de kern van het probleem en de geïnterviewde genoeg ruimte te geven om zijn/haar persoonlijke ervaringen en, meningen te ventileren zonder een al te grote sturing van de onderzoeker.

Onderzoekspopulaties

Er zijn in totaal drie groepen geïnterviewd: zorgcoördinatoren (zoco's), collega's van betrokken GGZ instellingen en een specialist Herstelwerk van de unit O&O.

Topiclists

De interviews zijn gestructureerd aan de hand van topiclists. Voor elk van de drie geïnterviewde groepen is een aparte topiclist opgesteld (zie voor topiclists en uitgewerkte interviews de bijlagen 13, 15 en 16). De vragen in de topiclists liggen in het verlengde van de operationele vragen zodat in de analysefase daarna de antwoorden één op één kunnen worden teruggekoppeld aan de operationele vragen. Vooraf zal de topiclijst getest worden door bij een collega een proefinterview af te nemen en de feedback te verwerken. Om de interne congruentie te verhogen is de topic list voor de specialist opgesteld op basis van de uitkomsten van de interviews met de zoco's en collega's van de GGZ. De interviews zijn opgenomen, uitgeschreven en daarna ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewden. De interviews zijn achteraf geanonimiseerd en dat is vooraf verteld aan de geïnterviewden. Zo is een zo vrije en onafhankelijk mogelijke wijze van beantwoorden gegarandeerd en worden politiek correcte maatschappelijk gewenste antwoorden voorkomen.

Methode van analyse

Bij de analyse van de interviews is gebruikt gemaakt van de methode 'coderen en structureren' zoals die is beschreven door Nel Verhoeven in het boek *Wat is onderzoek?* (2011, blz. 304). Eerst is er een topiclist opgesteld die heeft gediend als basis voor de interviews. Vervolgens zijn de interviews gecodeerd op nummer behorend bij een onderwerp uit de topiclist. Daarna zijn de antwoorden gestructureerd door de gelijkgenummerde antwoorden samen te brengen onder een specifiek onderwerp uit de topiclist. Uiteindelijk is van elk onderwerp een samenvatting geformuleerd van de antwoorden. Dit proces kan men teruglezen in bijlagen. Alleen de samenvattingen zijn opgenomen in het eindrapport.

Interviews zoco's

Op de vijf onderzochte locaties werken in totaal acht zoco's. Daarvan zijn er zes geïnterviewd. De zoco's werken op verschillende locaties in het zorgpad en hebben in hadden tot voor kort geen contact met elkaar. Pas onlangs is er maandelijks een onderling overleg van start gegaan. De zoco's hebben elkaar nauwelijks beïnvloed bij het ontwikkelen van hun ervaringen met en meningen over de methodiek. Zij hebben ook geen onderling contact gehad voorafgaande aan de interviews. Op basis van de interviewverslagen is een analyse gemaakt. Hiervoor is de Labelling methode (Historylearningsite, 2014) gebruikt. De gecodeerde interviews van zorg coördinatoren zijn te vinden in bijlage 14. De antwoorden van de zoco's zijn daarin gerubriceerd en gekoppeld aan een specifieke vraag uit de topiclist. Zo werd het

mogelijk een overzicht te krijgen van alle antwoorden die de zes zoco's gegeven hebben op één specifiek onderwerp. Uit deze analyse blijkt dat er een grote mate van overeenstemming onder alle zoco's op vrijwel alle aangesneden topics bestaat. Daarom was het mogelijk op elke topic een gezamenlijk antwoord te formuleren. Daar waar toch afwijkingen werden geconstateerd wordt dit apart vermeld in de analyse. Deze synthese is te lezen in paragraaf 6.1.

Interviews GGZ

Dezelfde methode van analyse is gebruikt voor de interviews met de collega's van GGZ (zie bijlage 15: topiclist en interviews GGZ). Er zijn drie SPV-ers en twee psychiaters geïnterviewd. Gezamenlijk zijn zij verantwoordelijk voor de behandeling van de cliënten op vier van de vijf onderzochte woonvoorzieningen in het zorgpad stabilisatie en bescherming (80%). Ook voor deze groep heb ik een aparte topiclist gemaakt waarbij de focus is gelegd op de kernprincipes van de methodiek en de raakvlakken tussen behandeling en begeleiding.

Interview specialist O&O

Bij de unit O&O werken drie specialisten die zich voornamelijk bezig houden met de organisatiebrede implementatie van Herstelwerk. Een van de teamleden is betrokken geweest in de voorbereidingsfase van dit onderzoek. Het tweede teamlid was gedurende het onderzoek, niet bereikbaar. Het derde teamlid is daadwerkelijk geïnterviewd.

Op basis van de in de interviews en enquêtes gegeven antwoorden, is een vragenlijst opgesteld voor het interview van een medewerker van de unit O&O, een specialist in de methodiek Herstelwerk. Zo werd een koppeling tot stand gebracht tussen de praktijk op de werkvloer en de up-to-date expertise over de methodiek binnen de organisatie als geheel.

3.7.2 Enquête: kwantitatief en kwalitatief

Er is gekozen voor het instrument van de enquête omdat het de meest efficiënte manier is om onderzoek te doen bij een grotere groep. De geënquêteerde groep bestaat uit 41 PB-ers. Het doel is een inventarisatie te maken van de ervaringen met de toepassing van de methodiek op de werkvloer. Daarom is het mogelijk vooraf te bepalen op welke specifieke vragen de onderzoeker een antwoord wil hebben. De enquête zal voor 50% gestructureerd van aard zijn omdat gebruik zal worden gemaakt van gesloten vragen en intervalvariabele antwoordschalen. Daarnaast zullen er open vragen gesteld worden om de enquête minder sturend te maken en de geënquêteerden de vrijheid te geven hun eigen mening te geven. De enquêtes zullen anoniem worden afgenomen om te garanderen dat deelnemers op een zo onafhankelijk mogelijke wijze kunnen antwoorden. Vooraf is de vragenlijst getest door een collega te vragen de lijst, bij wijze van proef, in te vullen en de gegeven feedback is verwerkt.

Kwantitatieve deel

Om het kwantitatieve deel van de enquête (zie bijlage 17; enquête formulier en bijlage 19: resultaten enquête kwantitatief) te analyseren is gebruik gemaakt van SPSS. De enquête is van belang om de geoperationaliseerde deelvraag 9 te kunnen beantwoorden.

Kwalitatieve deel

Om het kwalitatieve deel van de enquête te analyseren zijn de door de persoonlijk begeleiders gegeven antwoorden per vraag samengevoegd en daarna samengevat. (zie verzameldocument in bijlage 18). Alleen de samenvattingen zijn in dit rapport opgenomen.

3.8 KWALITEITSCRITERIA

3.8.1 Betrouwbaarheid resultaten kwalitatief onderzoek

Interviews

Door de opzet van het onderzoek is de invloed van toevallige factoren geminimaliseerd (Baarda B. , 2012). De betrokken zoco's werken geheel onafhankelijk van elkaar op verschillende locaties met verschillende teams en verschillende cliënten. Zij komen maandelijks bij elkaar om zorginhoudelijke thema's te bespreken. Op vijf locaties wordt, geheel onafhankelijk van elkaar, gewerkt met precies dezelfde begeleidingsmethode (Herstelwerk) voor precies dezelfde doelgroep (dubbele diagnose). Als binnen een op deze manier samengestelde onderzoeksgroep een redelijke mate van overeenstemming kan worden bereikt over de successen en tekortkomingen van deze methodiek bij deze doelgroep, dan zijn de uitkomsten van de interviews betrouwbaar omdat de resultaten niet van toeval afhankelijk zijn. Bij herhaling van de interviews, zullen de antwoorden min of meer hetzelfde zijn. Ze zijn ook homogeen als blijkt dat bij elke locatie dezelfde successen, knelpunten en oplossingsrichtingen naar boven komen. Al het ruwe onderzoeksmateriaal is bewaard en beschikbaar als naslagmateriaal. De gebruikte onderzoeksmethoden zijn uitgebreid beschreven en vastgelegd. Na elke fase in het onderzoek is er geëvalueerd en op basis daarvan is het vervolgonderzoek ontwikkeld. Om subjectiviteit te voorkomen zijn de uitkomsten besproken in een 'peer evaluation group' (Verhoeven, 2011), bestaande uit collega zoco's en de

teammanager/opdrachtgever. De gebruikte coderingsmethode en de op basis daarvan gemaakt samenvattingen door de onderzoeker zijn gevoelig voor onbewuste beïnvloeding en sturing van de onderzoeker. Daarom zijn in bijlage 13 en 15 de samengevoegde antwoorden en de daarop gebaseerde samenvattingen bijgevoegd.

Enquête

De populatie bestaat uit alle persoonlijk begeleiders in het zorgpad stabilisatie en bescherming, zij zullen allemaal worden gevraagd mee te doen aan de enquête. Daarmee behoort deze enquête tot de beschrijvende statistiek. De geënquêteerden zullen beoordelingen geven die in zekere mate een subjectieve inschatting zijn en een momentopname. Daarom zullen zij, bij herhaling, soms lichte afwijkingen vertonen. Deze onbetrouwbaarheid wordt opgevangen door alle persoonlijk begeleiders van alle vijf betrokken locaties mee te laten doen in het onderzoek. De groep wordt dan zo groot (42) dat dit soort toevallige afwijkingen geen rol meer speelt in de uitkomsten. Ook is de enquête gehomogeniseerd want veel van de onderzochte begrippen worden op verschillende manieren gemeten. De onderzoeker heeft een samenvatting/synthese geformuleerd van de samengevoegde antwoorden. Deze samenvattingen zijn gevoelig voor onbewuste beïnvloeding en sturing door de onderzoeker zelf. Daarom zijn ze bijgevoegd in bijlage 18. Bovendien kunnen zij vergeleken worden met de resultaten van het kwantitatieve deel van de enquête.

3.8.2 Interne validiteit kwalitatief onderzoek

Interviews

Alle zoco's hebben praktijkervaring met de toepassing van de methodiek. Daarnaast doen zij de werkbegeleiding van een aantal persoonlijk begeleiders waarbij de nadruk ligt op het coachen van de manier waarop cliënten begeleid worden en het bespreken van de knelpunten daarin. Daarom hebben zij, naast eigen ervaring, ook een goed inzicht in en overzicht over de knelpunten waarop het team als geheel stuit bij de toepassing van Herstelwerk. Via de leden van de focusgroep kan worden ingezoomd op de praktijk van de dagelijkse begeleiding, de directe ervaringen met de methodiek. Ook zijn zij, als tactisch managers, in staat uit te zoomen en de ervaringen met Herstelwerk van de woonvoorziening als geheel te beschouwen. Op deze manier is de validiteit van de resultaten verzekerd: het onderzoek is daadwerkelijk gericht op het vinden van antwoorden op de geformuleerde onderzoeksvragen. De resultaten van de interviews zijn inhoudelijk generaliseerbaar (Verhoeven, 2011), zeker gezien de grote mate van overeenkomst in de inhoud van de antwoorden bij de gehele onderzoekspopulatie en het feit dat meer dan 60% van de gehele populatie zorg coördinatoren geïnterviewd is.

Enquête

Vooraf op het gebied van vragen over de competenties van de persoonlijk begeleiders is het belangrijk de validiteit (Baarda B., 2012) te waarborgen. De meeste vragen over dit onderwerp zullen daarom van indirecte aard zijn. De enquête richt zich op het vaststellen van knelpunten die de betrokken persoonlijk begeleiders zelf ervaren als zij deze in de praktijk toepassen. De vragen zullen niet gericht zijn op het geven van een oordeel over de oorzaak van het knelpunt. Daarmee is de kans op subjectieve vertekening van de antwoorden minimaal en de validiteit zo groot mogelijk.

4 THEORETISCH KADER

In mijn literatuuronderzoek ben ik op zoek gegaan naar antwoorden op de geoperationaliseerde vragen 1 t/m 6. (zie paragraaf 3.6).

4.1 WAT IS EEN DUBBELE DIAGNOSE?

Alle cliënten binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming van HVO-Querido hebben een dubbele diagnose. Wat betekent dat voor de cliënten en met welk gedrag heeft de begeleiding te maken?

4.1.1 Wat is dubbele diagnose

Het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD, 2013), gebruikt de volgende definitie:

'Een cliënt met een dubbele diagnose heeft gelijktijdig last van misbruik en/of afhankelijkheid van alcohol of drugs en een psychiatrische stoornis.'

4.1.2 Wat is een verslaving

Vanaf editie 4 van de DSM, een systeem om psychische stoornissen te ordenen, ontwikkeld door de American Psychiatric Association (Dsm5, 2014) is het begrip 'verslaving' geschrapt. Men spreekt van 'misbruik van middelen' en 'afhankelijkheid van middelen'. Er is sprake van misbruik van middelen als dat tot herhaaldelijk problemen leidt in het sociale en maatschappelijke leven. Men spreekt van afhankelijkheid van drugs en alcohol als (1) hij/zij de controle op het gebruik van het middel heeft verloren en (2) er sprake is van tolerantie, dat is de noodzaak om een steeds grotere hoeveelheid van het middel te gebruiken om hetzelfde effect te bewerkstelligen.

4.1.3 Wat is een psychiatrische stoornis

Definitie

Volgens Thesaurus Zorg en Welzijn (Thesauruszorgenwelzijn.nl, 2014) *“Overkoepelende term voor ziekelijke stoornissen van het denken, voelen, willen, oordelen en/of doelgericht handelen”*

Volgens de online encyclopedie Encyclo (Encyclo, 2014): *‘Geestelijke verschijnselen die worden gekenmerkt door plotselinge (acute), aanhoudende (chronische) of steeds terugkerende (recidiverende) storende of bedreigende gevoelens, gedachten, gedragingen en/of lijden.’*

Symptomen

In de DSM zijn alle symptomen die voorkomen bij psychiatrische stoornissen gecategoriseerd. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen, wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder. In de DSM worden zeer veel verschillende vormen van psychiatrische stoornissen opgesomd. De diagnose is gebaseerd op de geconstateerde symptomen. Elke soort psychiatrische stoornis heeft andere symptomen. Een soort stoornis die veel voorkomt bij de doelgroep in het zorgpad ‘stabilisatie en bescherming’ binnen HVO-Querido is schizofrenie. Het Trimbos instituut geeft voor schizofrenie de volgende symptomen (Trimbos, 2014):

Positieve symptomen:

- Wanen: gedachten die niet in overeenstemming zijn met de realiteit
- Hallucinaties: waarnemen van iets wat er niet is
- Onsamenhangende spraak: frequent de draad kwijtraken of incoherentie
- Ernstig chaotisch of katatoon (het willekeurig aannemen van inadequate of bizarre lichaamshoudingen) gedrag

Negatieve symptomen:

- Vervlakking van het affect; emotionele vervlakking
- Gedachte armoede; ‘een leeg hoofd’
- Spraak armoede; weinig zeggen
- Apathie: gebrek aan motivatie om actief te worden

Positieve symptomen zijn symptomen die niet aanwezig waren voordat de schizofrene stoornis zich voordeed maar toegevoegd worden aan de persoon, zoals wanen. Negatieve symptomen betreffen eigenschappen die door de schizofrenie verminderen, zoals emotionele vervlakking en apathie.

4.1.4 Comorbiditeit

Comorbiditeit betreft het samen voorkomen van verschillende ziektebeelden die elkaar beïnvloeden. Depressie/ alcoholverslaving en drugsverslaving/schizofrenie zijn twee van de meest voorkomende voorbeelden. De comorbiditeit tussen beide is groot. Erfelijke factoren beïnvloeden de gevoeligheid voor verslaving en psychiatrische stoornissen. Tot voor kort ging men ervan uit dat mensen met een psychiatrische stoornis, psychoactieve middelen gebruiken als zelfmedicatie om de symptomen van de stoornis te bestrijden. Tegenwoordig wint de sensitiviteitstheorie terrein. Deze gaat ervan uit dat psychiatrische patiënten gevoeliger zijn voor de effecten van psychoactieve middelen. Daarnaast gaat men ervan uit dat psychoactieve middelen een psychiatrische aandoening naar boven kunnen brengen als deze in de erfelijke aanleg aanwezig is. De verwevenheid van de twee is groot en wetenschappelijk is nog niet overtuigend bewezen wat oorzaak is en wat gevolg. Daarom is alleen een gecombineerde behandeling van verslaving en stoornis effectief.

4.2 ONTSTAAN VAN DE KRACHTGERICHTE BEGELEIDINGSMETHODIEK

4.2.1 Inleiding

Clënten wonen in een beschermde omgeving en kunnen, waar nodig, op alle levensgebieden worden begeleid. Het begeleidingsteam coördineert de huishoudelijke samenleving in de woonvoorziening. Daarnaast heeft elke cliënt een persoonlijk begeleider die een vertrouwensrelatie met de cliënt opbouwt en deze probeert te ondersteunen op die gebieden waar de cliënt dat nodig heeft. Zowel de individuele als de groepsbegeleiding wordt binnen heel HVO-Querido vormgegeven volgens de principes van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek. Deze methodiek is ontwikkeld in de VS door Charles A. Rapp en Richard J. Goscha (Rapp, 1997) en weerspiegelt de ontwikkeling van het denken over de hulpverlening aan mensen met psychiatrische stoornis in de tweede helft van de 20^e eeuw.

4.2.2 Korte historie

Een eeuw geleden werd de behandeling van mensen met psychiatrische stoornissen en grote gedragsproblemen gekenmerkt door onderdrukking, opsluiting en dwangbehandeling. In de twintigste eeuw kwam hier langzaam verandering in en ging men zich meer richten op vrijwillige behandeling. Tot halverwege de vorige eeuw concentreerde de hulpverlening aan mensen met een psychische of gedragsproblemen zich uitsluitend op behandeling/genezing of de onderdrukking van de gediagnosticeerde problemen. Hieronder enkele voorbeelden van denkwijzen die indertijd populair waren;

(1) *Blaming the victim*

Deze benadering/denk wijze wordt beschreven door Ryan (Ryan, 1972). Wat je ook overkomt, je hebt het aan jezelf te wijten. Voorbeelden van dergelijke redeneringen: 'De armen in een maatschappij zijn dat omdat ze te lui zijn om hard te werken, ze hebben het aan zichzelf te danken', 'Je wordt alleen ziek als je zelf slecht voor je gezondheid hebt gezorgd', 'Als een vrouw zich te sexy kleedt, lokt ze seksueel misbruik uit', 'Als je verslaafd en/of een psychiatrische stoornis ontwikkelt, dan heb je het wel erg bont gemaakt in je leven'

(2) *Labelling*

Het beoordelen van mensen door ze een label op te plakken. Daarmee stel je de persoon gelijk aan zijn/haar probleem. 'Hij is schizofreen' heeft een heel andere lading dan 'Hij heeft last van schizofrenie'. Het in de wereld van de psychiatrie dominante gebruik van de DSM methode om een psychiatrische diagnose te stellen, draagt dit gevaar van etiketten plakken levensgroot in zich. De mens wordt gelijk gesteld aan de diagnose die hij/zij krijgt opgeplakt. In werkelijkheid hebben mensen wel last van een probleem maar elk persoon is veel meer dan dat probleem alleen. Een mens 'is niet griep' maar 'heeft griep'. (Historylearningsite, 2014)

(3) *Mentalism*

Een begrip dat verwant is aan Labelling: de theorie gaat ervan uit dat alle gedrag verklaard kan worden vanuit mentale processen. Apathie, gebrek aan hygiëne, sociale isolatie, etc., worden veroorzaakt door of zijn een functie van de psychiatrische stoornis. In deze benadering heeft het alleen zin om deze mensen op hun gedrag aan te spreken in het kader van een psychiatrische behandeling. Het heeft geen zin hen rechtstreeks op hun gedrag aan te spreken. Daarmee raakt de persoon, die veel meer inhoud dan alleen zijn stoornis, volledig buiten beeld. (Blackwellreference, 2014). Patricia Deegan, voormalig adjunct professor aan de universiteit van Boston en die in haar jeugd de diagnose schizofrenie kreeg opgeplakt, heeft in haar boek *'The Conspiracy of hope'* deze benadering vanuit haar eigen ervaringen bekritiseerd.

(4) *The Damage Model*

Dit model is van oorsprong gericht op de ontwikkeling van probleemjongeren. Het model gaat ervan uit dat de opgelopen psychische schade tijdens de ontwikkeling van het kind, resulteert in blijvende schade in de volwassenheid. Je kunt alleen 'leren leven' (coping) met deze schade. Als dat niet lukt, leidt dat tot trauma's. (Agressiehanteringstherapie, 2014)

4.2.3 The Challenge Model

In 1998 starten Wolin & Wolin het Resilience Project in New York dat hulpverlening biedt aan jongeren met grote sociale en verslavingsproblematiek (Projectresilience, 2014). Zij vormen het hierboven genoemde Damage Model om tot het Challenge Model. De focus verschuift daarbij naar de krachten die een jongere inzicht heeft om te leren omgaan met de opgelopen trauma's (coping). De gedachte is dat zij, ondanks de opgelopen trauma's, toch kunnen ontwikkelen tot een gezonde persoon met een grote weerbaarheid en veerkracht. De filosofie er achter is dat mislukkingen en tegenslagen iemand niet alleen traumatiseren maar ook sterker maken. Deze krachten noemen zij 'resiliences', wat in het Nederlands het best te vertalen is als weerbaarheden. Zij benoemen er zeven:

Inzicht	- Moeilijke vragen stellen en eerlijke antwoorden geven
Onafhankelijkheid	- Emotioneel en fysiek afstand nemen van de oorsprong van de problemen in iemands leven
Relaties	- Waardevolle en bevredigende relaties met andere mensen creëren
Initiatief	- Zelf de regie in handen om je problemen aan te pakken
Creativiteit	- Fantasie gebruiken en je leren uitdrukken in kunstvormen
Humor	- Het komische en tragische leren herkennen
Moraal	- Je handelen in overeenstemming brengen met een bewust geweten



Figuur 3: Resiliences (weerbaarheden)

Voor de cliënt is bewustwording over het verschil tussen het probleem en 'het zelf' de eerste stap. De volgende stap is bewustwording dat het mogelijk is om, via de focus op 'het zelf', te werken aan herstel. Leren inzien dat er altijd opties zijn en dat je ervoor kan kiezen de machteloosheid en apathie om te zetten in hoop en toekomstperspectief.

4.2.4 The Strength Model: De krachtgerichte begeleidingsmethodiek (KBM)

In 1997 zetten William Rapp en Goscha een volgende stap in bovengenoemde ontwikkelingen in het denken. Zij ontwikkelden een nieuw model voor het vormgeven van de begeleiding van cliënten en noemen het 'The Strength Model'. In dit model wordt radicaal gebroken met de fixatie op problemen en concentreert men zich volledig op het stimuleren en ontwikkelen van de krachten die in elk mens (altijd ook en ondanks alles toch) aanwezig zijn. (Rapp, 1997)

Het model heeft als belangrijkste uitgangspunten:

- (1) Ook mensen met een psychiatrische stoornis kunnen herstellen, het recht op een eigen leven opeisen en dat naar eigen wens vormgeven
- (2) Therapeutische interventies en zorgplannen moeten focussen op de krachten en talenten, deze stimuleren en versterken
- (3) De sociale bronnen om deze krachten te stimuleren en ontwikkelen zijn overvloedig aanwezig als deze gezocht worden in de samenleving waarvan cliënt onderdeel uitmaakt
- (4) De cliënt heeft de regie over dit gehele proces.

De inventarisatie van krachten

Het belangrijkste hulpmiddel in deze methodiek is de krachteninventarisatie. Dit is een document dat wordt opgesteld in overleg met de therapeutisch begeleider maar waarover de cliënt de regie heeft. Hierin gaan cliënt en begeleider op zoek naar alle talenten en krachten die een cliënt in heden en verleden heeft ontdekt en ingezet. Het is een levend document wat op elk moment weer aangepast kan worden omdat de cliënt immers steeds weer nieuwe stappen zet en daarmee zijn/haar krachten en talenten verder ontwikkeld.

4.3 HERSTELWERK: HANDLEIDING VOOR EEN KRACHTGERICHT BEGELEIDINGSTRAJECT

Judith Wolf, hoogleraar maatschappelijke zorg, heeft, in samenwerking met het onderzoekcentrum maatschappelijke zorg en de academische werkplaats opvang en OGGZ van het UMC St. Radboud te Nijmegen (Werkplaats OXO, 2014) de KBM methodiek onder de naam *Herstelwerk* verder ontwikkeld voor toepassing binnen de Nederlandse context. Eind 2011 heeft Judith Wolf een handleiding uitgebracht (Wolf, 2012). Al in 2012, dus nog voor definitieve publicatie van de handleiding, is de methodiek organisatiebreed en voor alle doelgroepen binnen HVO-Querido geïmplementeerd.

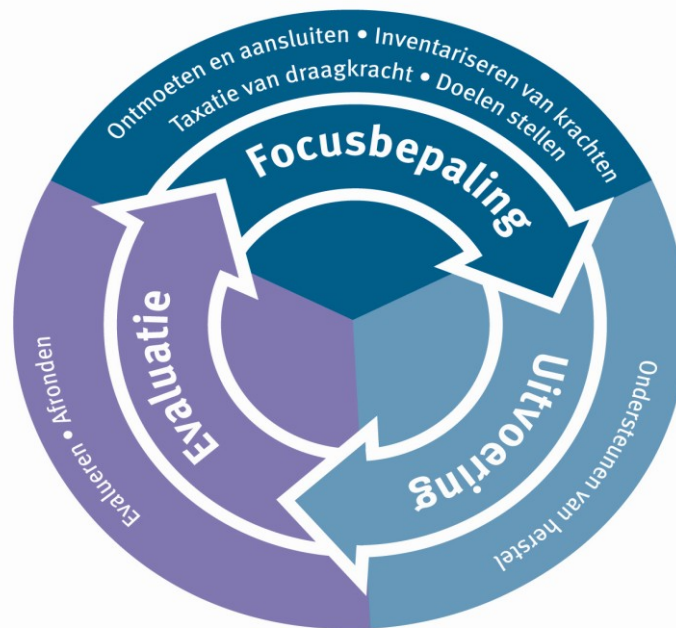


Fig. 4: De krachtgerichte begeleidingscyclus

4.3.1 De doelgroep van de methodiek Herstelwerk

De overkoepelende krachtgerichte basismethodiek (KBM) richt zich op mensen in de maatschappij die, om wat voor reden dan ook, extra ondersteuning nodig hebben. Toegespitst op de vrouwenopvang heet de methodiek 'Krachtwerk'. Specifiek gericht op zwerfjongeren heet de methodiek *Houvast*. *Herstelwerk* is ontwikkeld als een basismethodiek die zich richt op alle doelgroepen van kwetsbare mensen.

4.3.2 De zes krachtprincipes van Herstelwerk

De methodiek Herstelwerk is gebaseerd op 6 fundamentele principes;

1. Kwetsbare mensen hebben het vermogen om te herstellen, hun leven weer in eigen hand te nemen en het te ontwikkelen in een door hen zelf gewenste richting.
2. De focus ligt op de individuele krachten van mensen en beschikbare hulpbronnen in de omgeving, en niet op de tekortkomingen. Het vinden van een optimale aansluiting tussen de krachten van cliënten en de bronnen in de omgeving is de hefboom tot verandering.
3. Cliënten hebben de regie over de begeleiding. Door met hen in partnerschap samen te werken, kunnen de eigen krachten aan de oppervlakte komen. De sleutel tot herstel ligt in de hoop op een betere toekomst en begint bij wat cliënten zich wensen. Werkers blijven die hoop voeden en ondersteunen.
4. De werkrelatie is essentieel en komt op de eerste plaats. Herstel begint met vertrouwen in de ander. Vertrouwen groeit uit wederzijds respect en authenticiteit.
5. De focus ligt op het werken in de gemeenschap. Het werken in de natuurlijke omgeving van cliënten heeft de voorkeur omdat dit het meeste zicht geeft op de krachten van cliënten en beschikbare bronnen. Cliënten leren in een natuurlijke omgeving ook het meest.
6. De samenleving is een oase van hulpbronnen. De samenleving geeft mensen de mogelijkheid om in hun behoeften en bestaansvoorwaarden te voorzien. De werker biedt hierbij ondersteuning, legt verbindingen en vervult een gidsfunctie. Welbevinden hangt samen met zorg en zorgzaamheid. Daarom is het ook belangrijk om mensen te ondersteunen om voor elkaar te (kunnen blijven) zorgen.

4.3.3 De planningscyclus in Herstelwerk

De cyclus van begeleiden kent de volgende onderdelen:

- (1) Krachteninventarisatie (KI, zie bijlage 4)
- (2) Actieplan (AP, zie bijlage 5)
- (3) Evaluatieverslag (EV, zie bijlage 6)
- (4) Eindverslag (zie bijlage 7)

KI en AP zijn groeidocumenten: zolang cliënt zich blijft ontwikkelen, blijven de documenten veranderen. De begeleider kan ze op elk moment aanpassen. Daarnaast is er een verplicht halfjaarlijkse evaluatiecyclus waarin het gehele proces van

begeleiding door cliënt en begeleider wordt geëvalueerd. Tijdens deze evaluatie worden KI en AP geëvalueerd en aangepast. Van deze evaluatie wordt een verslag gemaakt (EV). Ter controle worden de documenten, voorzien van de actualiseringsdatum, opgeslagen in het cliëntendossier. Wordt het begeleidingsproces beëindigd, dan wordt er, samen met de cliënt, een eindverslag geschreven.

4.3.4 De teamkrachtbespreking (TKB)

In het actieplan worden de lange en korte termijn doelen geformuleerd waaraan de cliënt wil werken. De TKB (zie bijlage 8: stappenplan TKB) is een op zichzelf staand instrument voor persoonlijk begeleiders en is bedoeld om de collega persoonlijk begeleider in het team te ondersteunen bij zijn/haar zoektocht naar effectieve manieren om de cliënt te ondersteunen bij het bereiken van zijn/haar doelen. De kern van de TKB is een brainstormsessie waarbij alle collega's wordt gevraagd om 'out of the box' ideeën te spuien. Discussie over de voorgestelde ideeën is niet toegestaan, de betrokken begeleider noteert ze en 'neemt ze mee'. Het idee is dat de brainstorm resulteert in een hoop nieuwe ideeën om de begeleiding vooruit te brengen.

4.3.5 Training van de teams

Alle teamleden (persoonlijk begeleiders, zorgcoördinatoren en teammanagers) hebben een 4-daagse cursus gevolgd om de bejegeningwijze en de daaraan gekoppelde registratiecyclus onder de knie te krijgen (Werkplaatsoxo.nl, 2014). Een half jaar lang zijn experts vanuit de staf betrokken geweest op locatie om de methodiek te helpen implementeren. Elk jaar wordt er voor alle betrokken teams een verplichte terugkomdag georganiseerd om het kwaliteitsniveau van de inzet van de methodiek te verhogen. Sinds kort worden ook de hiërarchische communicatie binnen de organisatie (werkbesprekingen, functioneringsgesprekken, beoordelingsgesprekken, coachingtrajecten, etc.) binnen de gehele organisatie krachtgericht ingericht.

4.3.6 De toepasbaarheid van Herstelwerk op cliënten met een dubbele diagnose

Hieronder wordt een inventarisatie gemaakt van wat er in de literatuur over *Herstelwerk*, is terug te vinden over de toepassing bij deze specifieke doelgroep. Daarbij wordt de focus gelegd op drie thema's die kenmerkend zijn voor de begeleiding van cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming: motivatie, hoop op verandering en de invloed van risicofactoren.

Over motivatie om de eigen regierol op te nemen

Judith Wolf zegt in haar voorwoord bij de handleiding: "Krachtgericht werken betekent dat jij de eigen kracht en de keuzes van cliënt als vertrekpunt van de begeleiding neemt, dat je samen met cliënt op zoek gaat naar hulpbronnen die hem in staat stellen een waardevol, zingevend leven te leiden. De cliënt werkt aan zijn eigen herstel en jij ondersteunt dit proces vanuit je opgebouwde professionaliteit." (pag. 5)

Vanuit de toepassingspraktijk door de begeleiders wordt het signaal afgegeven dat deze allereerste stap die nodig is om het begeleidingsproces op gang te brengen, vaak niet gezet kan worden. Cliënt is niet geïnteresseerd in het vinden van zijn eigen krachten omdat de focus voortdurend is gericht op het vermijden van ontweningsverschijnselen. Alle energie is gericht op het verkrijgen en gebruiken van drugs. Hoe vooruit te komen als de fase die in de cyclus 'ontmoeten en aansluiten' genoemd wordt (zie fig.4), niet van de grond komt? Hoe vooruit te komen als de cliënt niet te motiveren is de eigen regie op te pakken?

Als tip geeft Judith Wolf, voor het invullen van de eerste versie van de KI, het volgende mee:

"Als cliënt geen belangstelling heeft voor het invullen van een krachteninventarisatie, kun je als begeleider toch krachten sprokkelen en noteren. Na een tijdje eenzijdig sprokkelen kun je de cliënt laten zien welke krachten je hebt gezien of gehoord. Je toont daarmee dat je oog hebt voor hem en voor zijn sterke kanten" (pag. 32).

Dit betekent echter dat begeleider, ook bij het vaststellen van de krachten van een cliënt, de regie overneemt in de hoop dat cliënt daardoor gestimuleerd wordt en uiteindelijk toch de motivatie vindt. Maar wat als dit niet voldoende is om de motivatie te vinden die nodig is om het herstelproces op gang te brengen? Als deze eerste horde, het terugvinden van de motivatie, niet genomen kan worden, blijft het begeleidingstraject hangen in de opstartfase. Dan bestaat het gevaar dat cliënt ook zijn interesse in het begeleidingsproces en de ondersteuning van de PB-er omdat cliënt niets kan met de vragen die er vanuit de begeleiding gesteld worden. Uiteindelijk raakt ook de PB-er zelf gedemotiveerd omdat er geen enkele vooruitgang in het traject van begeleiding geboekt wordt terwijl dit wel is wat er volgens de methodiek verwacht wordt.

Over hoop

Ook Charles Rapp heeft het over het levend houden van de hoop voor de client als deze daar zelf niet toe in staat is. Hij beschouwd dat als een essentieel onderdeel van de begeleiding. Hij zegt daarover:

"Carrying hope for people is an important aspect of recovery orientated services, because many of the people we work with often lose hope in being able to have a positive impact on their current situation in life. Our ability to

carry hope for people stems largely from our belief in the potential for people to recover, reclaim, or transform their lives. If we believe that recovery is possible, even if people cannot see it for themselves, we will hang in there and maintain a posture of patience while keeping our creative energies open" (Rapp, 1997, p. 24)

De gewetensvraag aan elke begeleider is: in hoeverre geloof je werkelijk dat cliënten in staat zijn om te herstellen en de regie over hun leven in eigen hand te nemen. Gezien de somatische en psychische schade die veel cliënten hebben opgelopen, is het, voor een groot deel van de cliënten, niet realistisch te verwachten dat zij nog grote stappen gaan zetten richting herstel. Dat is voor velen ook de reden dat ze in het zorgpad stabilisatie en bescherming wonen waar geen drang wordt uitgeoefend om door te stromen en de begeleiding gericht is op het creëren van een levenswaardige leefomgeving. Want dat is waar deze cliënten op hopen.

Over de invloed van risicofactoren

Juist omdat de methodiek zich richt op de positieve krachten in ieder mens en bewust niet op de problemen, is in de betreffende literatuur relatief weinig terug te lezen over de toepassing van de methodiek op een groep mensen met een levensgroot probleem als een dubbele diagnose. In de handleiding van Judith Wolf wordt wel gesproken over risicofactoren. Risicofactoren zijn traumatiserende levensgebeurtenissen maar ook aanhoudende stressoren die de balans tussen draagkracht en draaglast verstoren. Hoe meer risicofactoren er zijn, hoe groter de kans dat de balans negatief doorslaat en cliënt de greep op zijn bestaan verliest. Risicofactoren zijn bijvoorbeeld drugsgebruik, psychische problemen en sociaal isolement. Als deze factoren zich voordoen, geeft Judith Wolf o.a. de volgende tip:

"Jij als begeleider er ten eerste voor waakt dat de gesignaleerde risicofactoren op de voorgrond blijven staan en jouw beeld van de cliënt gaan domineren. Iemand's identiteit is niet de optelsom van alles wat er in het leven is misgegaan!!" (pag. 37)

Maar Judith Wolf zegt ook;

"Met problemen ga je aan de slag als die het halen van hersteldoelen dreigen te blokkeren en het eigen herstelproces in de weg staan. Dat doe je dan krachtgericht"

Over problemen wordt in de handleiding het volgende gezegd:

- Problemen worden niet genegeerd, maar gezien in de context van wat belangrijk is voor de cliënt
- Problemen worden benoemd in simpele taal (geen vakjargon)
- Een beoordeling van de fysieke, psychische, cognitieve toestand is aan de orde voor zover die de situatie verheldert
- Problemen die herstel in de weg staan worden aangepakt
- Elke begeleider heeft de professionele verantwoordelijkheid om de ondergrens van wat toelaatbaar is te bewaken (dus soms in te grijpen).

Maar deze cliënten zijn de greep op hun bestaan kwijt en risicofactoren als drugsgebruik, psychische problemen en sociaal isolement zijn zeer dominant aanwezig en beheersproblemen overschaduwen vaak al het andere. Hoe in dergelijke omstandigheden de focus toch te blijven houden op de positieve krachten?

Over burgerschap

Uit de handleiding: *Wat betekent burgerschap voor het krachtgericht handelen?*

- Wederkerigheid in de relatie: sturen en gestuurd worden
- Rechten, ook plichten en verantwoording afleggen
- Serieus nemen én aanspraken ter discussie stellen
- Respect en acceptatie, maar ook confrontatie

'Stabiliseren en beschermen' betekent dat beheersingsproblematiek voorop staat en gaat over bedelen, stelen, prostitutie, openbare dronkenschap, vernielingen, ernstige vervuiling, geweld, overlast. En daarom staan beperkende maatregelen en sancties vaak noodgedwongen voorop. Kortom: de praktijk dwingt de begeleiding vaak tot een opstelling die het tegenovergestelde is van krachtgericht. Op de effecten die deze beperkende maatregelen hebben op de ruimte om krachtgericht te werken, gaat de methodiek Herstelwerk niet in. En zij levert geen begeleidingsinstrumenten aan om hier in de praktijk mee om te gaan. Wel wordt er advies gegeven in dergelijke omstandigheden door te verwijzen naar professionele psychiatrische en/of verslavingszorg.

Over de grens tussen behandelen en begeleiden

Kennelijk staat de problematiek zodanig op de voorgrond dat het advies is behandeling te zoeken. Maar deze doelgroep is al vele jaren in behandeling en ingesteld op medicatie. Zij krijgen veelal een mix van methadon, anti-psychotica, rustgevers en slaapmiddelen. Daarom zijn deze cliënten vanuit een psychiatrische setting verhuisd naar een RIBW. Vanuit het standpunt van de psychiatrie is het feit dat ze in een RIBW wonen, al een enorme stap voorruit en krijgt in de begeleiding het voorkomen van terugval de absolute prioriteit. Het stabiele houden en het creëren van een warm thuis en een liefdevolle en menswaardige leefomgeving is in de praktijk vaak het hoogst haalbare doel van de begeleiding. Ook de

verslavingszorg is gericht op stabilisatie, op het beter leren omgaan met verslaving. Niet meer op het 'afkicken' want deze groep is al zo lang verslaafd, men is hun gebruik gaan accepteren. De hulpverlening aan deze doelgroep bevindt zich in een fase waarbij behandeling en begeleiding dicht bij elkaar liggen en continu in elkaar overlopen.

4.4 ANDERE BEGELEIDINGSMETHODIEKEN GERICHT OP CLIËNTEN MET DUBBELE DIAGNOSE

Er zijn alternatieve methodieken beschikbaar die, net als Herstelwerk, gebaseerd zijn op de krachtgerichte basisprincipes maar specifiek ontwikkeld zijn voor de begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose.

4.4.1 Trimbos Instituut: handreiking 'Het vormgeven aan woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose'

Het Trimbos instituut heeft, i.s.m. het LEDD (LEDD, 2013), een handreiking ontwikkeld voor het vormgeven van de begeleiding die ook uitgaan van het Strength Based Model maar specifiek zijn toegespitst op de begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose. (Handreiking voor het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose, 2012)

Twee centrale dilemma's

In deze handreiking worden twee dilemma's beschreven die veel voorkomen bij de toepassing van herstelgerichte zorg bij de doelgroep met een dubbele diagnose. Hieronder, ter verduidelijking, twee letterlijke citaten uit de handreiking.

Dilemma 1: Herstel georiënteerde zorg en verslaving

"Tegelijkertijd blijkt ook dat, op een aantal positieve uitzonderingen na, relatief weinig voorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose al veel stappen hebben gezet met het vormgeven aan herstel georiënteerde zorg. Het werken met ervaringsdeskundigen, implementeren van HOZ of het aanbieden van lotgenotengroepen vindt nog maar op kleine schaal plaats in dergelijke voorzieningen....Het hebben van een actieve verslaving is in de praktijk vaak een reden om bewoners te plaatsen op de onderste trede van de woonladder. Dit kan, maar hoeft niet altijd aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van cliënten met een dubbele diagnose. De focus moet liggen op het bieden van perspectief en een daarbij passend woningaanbod. De visie op herstel en rehabilitatie zou, ondanks actief gebruik, ook bij bewoners met een dubbele diagnose meer centraal moeten staan. Een visie die eenzijdig gericht is op het behouden van stabiliteit en beheersbaarheid is contraproductief. Ervaringsdeskundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen: zij kunnen een voorbeeldfunctie hebben voor bewoners, maar ook voor begeleiders". (Muisse, 2012)

Dilemma 2: Herstel georiënteerde zorg en bemoeizorg

- *"Herstellen doe je zelf. Dit proces kan door begeleiders alleen ondersteund worden. Maar wat is de rol van hulpverlener op het moment dat iemand niet meer in staat lijkt zelf zijn wensen en doelen te formuleren? Wanneer ga je over van het 'naast iemand staan' tot actief ingrijpen? Soms zorgt dit dilemma voor handelingsverlegenheid, vooral in de omgang met het gebruik van bewoners. Als een voorziening werkt vanuit een open visie op middelengebruik en het bespreekbaar maken van verslaving kan je dan ingrijpen als iemand (te) veel gebruikt? In de vraag 'hoe lang sta je naast iemand en wanneer grijp je in?' lijken bemoeizorg en herstel georiënteerde zorg dus soms op gespannen voet met elkaar te staan. Als acceptatie van gebruik en het centraal stellen van wensen van de bewoner leidt tot niet ingrijpen, kan dit leiden tot het onthouden van noodzakelijke zorg."*
- *"Hanteer een duidelijke visie op verslaving en gebruik en een heldere communicatie over wat toelaatbaar is en ga hierover met bewoners in gesprek. Dit creëert duidelijkheid voor zowel hulpverleners als bewoners en kan handelingsverlegenheid en onbegrip voorkomen."*
- *"Het hanteren van een open visie en accepterende houding ten opzichte van verslaving moet niet leiden tot het niet verlenen van (noodzakelijke) hulp en ondersteuning, maar daarbij moet wel het oog gehouden worden op de wensen en mogelijkheden van bewoners. Instrumenten als een gezamenlijk opgesteld signaleringsplan, een crisiskaart of een WRAP plan (Wat is WRAP?, 2013) kunnen hierbij ondersteunend zijn."*
- *"Juist bij bemoeizorg interventies kunnen ervaringsdeskundigen een belangrijke rol spelen, omdat zij een levend bewijs zijn van kracht en hoop. Zij kunnen er voor zorgen dat binnen bemoeizorg interventies aandacht is voor objectief herstel, maar ook dat aangesloten wordt bij de subjectieve ervaring van herstel van bewoners."*
(Boertien e.a., in Muisse, 2012, blz. 62).

4.4.2 Relatie met de onderzoeksvraag

In de boven geciteerde handreiking worden een aantal instrumenten/hulpmiddelen genoemd die ingezet kunnen worden om de cliënt, in de eerste fase van 'ontmoeten en aansluiten', de fase waar bemoeizorg en beheersmatig ingrijpen nog vaak de overhand hebben, te motiveren op zoek te gaan naar zijn/haar krachten om de eigen regie te versterken:

- Het inzetten van ervaringsdeskundigen
- Aanbieden van lotgenotengroepen
- Het bespreekbaar maken van verslaving in het begeleidingstraject

Gebruik signaleringspan (Geestelijke gezondheidszorg, 2014), crisiskaart (crisiskaartGGZ, 2014) of WRAP (SWBU, 2014)

4.4.3 IDDT: Integrated Dual Disorder Treatment (CentreforEBP, 2014)

Intensieve samenwerking tussen begeleiding en behandeling

Bij deze methodiek wordt de focus van de begeleiding op de verslaving centraal gesteld waarbij een nauwe samenwerking wordt gezocht tussen behandelaar en begeleider.

De belangrijkste uitgangspunten van dit model

- Het hebben van aandacht voor de verslaving en psychiatrische problematiek
- Het aansluiten bij de (motivatie)fase van de cliënt en de problemen waar hij mee te maken heeft. Het vastleggen van de (motivatie)fase waarin een cliënt zich bevindt op het gebied van zowel zijn psychiatrische problematiek als middelengebruik is van belang omdat zo gewaarborgd wordt dat in de ondersteuning de focus blijft liggen op het bieden van hoop en perspectief en niet op beheersing en stabiliseren wat bij cliënten met dubbele diagnose problematiek een valkuil kan zijn.
- Het vaststellen van de motivatiefase een manier is om begeleiding en behandeldoelen op elkaar af te stemmen en de samenwerking tussen behandeling en begeleiding inhoudelijk vorm te geven.

Fig. 5: Het geïntegreerd behandel aanbod IDDT gaat uit van verschillende stadia van gedragsverandering van een cliënt om van een verslaving af te komen. Deze stadia zijn afgeleid van de cirkel van gedragsverandering (DiClemente & Prochaska, 1998).



In een geïntegreerde dubbele diagnose behandeling moeten de aangeboden interventies aansluiten bij deze stadia van gedragsverandering. Dit kan voorkomen dat een cliënt zich onbegrepen voelt of zich terugtrekt, of dat hulpverleners het gevoel hebben tekort te schieten.

Fig. 6: stadia in IDDT

Stadia van gedragsverandering	Stadia van behandeling
Vooroverweging	Contact maken
Overweging	Overtuigen
Voorbereiding	Motiveren
Actie	Actieve behandeling
Consolideren	Terugvalpreventie

Kenmerken van een geïntegreerd behandel aanbod

- De hulpverleners dienen te beschikken over de juiste kennis, wat betreft psychische stoornissen en de effecten van verslavende middelen
- De Hulpverleners dienen aandacht te besteden aan beide stoornissen.
Tijdens de behandeling wordt er gewerkt met de verschillende fases waarin de cliënt zich op dat moment bevindt. Bv: de opbouwfase, stabilisatiefase, etc.
- Er wordt gewerkt met screening en diagnostiek: cliënt worden gescreend op middelengebruik en gediagnosticeerd volgens de DSM.
- Er wordt gewerkt met assessment en de functieanalyse: waarbij er naar sterke en zwakke plekken worden gezocht en er bij de cliënt inzicht ontstaat in wat voor factoren de problemen in stand houden (voor- en nadelen balans)

- Er wordt samen met de cliënt een behandelplan opgesteld, op grond van de assessment en diagnostiek.
 - Er wordt gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering, waarbij ondersteuning en bewustwording centraal staan. Via reflectie leert de cliënt dat het middelen gebruik zijn persoonlijke doelen in de weg staat.
 - Er wordt gebruik gemaakt van counseling bij middelen gebruik, de hulpverlener ondersteunt hierbij het omgaan met trek, terugval en risicosituaties.
 - Groepstherapie, waarbij er met logenoten over middelengebruik kan worden gesproken.
 - Familiebegeleiding; familie wordt bij de behandeling betrokken. Er wordt gekeken naar wat voor rol de familie speelt in de huidige problemen van de cliënt. Hierbij wordt ook gebruik gemaakt van psycho-educatie.
 - Cliënt moet de mogelijkheid hebben om zich bij zelfhulpgroepen zoals de AA, te kunnen aanmelden.
- Farmacologische behandeling, waarbij men kan denken aan anti-psychotica. Bij andere medicatie dient gelet te worden op eventuele verslavende bijwerkingen.

4.4.4 Relatie met de onderzoeksvraag

De geïntegreerde behandeling legt de nadruk op een intensieve en totaal geïntegreerde begeleiding/behandeling. Cliënt, behandelaar en begeleider werken intensief samen. Ook hier staat aandacht voor zowel de stoornis als de verslaving, voor zowel de begeleiding als de behandelaar, centraal.

4.5 CONCLUSIES LITERATUURSTUDIE

De beantwoording van de geoperationaliseerde vragen 1 t/m 6 in de literatuurstudie leiden tot de volgende antwoorden op de deelvragen 1 en 2.

4.5.1 Deelvraag 1

Wat is het effect van een dubbele diagnose, om zowel verslaafd te zijn als een psychiatrische stoornis te hebben, op het voeren van de regie over het eigen leven?

Beantwoording geoperationaliseerde vragen:

- (1) *Wat betekent het om verslaafd te zijn?*
Verslaving wordt beschouwd als een psychiatrische stoornis. Men spreekt van verslaving als men afhankelijk is geworden van drugs of alcohol en de controle op het gebruik daarvan verloren heeft en dit tot herhaalde problemen leidt in het sociale en maatschappelijke leven.
- (2) *Wat betekent het om een psychiatrische stoornis te hebben?*
Geestelijke verschijnselen die worden gekenmerkt door plotselinge (acute), aanhoudende (chronische) of steeds terugkerende (recidiverende) storende of bedreigende gevoelens, gedachten, gedragingen en/of lijden.
- (3) *Wat betekent het om beiden te hebben?*
Comorbiditeit betekent dat verslaving en stoornis elkaar beïnvloeden en versterken.

Beantwoording deelvraag 1

De groep cliënten met een dubbele diagnose heeft een dubbele handicap om te werken aan herstel van de eigen regie op het leven. Zij versterken elkaar in hun demotiverende effecten. Enerzijds eist de verslaving alle aandacht op. Cliënt is de slaaf van het middel en het gehele leven staat in het teken van 'scoren'. Als men leeft onder deze omstandigheden is er vaak geen ruimte en energie om te focussen op de positieve krachten, op herstel of op het oppakken van de eigen regie in het leven. Anderzijds vormen zowel de positieve als de negatieve symptomen van de psychiatrische stoornis een enorme hindernis, een drempel om te werken aan het weer in handen nemen van de eigen regie. Symptomen als Wanen, emotionele vervlakking, gedachte armoede en apathie hebben immers een demotiverend effect. Tenslotte is deze doelgroep al zo lang last van verslaving en psychiatrische stoornis dat de aangerichte somatische en psychische schade groot en onherstelbaar is.

4.5.2 Deelvraag 2

Wat houdt Herstelwerk in en wat zegt de methodiek over de toepassing ervan op cliënten met een dubbele diagnose?

Beantwoording geoperationaliseerde vragen 4 t/m 6:

- (4) *Wat is de ontstaansgeschiedenis van KBM en welke principe liggen eraan ten grondslag?*
KBM is ontstaan in de VS en bouwt voort op moderne denkrichtingen over het begeleiden van mensen met een probleem. Hoofdgedachte is dat de focus van de begeleiding moet gericht zijn op het zoeken en stimuleren van

de sterke kanten en positieve krachten die aanwezig zijn in een cliënt en niet op de negatieve en destructieve krachten.

- (5) *Hoe ziet de methodiek 'Herstelwerk' er uit en wat zegt deze over de toepasbaarheid op de doelgroep met een dubbele diagnose?*

Herstelwerk is een basismethodiek, ontwikkeld voor de begeleiding van alle kwetsbare groepen in een samenleving: vrouwen en kinderopvang, slachtoffers van mensenhandel, verstandelijk gehandicapten, psychiatrische patiënten en verslaafden. Zij is niet specifiek ontwikkeld voor de doelgroep met een dubbele diagnose. In algemene zin is zij daarom toepasbaar maar zij draagt geen specifieke hulpmiddelen en instrumenten aan voor het vormgeven van de dagelijkse begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose. Daarom biedt zij weinig houvast.

Herstelwerk richt zich op het proces van herstel en daarbij staat het formuleren van ontwikkeldoelen centraal en dat impliceert dat cliënt gemotiveerd is om aan deze doelen te gaan werken. Cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming bevinden zich voornamelijk in de fase voor de overwegingfase waarin de motivatie om te gaan werken aan herstel nog gevonden moet worden.

- (6) *Welke instrumenten en hulpmiddelen zetten krachtgerichte begeleidingsmethodieken in die wel specifiek ontwikkeld zijn voor de doelgroep met een dubbele diagnose?*

Het Trimbos Instituut heeft een 'handreiking woonbegeleiding dubbele diagnose cliënten' ontwikkeld. Daarin worden o.a. de volgende hulpmiddelen aangereikt:

- Het inzetten van ervaringsdeskundigen
- Het inzetten van lotgenotengroepen
- Het bespreekbaar maken van verslaving in het begeleidingstraject
- Het gebruik van signaleringsplan, crisiskaart of WRAP

Het Centre for Evidence Based Practises (CEBP) in de VS heeft de begeleidingsmethodiek Integrated Dual Disorder Treatment (IDDT) ontwikkeld. Deze is gericht is op het vormgeven van de begeleiding in de verschillende fases die voorkomen in het leven van een verslaafde: overwegen, voorbereiden, actie, voortzetten en terugval.

Beantwoording deelvraag 2

Herstelwerk is een basismethodiek

De methodiek Herstelwerk komt voort uit het Strength Based Model en is bedoeld om kwetsbare mensen te ondersteunen in hun proces om weer onafhankelijk te kunnen functioneren. Daarbij wordt de focus gelegd op de in ieder mens aanwezig krachten en niet op diens problemen. Het is een basismethodiek die niet specifiek gericht is op de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose.

Begeleiding beperkt zich tot motivatiefase

Zolang de verslaving allesoverheersend is, komt de begeleiding niet voorbij de opstartfase van de methodiek; de fase van aansluiting zoeken en daarom is er weinig ruimte om de motivatie (terug) te vinden en te focussen op herstel.

Extra instrumenten en hulpmiddelen nodig

Daarvoor is veel meer nodig dan wordt aangereikt in de methodiek Herstelwerk. Voor de toepassing ervan bij de doelgroep dubbele diagnose, levert Herstelwerk weinig praktische handvaten of instrumenten aan.

Het IDDT model en de handreiking van LEDD/Trimos instituut zijn ook krachtgericht maar specifiek ontwikkeld voor toepassing bij cliënten met een dubbele diagnose. De focus ligt niet alleen op het gebruik maken van de positieve krachten maar juist op het onder ogen zien van de problemen. De begeleider zoekt aansluiting bij de motivatiefase waarin de cliënt zich bevindt en richt zich daarbij net zo goed op de positieve krachten als op de enorme problemen waarvoor de cliënt staat. Deze methodieken dragen een breed scala aan hulpmiddelen (zie tabel 1) aan die gericht zijn op het doorlopen van juist die eerste fase die in Herstelwerk de focusbepaling wordt genoemd. Het draait daarbij hoofdzakelijk om het onder controle brengen van de verslaving. Deze methodieken bieden daarvoor de onderstaande hulpmiddelen (zie tabel 1).

Tabel1: overzicht instrumentarium

Ingezette hulpmiddelen	Huidige praktijk binnen HVO-Querido	Herstelwerk	Trimos/LEDD	IDDT
Opbouw vertrouwensrelatie	++	++	++	++
Gerichtheid op doelgroep dubbele diagnose	++	-	++	++
Gerichtheid op aansluiting bij motivatiefase	-	++	++	++
Gerichtheid op ontbreken motivatie	-	-	++	++
Inzet motiverende gespreksvoering	+	+	++	++

Gerichtheid op geïntegreerde behandeling	+	++	++	++
Inzet familie en vrienden	+	++	++	++
Inzet samenleving	-	++	++	++
Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen	-	-	++	++
Gericht op ingrijpen en bemoeizorg	-	-	++	++
Inzet signaleringsplannen en/of crisiskaarten	++	-	++	++
Inzet WRAP	-	-	++	++
Inzet screening	-	-	++	++
Inzet voor- en nadelen balans	-	-	++	++
Inzet behandelplan	++	-	++	++
Inzet counseling/terugval preventieplan	+	-	++	++

Tabel 1: verschillen in methodieken

- = krijgt weinig aandacht in methodiek/wordt niet gebruikt binnen zorgpad
- + = krijgt aandacht in methodiek/wordt gebruikt binnen zorgpad
- ++ = krijgt veel aandacht in methodiek/wordt veel gebruikt binnen zorgpad

5 DESKRESEARCH

Inleiding

Het deskresearch is uitgevoerd om binnen de organisatie aanwezige informatie te achterhalen die van belang is om de onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Het gaat daarbij om de beantwoording van geoperationaliseerde deelvraag 7 en 8.

5.1 AANWEZIGE EXPERTISE OVER HERSTELWERK BINNEN DE ORGANISATIE

Beantwoording deelvraag 7: in hoeverre is de expertise aanwezig bij de PB-ers om de methodiek te kunnen toepassen?

5.1.1 Beschikbare kennis binnen de organisatie

Alle informatie die binnen de organisatie aanwezig betreffende (de toepassing van) de methodiek is geïnventariseerd. Dit om te kunnen vaststellen in hoeverre de begeleidende teams de beschikking hebben over de informatie en instructies die nodig zijn om de methodiek goed te kunnen toepassen. Er is een inventarisatie gemaakt van de binnen de organisatie beschikbare informatie over Herstelwerk en de mate waarin het personeel geschoold is in de methodiek Herstelwerk. Dit geeft inzicht in de basiskennis die binnen de organisatie als geheel aanwezig is.

Binnen de stafunit ontwikkelen & opleiden (O&O) werken drie stafleden die hebben bijgedragen aan het ontwikkelen van de methode Herstelwerk. De methodiek is ontwikkeld in samenwerking met UMC St. Radboud te Nijmegen. De organisatie HVO-Querido als geheel is hier nauw bij betrokken geweest. De methodiek wordt nu vanuit de praktijk verder ontwikkeld, in nauwe samenwerking tussen organisaties als HVO-Querido de methodiek in de praktijk toepassen en de ontwikkelaars van de methodiek aan de universiteit. Op het intranet van de organisatie is uitgebreide informatie aanwezig over alle facetten van de methodiek; handleidingen over de methodiek, formulieren en bijgaande instructies, cursusboeken, etc. De specialisten zijn bovendien altijd bereikbaar en bereid antwoord te geven op vragen en de professionals op de werkvloer van advies te voorzien. Omdat de methodiek in ontwikkeling blijft door voortdurende toetsing en feedback vanuit de praktijk, wordt deze dialoog ook actief opgezocht door de specialisten. Men gaat ervan uit dat de verdere ontwikkeling van de methodiek, in samenhang met volledige implementatie en internalisering van de methodiek, in totaal een periode van vijf jaar zal beslaan. Daarvan zijn nu twee jaar voorbij. Dit onderzoek kan daar, betreffende de toepassing van de methodiek op de specifieke doelgroep met dubbele diagnose, een rol in spelen. Alle drie de leden van deze unit zijn dan ook op een of andere manier betrokken geweest bij dit onderzoek. De conclusie is dat binnen de organisatie als geheel uitgebreide informatie beschikbaar is over alle facetten van de methodiek.

5.1.2 Interne trainingen in de toepassing van Herstelwerk

Binnen de organisatie lopen de volgende initiatieven betreffende de scholing van medewerkers:

- Cursus Herstelwerk

Alle persoonlijk en operationeel begeleiders (PB-ers en OB-ers) hebben een interne maar intensieve vierdaagse cursus gevolgd om de kernprincipes en procedures onder de knie te krijgen. Alle zorgcoördinatoren (zoco's) hebben daar bovenop nog een tweedaagse cursus gekregen speciaal gericht op coördinatie taken binnen de methodiek. De cursussen gaan niet alleen in op de technische toepassing van de methodiek maar schenken ook uitgebreid aandacht aan de sociale vaardigheden en de manier van bejegenen die de methodiek vereist.

- On the job begeleiding

Alle betrokken PB-ers en zoco's hebben daarna nog enkele maanden advies en begeleiding 'on the job' gekregen van experts van de unit O&O. Organisatiebreed is een registratiesysteem ingevoerd waarmee gecontroleerd wordt of PB-ers zich houden aan de in de methodiek voorgeschreven planningcyclus.

- Terugkomdagen voor alle teams

Eens per jaar organiseert de unit O&O een terugkomdag om de teams scherp te houden en krachtgericht te ontwikkelen.

- Uitbouw van de krachtgerichte organisatie

Bij het krachtgericht vormgeven van de gehele organisatie gaat het om een cultuurverandering die vijf jaar in beslag neemt. Als onderdeel daarvan is onlangs een deeltraject van start gegaan om alle werkrelaties binnen de organisatie volgens de principes van het krachtgericht werken in te richten. Kort geleden hebben de zoco's een cursus krachtgerichte werkbegeleiding gekregen en zijn ook de onderliggende documenten krachtgericht ingericht. In de volgende fase worden ook de teammanagers getraind in krachtgericht leiding geven en begeleiden van hun teams.

5.1.3 Algemeen opleidingsniveau van de PB-ers

Het minimaal gevraagde opleidingsniveau voor PB-ers is MBO-4. In de praktijk heeft ongeveer 80% van de PB-ers een opleiding op HBO niveau (zie resultaten enquêtes, paragraaf 6.3). In de functieomschrijving (zie bijlage 2: functiebeschrijving persoonlijk begeleiders) van de persoonlijk begeleiders wordt uitgebreid ingegaan op alle competenties die gevraagd worden om de methodiek Herstelwerk op een kwalitatief hoog niveau te kunnen toepassen. In sollicitatiegesprekken worden sollicitanten hierop beoordeeld. Of sollicitant over de vereiste persoonlijke en sociale eigenschappen beschikt om de methodiek met succes te kunnen toepassen is moeilijk vast te stellen tijdens een korte sollicitatieprocedure. Non-verbaal uitdrukkingsvermogen, geduld, doorzettingsvermogen, sociale tact, communicatievermogen, manier van bejegenen, flexibiliteit en mate van bevooroordeeldheid en vooringenomenheid zijn eigenschappen die zich niet gemakkelijk laten meten. Het is daarom niet gegarandeerd dat altijd het personeel met de juiste geschiktheid wordt aangenomen.

5.1.4 Beantwoording operationele vraag 7

Alle benodigde informatie over de methodiek is ruimschoots beschikbaar binnen de organisatie. Alle betrokken begeleiders en zorgcoördinatoren zijn uitgebreid opgeleid om Herstelwerk goed te kunnen toepassen. In de functieomschrijving zijn ruim voldoende functie eisen geformuleerd die nodig zijn om goed te kunnen werken met Herstelwerk. In hoeverre het achterliggende gedachtegoed over de manier van omgaan (de bejegening) van cliënten zoals geformuleerd in Herstelwerk ook daadwerkelijk bij alle begeleiders is geïnternaliseerd, kan via dit bureauonderzoek niet worden vastgesteld.

5.2 WAT IS HET EFFECT OP DE ZELFREDZAAMHEID?

Bureauonderzoek ter beantwoording operationele vraag 8: Wat zijn de resultaten van de toepassing van Herstelwerk betreffende het herstel van het persoonlijk en maatschappelijk functioneren van cliënten binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming van HVO-Querido? Welke door de cliënt gestelde doelen worden daadwerkelijk behaald?

5.2.1 Welke doelen stellen cliënten zich en worden deze behaald?

In hoeverre worden de doelen van cliënten behaald die in de actieplannen zijn geformuleerd? Dit wordt vastgelegd in de halfjaarlijkse evaluatieformulieren (zie bijlage 6; evaluatieverslag) die elke cliënt opstelt in samenwerking met zijn/haar persoonlijk begeleider. In het kader van dit onderzoek zijn de evaluatieformulieren van alle cliënten op de Rijswijk en de Veste geanalyseerd. Op deze twee locaties woont 60% van de totale onderzoekspopulatie. Onderzocht is welke doelen cliënten zich stellen en in hoeverre deze doelen daadwerkelijk worden gehaald.

Daarvoor zijn de meest recente evaluatieformulieren van alle bewoners van de Rijswijk en de Veste geïnventariseerd en geanalyseerd. Daaruit blijkt dat de doelen die cliënten zich stellen, zeer bescheiden zijn. Bijvoorbeeld: 'Ik ga de plantjes elke week water geven', of: 'ik ga minstens een keer per drie dagen douchen', of: 'Ik ga een afspraak maken met de tandarts' of: 'Ik wil graag een keer een wandeling maken met mijn persoonlijk begeleider' (zie bijlage 10: analyse evaluatieverslagen). Daarnaast blijkt (zie tabel 3) dat minstens 90% van de cliënten zelf aangeeft geen steunsysteem te hebben, rond de 70% denkt dat de zelf opgestelde doelen niet worden behaald, meer dan 70% van de cliënten denkt dat ze meestal zelf hun beslissingen nemen en dat 74% ervan overtuigd is dat ze geen nieuwe krachten in zichzelf hebben ontdekt door toepassing van de methodiek.

Tabel 2: evaluatie cliënt van eigen actieplan

Vraag aan cliënt in evaluatieformulier	Antwoorden			
	Nee	Soms	Meestal	Ja
Krijg je hulp vanuit je eigen leefomgeving?	86%	7%	3%	4%
Heb je je doelen uit het actieplan behaald?	60%	21%	19%	-
Neem je zelf al je beslissingen?	7%	12%	69%	12%
Heb je nieuwe krachten ontdekt?	74%	-	-	26%

5.2.2 Welk percentage cliënten stroomt door naar woonsituaties met grotere zelfstandigheid?

Welke resultaten worden er behaald betreffende de doorstroming van cliënten naar meer zelfstandige woonvormen? Daarvoor is vastgesteld welke cliënten er, in de jaren 2011, 2012 en 2013, zijn uitgestroomd uit de vijf woonvoorzieningen in het zorgpad stabilisatie en bescherming en waar ze naartoe zijn verhuisd. M.b.v. de rapportagemogelijkheden binnen de organisatie is wel vast te stellen wie er is doorgestroomd (zie als voorbeeld bijlage 11: cliënten met lopend AHVT) maar het is niet mogelijk vast te stellen waarheen cliënten verhuisd zijn. Om dat te achterhalen zijn alle namen van cliënten, die zijn doorgestroomd vanuit een woonlocatie, voorgelegd aan de betrokken zoco's met het verzoek te achterhalen waar naartoe deze cliënten zijn vertrokken. Het is in 100% van de onderzochte gevallen gelukt om deze informatie daadwerkelijk boven tafel te krijgen. Vervolgens is achterhaald of de nieuwe woonomstandigheden een grotere, minder of evenveel zelfredzaamheid van cliënt vereist. Met deze gegevens kan objectief worden vastgesteld of deze cliënten zijn doorgestroomd naar een woonsituatie met grotere zelfstandigheid, naar een situatie met minder eigen regie of dat de doorstroming daarin geen verandering heeft gebracht (zie bijlage 12: analyse doorstroming). Met andere woorden: op deze manier wordt vastgesteld hoe hoog het percentage cliënten is dat het daadwerkelijk is gelukt meer eigen regie op te pakken.

Tabel 3: uitstroom uit de Rijswijk

	Totaal Aantal Bewoners	Uitstroom percentage	Uitstroom Aantal	Overleden	Minder regie	Neutraal	Meer regie	% cliënten dat doorstroomt naar grotere zelfredzaamheid
2011	56	5,4%	3	0	3	0	0	0%
2012	56	7,2%	4	0	2	0	2	4%
2013	56	14,7%	8	2	3	2	1	2%

Uit deze inventarisatie blijkt dat gemiddeld 5% van de cliënten in het zorgpad uiteindelijk doorstroomt naar een woonsituatie met grotere zelfstandigheid. Het overgrote gedeelte van de uitstroom van cliënten uit de voorzieningen in de onderzochte RIBW's stroomt door naar een psychiatrische kliniek, de gevangenis of een woonvoorziening met een vergelijkbaar niveau van zelfredzaamheid. Omdat de doelgroep veel ouderen kent en cliënten met vaak grote somatische problemen (veroorzaakt door langdurige en ernstige vormen van verslaving), is ook het percentage sterfgevallen hoog.

Tabel 4: doorstroming vanuit zorgpad stabilisatie en bescherming richting een grotere zelfredzaamheid

Doorstroming naar grotere zelfredzaamheid	2011	2012	2013
Rijswijk	0%	4%	2%
Veste	5%	6%	2%
Varikstraat	4%	11%	0%
Noordzijde	7%	14%	4%
Robert Koch	N.V.T.*	NVT*	N.V.T*

* Woonvoorziening Robert Koch is in 2013 zelf verhuisd en daardoor is de gehele cliëntenpopulatie veranderd.

5.2.3 Beantwoording operationele vraag 8

Vrijwel alle cliënten formuleren zeer bescheiden doelen in hun actieplannen. Uit de analyse van de evaluatieformulieren blijkt dat cliënten zelf vinden dat ze deze doelen meestal niet halen (60-80% geeft dat zelf aan). Uit de analyse van de doorstroom gegevens blijkt dat er geen relatie bestaat tussen doorstroming en het oppakken van de eigen regie over het

leven. Ongeveer 5% van de cliënten in de woonvoorzieningen stroomt door naar een leefsituatie met meer eigen regie. Daarnaast is het percentage dat doorstroomt naar een leefsituatie met minder eigen regie, groter dan het percentage dat doorstroomt naar een woonsituatie met meer eigen regie. In 2011, 2012 en 2013 blijft 95% van de cliënten wonen in omstandigheden met dezelfde mate of minder zelfredzaamheid.

6 PRAKTIJKONDERZOEK

INLEIDING

In dit hoofdstuk worden, ter beantwoording van deelvragen 9, 10 en 11, de onderzoeksresultaten van het praktijkonderzoek, de interviews en enquêtes, gepresenteerd. De resultaten geven antwoord op deelvraag 3: Wat zijn de knelpunten in de toepassing van de methodiek Herstelwerk in het zorgpad stabilisatie en bescherming volgens de verschillende bij de begeleiding betrokken beroepsgroepen?

6.1 RESULTATEN INTERVIEWS ZORGCOORDINATOREN

De interviews van de zoco's zijn gericht op het beantwoorden van operationele vraag 10: *Welke ervaringen hebben de zorgcoördinatoren (zoco's) van de betrokken teams van de locaties in het zorgpad stabilisatie en bescherming, betreffende de toepasbaarheid van de methodiek op deze doelgroep?* Alle zoco's hebben eigen ervaring in het toepassen van de methodiek zowel als overzicht over de algemene toepassing en ontwikkeling van de begeleidingsprocessen op de werkvloer. Zes van de zeven zoco's die werken in het zorgpad zijn geïnterviewd (85%). Zie bijlage 13 voor de topiclist, de gecodeerde interviews, de per topic samengevoegde antwoorden en de synthese van de antwoorden per topic. Hieronder een synthese van de door de zoco's gegeven antwoorden per topic.

2 - Denk je dat je teamleden de administratieve procedures onder de knie hebben?

Vier van de zes zorg coördinatoren menen dat hun teams de procedures onder de knie hebben en zich aan de cyclus houden. Twee van hen menen dat er nog stappen gezet moeten worden om het geheel op orde te krijgen.

3A – Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.

Alle zes geïnterviewde zorg coördinatoren vinden dat begeleiding altijd gericht moet blijven op mogelijkheden voor herstel maar dat in de praktijk de vermogens van deze groep om te herstellen beperkt zijn.

3B – Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

Vijf zorg coördinatoren geven aan dat het altijd het streven is te focussen op de positieve krachten maar dat dit bij deze doelgroep in de praktijk moeilijk is omdat de problemen zo overheersend zijn.

3C – De cliënt heeft de regie over de begeleiding

Alle zorg coördinatoren zijn het er over eens dat cliënten in hun zorgpad de regie over een groot gedeelte van hun leven, niet hebben. Op een groot aantal levensgebieden is de regie overgenomen door hulpverleners. Het krachtprincipe van waaruit de begeleiders werken in dit zorgpad is: 'De begeleiding legt zo veel mogelijk van de regie terug bij de cliënt.'

3D – De werkrelatie is primair en essentieel

Alle zorg coördinatoren zijn het erover eens dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie een absolute kernvoorwaarde is om je werk als persoonlijk begeleider te kunnen doen.

3E – Werken in de natuurlijke omgeving

Er bestaat veel verwarring over dit kernprincipe. Een groot gedeelte van de zoco's interpreteren het als: 'de begeleider doet zijn werk in de leefomgeving van de cliënt. Dan zijn ze het eens met dit kernprincipe. Een klein gedeelte interpreteert het krachtprincipe als volgt: 'De cliënt wordt gestimuleerd om zo veel mogelijk te werken in zijn eigen leefomgeving'. Deze zorg coördinatoren kunnen niets met dit krachtprincipe omdat niet duidelijk is wat de natuurlijke leefomgeving van deze intramuraal levende groep cliënten is.

3F – De samenleving als hulpbron inzetten

Vijf van de zes zorg coördinatoren geven aan dat dit voor deze doelgroep geen realistisch krachtprincipe is. Het leven van deze cliëntengroep speelt zich bijna volledig af buiten de reguliere samenleving omdat hun contacten met de reguliere

samenleving tot problemen leidt. Vier van de zes zoco's noemt het werken aan het herstel van familiecontacten als onderwerp waar door de begeleiding wel aan gewerkt wordt om de samenleving als hulpbron te reactiveren.

4 - Denk je dat teamleden de kernprincipes achter de methodiek bewust toepassen?

Vier van de zes zoco's signaleren dan er in hun team problemen bestaan met de toepassing van Herstelwerk. Over de oorzaken bestaat minder eenduidigheid. Sommigen wijten het aan een tekort aan kennis over de principes die aan de methodiek ten grondslag liggen, anderen wijten het aan een gebrek aan toepasbaarheid van deze methodiek bij deze specifieke doelgroep.

5: Welke signalen krijgen jullie van de persoonlijk begeleiders over de toepasbaarheid van deze begeleidingsmethodiek?

Vier van de zes zoco's hebben deze vraag beantwoord. Zij staan wel achter de principes van Herstelwerk, al levert dat soms problemen op omdat de met de verslaving samenhangende beheersproblematiek zo vaak op de voorgrond staat. Drie van de vier zoco's geven aan dat de planningscyclus niet voldoet.

6: Zijn de competenties in het team aanwezig om de KBM op de juiste wijze toe te passen?

Slechts twee zoco's hebben hier iets over gezegd. Dat is te weinig om een synthese te formuleren. Een van hen geeft aan dat het niet aan de competenties ligt van de PB-ers maar dat zij nog niet goed genoeg zijn doordrongen van de kernwaarden achter de methodiek.

7: Beheersmaatregelen en het opleggen van sancties zijn niet krachtgericht maar vaak wel onvermijdelijk bij onze doelgroep. Hoe wordt dat geïntegreerd met een krachtgerichte benadering?

Vier van de zorg coördinatoren melden dat zij tegen problemen aanlopen om sanctie- en beheersingsmaatregelen te koppelen aan de krachtgerichte begeleidingsprincipes.

8; Je woonvoorziening maakt deel uit van het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' waar doorstroming richting meer zelfstandigheid geen vereiste is. Hoe verhoudt zich dat met de KBM die gericht is op herstel van de regie op het eigen leven?

Het creëren van een stabiele en warme thuishaven voor deze cliënten is wel een belangrijke opdracht maar is niet de kern van het begeleidingsproces. Het begrip eigen regie is heel breed. In dit zorgpad worden taken van de cliënt overgenomen, in die zin heeft cliënt niet meer de regie over alle facetten van het leven. Cliënt heeft daar wel toestemming voor gegeven, in die zin heeft hij de regie behouden. De begeleiding richt zich hier op het teruggeven van zoveel mogelijk regie. Dat betreft meestal kleine stapjes vooruit.

9: Hoe groot is het percentage waarbij het daadwerkelijk lukt vooruitgang te boeken in de richting van herstel van de eigen regierol in het leven?

Alle zorg coördinatoren vinden dat de term herstel hier niet doelt op terugkeer in de samenleving want dat is geen realistisch doel maar op kleine stapjes vooruit: betere hygiëne, laagdrempelige dagbesteding, beter dag en nachtritme. Etc. Percentages worden niet genoemd.

10: In hoeverre lukt het de begeleiding om de zelfredzaamheid van de cliënt daadwerkelijk te vergroten?

Alle zoco's relativeren de resultaten: doelen zijn klein en worden vaak niet behaald. De doelen die cliënt stelt zijn vaak niet realistisch.

14: Een van de grootste belemmeringen is de verslaving. De grootste motiverende factor in het bestaan van onze cliënten is vaak het bevredigen van de verslaving en niet het herstel van de eigen regie op het leven. Hoe wordt deze factor betrokken bij het vormgeven van de krachtgerichte begeleiding?

Vijf van de zes zoco's hebben hier antwoord op gegeven. Allen zijn de mening toegedaan dat er in de begeleiding te weinig specifieke aandacht voor de verslaving is en dat de kennis over verslaving onvoldoende is.

15B Groepstherapie (BV. Lieberman)

Op geen enkele locatie wordt hier mee gewerkt.

15C Wordt er gebruik gemaakt van motiverende gespreksvoering technieken?

Alle zoco's geven aan dat bijna alle PB-ers daar een cursus in gedaan hebben maar dat dit niet voldoende is om de gesprekstechnieken te leren beheersen.

15D Wordt er gebruik gemaakt van het instrument 'Voor en nadelen balans'?

Vier zoco's geven aan dit hulpmiddel niet te kennen. Een zoco geeft aan dat het instrument risico-inventarisatie dat nu een informeel onderdeel is van Herstelwerk op die manier ingezet zou kan worden.

15^E Wordt er gebruik gemaakt van bemoeizorg/ingrijpen?

De zoco's wijzen op de mogelijkheid dat de rechter ingrijpt, dan wordt de cliënt gedwongen of vrijwillig opgenomen. In de begeleiding bestaat geen eenduidig beleid. Op de eigen kamer mogen cliënten harddrugs gebruiken, voor het overige lijkt de gevolgde beleidslijn: gedrag is bepalend waarbij de huisregels een richtlijn zijn. Er lijkt geregeld ingegrepen als het gedrag de grenzen te ver te buiten gaat: bij vervuiling kamers of dronkenschap. Het beleid betreffende bemoeizorg is gebaseerd op incidenten en beheersbaarheid, niet op het bieden van verslavingszorg aan de individuele cliënt.

15F Inzet familie en vrienden?

Inzet van familie en vrienden wordt door drie zoco's als belangrijk instrument gezien. De mogelijkheden zijn beperkt omdat de meeste cliënten weinig/geen familiecontacten meer hebben.

15G Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen?

Drie van de zes zoco's geven aan dat dit niet gebeurt. Op een vierde locatie is er een 'overweginggroep' waarbij een SPV-er, een psycholoog en een ervaringsdeskundige aanwezig zijn. Cliënten worden voor hun aanwezigheid beloond met ene pakje shag. De bijeenkomst is slecht bezocht.

15H Wordt het instrument Crisiskaart of terugval preventieplan ingezet

Drie zoco's geven aan dat ze bezig zijn dit instrument in te voeren.

15I Wordt er gebruik gemaakt van het hulpmiddel screening: testen op drugsgebruik?

Vijf zoco's geven aan dat screening op drugsgebruik niet beleidsmatig wordt ingezet. Drie zoco's geven aan dat het op individueel niveau wel wordt ingezet.

15J Wordt er gebruik gemaakt van counselingstechnieken: ondersteuning bij trek, terugval en risicosituaties?

Vijf van de zes zoco's geven aan dat Counseling niet beleidsmatig als instrument van begeleiding wordt ingezet.

16 Op welke manier verstoort de psychiatrische stoornis het streven naar herstel?

Twee zoco's hebben deze vraag beantwoord en geven aan dat psychiatrische symptomen zoals lusteloosheid, gebrek aan concentratievermogen en wanen het proces van herstel belemmeren.

18A Vormt de psychiatrische stoornis een integraal onderdeel van de krachtgerichte begeleiding en wordt de stoornis hierin besproken?

Zoco's geven op deze vraag zeer van elkaar afwijkende antwoorden. Sommigen vinden dit een onderwerp voor de behandelaar, anderen zeggen dat de meeste cliënten geen enkel ziekte-inzicht hebben en er dus ook niet over willen/kunnen praten. Er wordt wel over gesproken maar meer onderling en met de behandelaar. Het lijkt onduidelijk waar de grens ligt tussen behandeling en begeleiding.

18B Worden er op de locatie MDO's georganiseerd: Multi disciplinair overleg over cliënten

Op drie van de vijf locaties heeft men een (soort) MDO. Op twee locaties niet. In de TKB richt men zich op de positieve krachten en niet op de problemen. Drie zoco's geven aan dat het organiseren van een MDO belangrijk wordt gevonden omdat het een onmisbare aanvulling is op de TKB. Een MDO richt zich juist veel meer op de psychische en/of lichamelijke problemen.

18C bestaat er een koppeling tussen behandel- en begeleidingsplannen?

Vier zoco's hebben deze vraag beantwoord. Drie van hen geven aan dat er geen of nauwelijks een koppeling bestaat. Op de vierde locatie worden GGZ behandelplan, GGD behandelplan en begeleidingsplan wel besproken en op elkaar afgestemd.

18D Signaleringsplannen

Vier van de zes zoco's hebben deze vraag beantwoord. Op drie locaties wordt er gewerkt met signaleringsplannen. Op de vierde locatie is het aanwezig maar wordt er nauwelijks iets mee gedaan.

19: Welke opmerking zou jij zelf nog willen toevoegen over het onderwerp; 'De toepasbaarheid van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming'.

Twee zoco's hebben deze vraag beantwoord. Zij geven aan dat Herstelwerk een mooie methodiek is maar hebben grote twijfels over de toepasbaarheid ervan bij de doelgroep in hun zorgpad. Een zoco geeft aan dat de planningscyclus steeds meer ervaren wordt als een bureaucratische verplichting.

6.2 RESULTATEN INTERVIEWS COLLEGA'S VAN GGZ KETENPARTNER

De interviews van de collega's van GGZ zijn gericht op het beantwoorden van deelvraag 11: *Welke ervaringen hebben de betrokken behandelaars met de toepassing van de methodiek Herstelwerk op cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming?* Alle geïnterviewde collega's van GGZ bevestigen het beeld dat al is geschetst door de zoco's, kleuren het verder in en geven het meer diepte. Hieronder een samenvatting van de synthese van de meningen betreffende de belangrijkste onderwerpen uit de topiclist (zie bijlage 15).

Waar ligt de focus bij de behandeling in het zorgpad stabilisatie en bescherming?

Gestabiliseerd houden, het voorkomen van terugval, is de belangrijkste focus. Tegelijkertijd is het van belang de focus altijd ook gericht te hebben op mogelijkheden tot herstel. Deze cliënten zijn wel ernstig beschadigd dus de mogelijkheden tot herstel zijn beperkt.

Waar moeten we aan denken als we het hebben over de mogelijkheden voor herstel van deze cliënten?

Vanuit de optiek van de psychiatrie, zijn deze patiënten al gestabiliseerd en een eind op weg met herstel. Dat wil niet zeggen dat ze in de eindfase van hun herstel definitief bereikt is. Het gaat daarbij om kleine stapjes: het aanleren van woonvaardigheden, mogelijk herstel van contacten met de familie, misschien het opstarten van dagbesteding. Er is zeer veel geduld nodig want de vooruitgang gaat meestal zeer langzaam en de kans op terugval is groot.

In hoeverre zijn deze cliënten onherstelbaar beschadigd?

Deze patiënten zijn ernstig gehandicapt door hun dubbele stoornis. De krachten om te herstellen zijn ernstig aangetast. De doelen moeten daaraan aangepast worden. Het is soms al een hele overwinning voor een cliënt dat hij zijn alcoholconsumptie kan terugbrengen van 10 naar 5 halve liters per dag. Dat is een al belangrijk succes. En heel soms gebeurt er een echt wonder en herstelt een patiënt bijna volledig.

Hoe kunnen we focussen op de positieve krachten als de problematiek zo verheersend op de voorgrond staat?

Dat is bij deze cliënten inderdaad een grote kunst. Bejegening en communicatie spelen daarin een centrale rol. Ook de grote problemen zoals verslaving kan de begeleiding op een krachtgerichte manier in gesprek brengen.

Welke hulpmiddelen en instrumenten zijn beschikbaar om de begeleiding vorm te geven op het gebied van verslavingszorg?

Op het gebied van begeleiding rondom verslaving zijn er stappen vooruit te zetten met het inzetten van een scala aan hulpmiddelen als signaleringsplannen (signaleringsplannen, 2014), klinische lessen, Terugvalpreventieplannen (Behandelhulp.nl), cursussen motiverende gespreksvoering en eventueel operante conditionering (Mensensamenleving, 2014), motiverende gespreksvoering wordt daarbij gezien als een onmisbare basisvaardigheid.

In hoeverre is volledige integratie in de maatschappij een realistische optie?

Het is al winst als deze patiënten stabiel blijven. Herstel is bij de meeste cliënten mogelijk maar het draait daarbij meestal om zeer kleine stapjes.

In welke fase van de krachtgerichte begeleidingscyclus speelt de begeleiding zich af in dit zorgpad?

Cliënten bevinden zich in de opstartfase van de methodiek: de motivatiefase. De begeleiding moet proberen aansluiting te vinden bij het motivatieniveau van de patiënt, op zoek gaan naar de positieve krachten om die te gebruiken om de cliënt te motiveren om te gaan werken aan zijn/haar herstel. De begeleiding speelt zich volledig af in de beginfase van de methodiek: het zoeken van aansluiting bij de patiënt.

In hoeverre heeft de cliënt zelf de regie over zijn leven in handen?

Patiënt heeft in principe de eigen regie over het leven totdat er, wegens het ontstaan van gevaar, via de rechter, dwangmiddelen moeten worden ingezet. Dat is de wet. De begeleiding geschiedt dus formeel gehele op vrijwillige basis. De patiënt maakt altijd zijn eigen keuzes. Je kunt daar als behandelaar of begeleider invloed op uitoefenen door er sturing op te zetten of zelfs enige drang voor inzetten, maar uiteindelijk is de patiënt volledig toerekeningsvatbaar en dus vrij in zijn keuzes.

Hoe verhoudt zich dat met beheersmaatregelen: huisregels en sanctiebeleid?

Naast een vrije wil en zelfbeschikkingsrecht die, zoals voor elk vrij mens gelden, zijn er ook regels en wetten waar iedereen zich aan moet houden. Buiten is dat de wet en binnen de voorziening zijn dat de huisregels en daar tekent de patiënt zelf voor. Houdt hij./zij zich daar niet aan, dan kiest de patiënt ervoor de consequenties daarvan te aanvaarden. Die consequenties moeten er dan ook zijn. Op den duur zullen de meeste patiënten dan eieren voor hun geld gaan kiezen. Als een patiënt zich doelen heeft gesteld, dan betekent dat vrijwel altijd dat hij/zij ook wat aan de problemen, zoals de verslaving, zal moeten doen. Het is de kunst die twee factoren te integreren in het vormgeven van de begeleiding.

Hoe wordt er gekeken naar de samenwerking tussen behandelaars en begeleiders?

Ook de begeleiding gaat steeds meer begeleiden op de problemen. Ze zijn daar ook beter toe in staat dan de behandelaar die veel verder af staat van de patiënt. GGZ kan hen daarvoor de instrumenten en kennis overdragen om daar op een professionele manier mee aan de slag te gaan.

Behandelplanbesprekingen: daarbij is vaak de begeleider aanwezig maar lang niet altijd

Afstemming behandelplan en begeleidingsplan: het begeleidingsplan zou een op een moeten voortvloeien uit het behandelplan: in de praktijk bestaat er weinig directe koppeling tussen de twee plannen.

MDO: op drie locaties is sprake van een regulier MDO.

Aanwezigheid begeleider bij gesprek tussen patiënt en behandelaar: is lang niet altijd het geval.

Informeel overleg: gebeurt veel door de geregelde aanwezigheid van SPV-ers en psychiaters op locatie.

Alle geïnterviewden vinden dat er in de samenwerking en de afstemming tussen behandeling en begeleiding nog stappen vooruit gezet kunnen worden.

6.3 RESULTATEN ENQUÊTE

6.3.1 Inleiding

Met de enquête is naar een antwoord gezocht op operationele vraag 9:

Wat zijn de ervaringen van de betrokken persoonlijk begeleiders, die de methodiek in praktijk brengen, met de methodiek?

Wat zijn de voor en nadelen en welke belemmeringen/knelpunten komen zij tegen bij het toepassen van de methodiek Herstelwerk?

Op de vijf onderzochte woonlocaties werken in totaal 41 persoonlijk begeleiders. 24 van hen hebben de enquête ingevuld en geretourneerd. Dat is een response van 55%. In bijlage 17 is het enquêteformulier terug te vinden. De enquête bestaat uit een kwalitatief en een kwantitatief gedeelte.

6.3.2 Beschrijving resultaten enquête

Kwalitatief

In bijlage 18 (Enquête resultaten kwalitatief) is het verzameldocument opgenomen met de resultaten van het kwalitatieve gedeelte van de enquête. Daarin zijn de antwoorden, van alle PB-ers op elke specifieke vraag, samengebracht. Vervolgens is op basis daarvan een samenvatting/synthese op hoofdlijnen geformuleerd. Alleen deze samenvattingen op hoofdlijnen zijn hieronder opgenomen.

Kwantitatief

Het gestructureerde deel bestaat uit gesloten vragen met intervalvariabele antwoordschalen. In bijlage 19 (Enquête resultaten kwantitatief) zijn de met SPSS verwerkte uitkomsten weergegeven. Hieronder zijn alleen de percentages weergegeven.

Uitkomsten van de enquête

Vraag 1: Welke opleiding(en) heb je gedaan?

70% van alle persoonlijk begeleiders in het zorgpad heeft een HBO opleiding, 30% een MBO opleiding. Het voor de functie vereiste opleidingsniveau is MBO.

2: Van hoeveel cliënten ben jij de persoonlijk begeleider?

Het aantal cliënten dat begeleid wordt door een persoonlijk begeleider ligt nu op 7 bij een volledige 36-urige werkweek. Enkele jaren geleden lag dit op 5 cliënten per PB-er.

3: Heb je de cursus Herstelwerk gedaan die is georganiseerd door HVO-Querido?

Alle PB-ers zijn opgeleid om Herstelwerk te kunnen toepassen.

4: Hoe veel jaren werk je met de begeleidingsmethode Herstelwerk?

Meer dan 90% van alle begeleiders werken twee jaar of langer met Herstelwerk.

5: Het lukt altijd/meestal/soms/niet om, samen met mijn cliënten, een inventarisatie van krachten op te stellen. Het volgende beeld komt naar voren uit de antwoorden: (1) De PB-ers vinden de uitgangspunten van het document prima (2) Alle PB-ers signaleren problemen met de toepassing in de praktijk waarbij de volgende redenen genoemd worden: (3) De KI te hoge eisen stelt aan de cliënt omdat ze vaak niet in staat zijn te reflecteren en een zeer korte spanningsboog hebben (4) Persoonlijke begeleider is de eigenaar van het document want de PB-er en niet de cliënt investeert in het document, (5) De halfjaarlijkse cyclus werkt soms demotiverend op cliënten als doelen niet behaald worden; het onttaardt op den duur in een herhaling van zetten omdat er weinig veranderingen te melden zijn.

Altijd	0%
Meestal	37,5%
Soms	62,5%
niet	0%
Missing	0%

6: Het lukt altijd/meestal/soms/niet om, samen met de cliënt, een actieplan op te stellen. Veel dezelfde argumenten als bij de vraag 5 over de KI. Bij gemotiveerde cliënten werkt het goed. Maar de meeste cliënten zijn niet geïnteresseerd. Dan wordt de PB-er de eigenaar van het document. Met het vertalen van grote doelen naar kleine stapjes speelt de PB-er vaak een sturende rol.

Altijd	4,2%
Meestal	37,5%
Soms	58,3%
niet	0%
Missing	0%

7: Het lukt altijd/meestal/soms/niet om, samen met mijn cliënten, het evaluatieformulier in te vullen. De algemene opinie is; onbruikbaar en nodeloos ingewikkeld formulier.

Altijd	8,3%
Meestal	12,5%
Soms	29,2%
niet	50%
Missing	0%

8: Het lukt altijd/meestal/soms/niet om een cliënt in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking (TKB). Vrijwel alle PB-ers beschouwen de TKB als een nuttig instrument om nieuwe ideeën op te doen. In hoofdlijnen worden twee problematische ontwikkelingen gesignaleerd: (1) omdat cliënten langere tijd in de woonvoorziening verblijven, levert de TKB na verloop van tijd geen nieuwe ideeën meer op. Het dan toch verplicht stellen voor PB-ers om cliënten in te brengen gaat op den duur contraproductief werken. (2) omdat cliënten soms zelf niet gemotiveerd meewerken worstelen veel PB-ers met de scheidslijn tussen het inbrengen van de doelen van de cliënt en hun eigen doelen met de cliënt.

Altijd	58,3%
Meestal	29,2%
Soms	0%
niet	8,3%
Missing	4,2%

Vraag 9 (over de toepasbaarheid van krachtprincipe 1)

In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming het vermogen hebben om te herstellen?

Samenvatting: de verslaving en stoornis van onze cliënten frustreren de motivatie om te werken aan herstel bij de meeste cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming.

Niet	0%
Enigszins	91,7%
Grotendeels	8,3%
Volledig	0%
Missing	0%

Vraag 10 (over de toepasbaarheid van krachtprincipe 2)

In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?
 Samenvatting: de meeste PB-ers staan achter het principe van het inzetten van zoveel mogelijk hulpbronnen. In de praktijk bestaan daar echter maar zeer beperkte mogelijkheden voor. De banden met familie en de rest van de maatschappij zijn meestal definitief verbroken. Verreweg de meeste hulpbronnen bestaan uit professionals, instanties en vrijwilligers.

Niet	12,5%
Enigszins	79,2%
Grotendeels	4,2%
Volledig	4,2%
Missing	0%

Vraag 11 over toepasbaarheid van krachtprincipe 3

In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven in een door henzelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?

Samenvatting: veel cliënten hebben in zoverre de eigen regie dat ze voor dit bestaan van verslaafde gekozen hebben en daar helemaal niet af willen. De PB-er kan dan veranderingen stimuleren maar vindt geen gehoor bij de cliënt. Cliënt pakt pas de regierol op als hij/zij zelf verandering wil. Dat komt sporadisch voor.

Niet	4,2%
Enigszins	66,7%
Grotendeels	25%
Volledig	4,2%
Missing	0%

Vraag 12 (over de toepasbaarheid van krachtprincipe 4)

In hoeverre lukt het in de begeleiding de focus te leggen op de individuele krachten?

Samenvatting: PB-ers staan allen achter dit uitgangspunt en proberen dat gemotiveerd in de praktijk te brengen.

Bijna nooit	8,3%
soms	25%
Geregeld	50%
Vaak	12,5%
Altijd	4,2%
Missing	0%

Vraag 13 (over de toepasbaarheid van krachtprincipe 5)

In hoeverre lukt het hulpbronnen in de omgeving in te zetten in de begeleiding?

Samenvatting: de werkomgeving van de cliënten is dagbesteding. Dagbesteding is geen natuurlijke werkomgeving, het is een onderdeel van de hulpverlening waar cliënten elkaar, geïsoleerd van de samenleving, treffen.

Nooit	4,2%
Bijna nooit	37,5%
Soms	50%
Geregeld	8,3%
Missing	0%

Vraag 14 (over de toepasbaarheid van krachtprincipe 6)

In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?

Samenvatting: veel cliënten hebben in zoverre de eigen regie dat ze voor dit bestaan van verslaafde gekozen hebben en daar helemaal niet af willen. De PB-er kan dan veranderingen stimuleren maar vindt geen gehoor bij de cliënt. Cliënt pakt pas de regierol op als hij/zij zelf verandering wil. Dat komt sporadisch voor.

Geheel niet	0%
Beperkt	45,8%
Grotendeels	54,2%
Missing	0%

Vraag 15

In hoeverre zijn cliënten gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?

Geheel niet	4,2%
-------------	------

Beperkt	79,2%
Grotendeels	16,7%
Geheel	0%
Missing	0%

Vraag 16

In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?

Samenvatting: zie vraag 15.

Geheel niet	0%
Beperkt	75%
Grotendeels	25%
Geheel	0%
Missing	0%

Vraag 17

In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelatie op te bouwen met je cliënten?

Samenvatting: PB-ers staan achter dit uitgangspunt en proberen dat gemotiveerd in de praktijk te brengen.

Niet	0%
Zeer beperkt	0%
Redelijk goed	50%
Goed	45,8%
Missing	4,2%

Vraag 18

In hoeverre lukt het je cliënten om in een natuurlijke omgeving te werken?

Niet	4,2%
Soms	45,8%
Vaak	37,5%
Altijd	12,5%
Missing	0%

Vraag 19

In hoeverre lukt het je cliënten om gebruik te maken van de samenleving als hulpbron?

Niet	12,5%
Soms	87,5%
Vaak	0%
Altijd	0%
Missing	0%

Vraag 20 (over de methodiek in het algemeen)

Samenvatting: het is een mooie methodiek maar er bestaan onder een groot aantal PB-ers twijfel over de toepasbaarheid bij de doelgroep cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming omdat de methodiek onvoldoende aansluit bij de leef- en belevingswereld van de cliënt met een dubbele diagnose.

6.4 RESULTATEN INTERVIEW SPECIALIST

Via het interview van de specialist werd operationele vraag 12 beantwoord: *Wat zeggen de specialisten in de methodiek over de ervaringen met de toepassing van de methodiek zoals die geformuleerd zijn in de operationele vragen 9, 10 en 11?* Zie bijlage 16 (Interview specialist), voor de topiclist, het gecodeerde interview en de samenvattingen per antwoord. De vragen in topiclist vloeien voort uit de uitkomsten van de interviews van de zorg coördinatoren en de enquête onder de persoonlijk begeleiders. Het interview met de specialist is na afloop gecodeerd om de antwoorden één op één terug te koppelen aan de vragen in de topiclist. Daarna zijn de door de geïnterviewde gegeven antwoorden per vraag samengebracht. Ten slotte is een korte samenvatting geformuleerd op elk door de specialist gegeven antwoord. Alleen deze samenvatting is in eindrapport opgenomen (zie onder).

2 Hoe gaat het met de invoering van Herstelwerk?

We zijn nu twee jaar onderweg. Voor het gehele traject staat vijf jaar. Er zijn nu al resultaten te zien, vooral in de houding (attitude) van de persoonlijk begeleiders. Men lijkt gewend om niet alleen over de problemen te praten die men tegen komt maar ook meer aandacht te geven aan de successen die men zelf als begeleider behaalt. Ook zijn vele voorzieningen

zelf al in de weer gegaan met het krachtgericht herschrijven van bijvoorbeeld de huisregels. Er zijn al duidelijke signalen dat de nieuwe manier van denken aan het indalen is in de teams.

4B – Over de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

Vanuit de ontwikkelaars van de methodiek wordt erkend dat de vraag hoe je vanuit een totaalbeeld van de cliënt, inclusief problemen, toch de focus blijft houden op dat wat goed gaat, nog niet goed is beantwoord. Er wordt over nagedacht om de risico-inventarisatie te verbinden aan de krachteninventarisatie om zo inzicht te verkrijgen in de draagkracht van een cliënt.

4C Over de regie van de cliënt over de begeleiding

Het klopt inderdaad dat de cliënt in het zorgpad stabilisatie en bescherming niet de eigen regie over het leven heeft maar waar je naar toe moet werken als begeleider. Een positieve benadering, gericht op het bieden van perspectief, is daarbij wel van levensbelang.

4D De werkrelatie is primair en essentieel

Is van groot belang om wat te bereiken, daar is iedereen het over eens.

Dus de vraag van de cliënt staat niet centraal in de TKB?

In de TKB bespreek je hoe je de begeleiding gericht op de positieve krachten vormgeeft. Meer beheersmatige en op ingrijpen gerichte maatregelen bespreek je in de teamvergaderingen.

In de begeleiding staat de cliënt centraal maar in de TKB staat de begeleider centraal. De cliënt mag dan ook niet aanwezig zijn. Je bespreekt het proces van begeleiden met je collega's en de problemen waar jij als begeleider tegenaan loopt. Natuurlijk moeten de doelen die de begeleider inbrengt aansluiten (congruent zijn) bij de doelen van de cliënt zelf.

6 Over problemen in de opstartfase

Het intakeverslag is inderdaad een momentopname en daarom moeten we nu als zoco, als we meer willen weten over de achtergronden van een cliënt, zelf actief op zoek gaan naar achterliggende informatie.

Er kan nog een verdiepingsslag gemaakt worden betreffende de krachteninventarisatie. Daar kan veel uitgebreider in worden opgenomen wat de cliënt allemaal wel kan en wel doet. Zo kan je een veel completer beeld van de cliënt formuleren.

7 Over de planningscyclus

Volgens de methodiek moet inderdaad 80% van de werktijd van een persoonlijk begeleider besteed worden aan cliëntcontacten en dat wordt nu niet gehaald. Ik persoonlijk vind de halfjaarcyclus zoals die nu is ook te zwaar voor de persoonlijk begeleiders. De cyclus zou ondersteunend moeten werken, nu lijkt het een doel op zich te zijn geworden. De planningscyclus is in strikte zin geen onderdeel van de methodiek maar er is gefietst door de organisatie om redenen van beheersing en controle. Ook vanuit de HKZ is dat een vereiste. Het blijkt dat er soms frictie ontstaat tussen de planningscyclus en de werkprincipes van de methodiek. Ik vind dat we in de organisatie flexibeler zouden moeten omgaan met de cyclus en ik hoop dat dit gaat gebeuren bij de invoering van de zorgprogrammering. Als vanaf de werkvloer een duidelijk signaal komt, dan moet daar ruimte voor zijn.

8 Over de drie extra drempels

Soms is het beter niet direct de begeleiding te richten op problemen als verslaving of stoornis maar gewoon aan de slag te gaan met praktische zaken als dagbesteding en kamer schoonhouden. Daar bereik je soms betere resultaten mee.

9 Over aanvullende instrumenten bij Herstelwerk?

Ook de begeleider werkt volgens de krachtprincipes van Herstelwerk. Hij zet dus zoveel mogelijk de hulpmiddelen in uit zijn omgeving die nuttig kunnen om bepaalde doelen te bereiken. De werkrelatie met de ketenpartners spelen daar een belangrijke ondersteunende rol in. Binnen HVO-Querido wordt gewerkt aan een breder, aan een zorgpad gekoppeld, aanbod van bijvoorbeeld cursussen motiverende gespreksvoering.

7 CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

7.1 Conclusie deelvraag 1

Op basis van de beantwoording van deelvraag 1; 'Wat is het effect van een dubbele diagnose, om zowel verslaafd te zijn als een psychiatrische stoornis te hebben, op de regie over het eigen leven?' kan de volgende conclusie worden getrokken:

- (1) Cliënten met een dubbele diagnose zijn door hun verslaving en stoornis, (gedeeltelijk) de regie over hun leven kwijtgeraakt. De symptomen die horen bij psychiatrische kwetsbaarheid, ondermijnen de energie en motivatie om aan herstel te werken. Door de verslaving is de motivatie en eigen regie in het leven voornamelijk gericht op het in standhouden van de verslaving. Verslaving en psychiatrische stoornis vormen samen een dubbele belemmering om de motivatie te vinden om aan herstel te werken.

7.2 Conclusies deelvraag 2

Op basis van de beantwoording van deelvraag 2, *‘Wat houdt Herstelwerk in en wat zegt de methodiek over de toepassing ervan op cliënten met een dubbele diagnose?’* kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- (2) Herstelwerk is een basismethodiek voor de begeleiding van alle doelgroepen die ondersteuning nodig hebben
- (3) De begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose speelt zich uitsluitend af in de opstartfase van de cyclus in de methodiek: de zoektocht naar motivatie bij de cliënt om te gaan werken aan het oppakken van de eigen regie op het leven
- (4) De methodiek Herstelwerk reikt geen specifieke instrumenten aan om in deze ‘aansluitingsfase’ de begeleiding vorm te geven.
- (5) Om een beter zicht te krijgen op de toepassing van Herstelwerk bij de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose is zij vergeleken met alternatieve begeleidingsmethodieken die ook krachtgericht zijn maar specifiek ontwikkeld voor de toepassing bij cliënten met een dubbele diagnose. Onderzocht zijn de door het Trimbos Instituut ontwikkelde *‘Handreiking voor het vormgeven van de begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose’* en de IDDT, de geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose, zoals die is ontwikkeld door het CEBP. Uit dit *benchmark* onderzoek blijkt dat er een scala aan instrumenten en hulpmiddelen beschikbaar is, vooral gericht op het begeleiden van ernstig verslaafde cliënten.

7.3 Conclusies deelvraag 3

Op basis van de beantwoording van deelvraag 3, *‘Wat zijn de knelpunten in de toepassing van de methodiek Herstelwerk in het zorgpad stabilisatie en bescherming volgens de verschillende bij de begeleiding betrokken beroepsgroepen?’* kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- (6) Binnen de organisatie is voldoende expertise over de methodiek aanwezig
- (7) Persoonlijk begeleiders zijn voldoende opgeleid
- (8) De meeste persoonlijk begeleiders in het zorgpad staan achter de uitgangspunten van de methodiek
- (9) De groei van de zelfredzaamheid van cliënten binnen het zorgpad stabilisatie en bescherming is zeer beperkt
- (10) Door de huidige inzet van de methodiek dreigen de problemen en kwetsbaarheden van de cliënt uit beeld te raken
- (11) Het probleem verslaving staat op de voorgrond bij deze doelgroep. De methodiek reikt onvoldoende instrumenten aan om cliënten daarin te begeleiden
- (12) Om in deze lacune te voorzien wordt op dit moment meer samenwerking gezocht met GGZ instellingen (MDO's, klinische lessen, etc.).
- (13) Van vier van de zes krachtprincipes van Herstelwerk is de toepasbaarheid bij deze doelgroep gering: (1) het vermogen het leven weer in eigen hand te nemen, (2) cliënten hebben de regie over de begeleiding, (3) de focus ligt op werken in de gemeenschap, (4) de samenleving is een oase van hulpbronnen.
- (14) De planningscyclus komt niet verder dan de motivatiefase door het ontbreken van motivatie bij de cliënt. De halfjaarcyclus schiet in het zorgpad stabilisatie en bescherming zijn doel voorbij. De cyclus sluit niet aan bij het tempo van herstel en leidt op de lange duur tot demotivatie bij zowel cliënt als begeleider.
- (15) De TKB wordt door de begeleiders beschouwd als een waardevol instrument. Inflatie van het instrument dreigt als de aanleiding voor het houden van een TKB de planningscyclus is en niet de hulpvraag van de cliënt of begeleider.
- (16) Het evaluatieformulier is, zoals het nu is vormgegeven, niet werkbaar. Het is te lang en te ingewikkeld.

7.4 Conclusies centrale onderzoeksvraag

Op basis van de antwoorden op de deelvragen 1 t/m 3 kunnen de onderstaande conclusies getrokken worden betreffende de centrale onderzoeksvraag:

In hoeverre is de methodiek Herstelwerk toepasbaar op de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose en welke factoren in de methodiek en kenmerken van de doelgroep spelen hierin een essentiële rol.

- (A) Het centrale uitgangspunt van de methodiek, leg de focus op de positieve krachten van een cliënt, wordt door de professionals werkzaam in het zorgpad breed ondersteund.

- (B) De problematiek rond verslaving ligt sterk op de voorgrond bij deze doelgroep. Omdat in de methodiek de focus op de positieve krachten wordt gelegd, bestaat er een grote neiging om de problemen te negeren. Omdat het om een basismethodiek gaat, wordt er op het gebied van het begeleiden van ernstig verslaafden nauwelijks ondersteuning geboden vanuit de methodiek.
- (C) Herstelwerk is een basismethodiek die ingezet kan worden voor een breed spectrum van meer of minder zelfredzame doelgroepen. Het begeleiden van de specifieke doelgroep dubbele diagnose concentreert zich geheel op de eerste fase van de begeleidingscyclus zoals deze in de methodiek wordt omschreven: de motivatiefase. Slechts 5% van de cliëntengroep lukt het door te groeien naar de tweede fase, de uitvoeringsfase. Bereikt een cliënt deze fase, dan verhuist hij weg uit het zorgpad stabilisatie en bescherming. Voor het vormgeven van de begeleiding in dit zorgpad wordt slechts een klein gedeelte van de begeleidingscyclus ingezet.
- (D) Voor deze eerste motivatiefase, die van groot belang is voor het begeleiden van cliënten die ernstig verslaafd zijn, reikt Herstelwerk geen instrumenten aan om de begeleiding vorm te geven.

7.5 Aanbevelingen

1 Blijf Herstelwerk hanteren als basismethodiek binnen de gehele organisatie

De uitgangspunten van Herstelwerk worden in het zorgpad stabilisatie en bescherming breed ondersteund. Het is de manier waarop de methodiek, bij alle zo verschillende doelgroepen binnen HVO-Querido, op precies dezelfde wijze moet worden toegepast die leidt tot knelpunten. Het moet een hulpmiddel zijn en geen harnas.

2 Pas de methodiek aan de doelgroep aan

Ga flexibeler om met de methodiek en stem de toepassing ervan af op de specifieke doelgroep. Verdiep en verbreed de methodiek door in elk zorgprogramma/zorgpad te zoeken naar een manier van toepassen die aansluit bij de fase waarin de doelgroep zich bevindt. Vul de methodiek aan met andere instrumenten en hulpmiddelen die hun effectiviteit in de praktijk bewezen hebben. Voor het zorgpad bescherming en stabilisatie kan daarvoor gekeken worden naar krachtgerichte methodieken die speciaal ontwikkeld zijn voor het begeleiden van ernstig verslaafde en dubbele diagnose cliënten (zoals ontwikkeld door het Trimbos Instituut en de geïntegreerde behandelingsmethoden)

3 Onderzoek welke instrumenten uit vergelijkbare methodieken als die van het Trimbos Instituut en IDDT, een waardevolle aanvulling zouden kunnen betekenen voor de begeleiding van cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming.

Het gaat hierbij om aanvullingen en uitbreiding van de ter beschikking van de begeleiding staande hulpmiddelen. Omdat de in de benchmark onderzochte methodieken ook uitgaan van de krachtgerichte basismethodiek, zal dit leiden tot een verhoging van de effectiviteit van Herstelwerk in het zorgpad.

3 Ga flexibeler om met de planningscyclus

Stem de lengte van de planningscyclus af op de mate van zelfredzaamheid van de doelgroep. Het tempo van herstel hangt samen met de mate van zelfredzaamheid van de doelgroep. Breng de frequentie van de planningscyclus in het zorgpad stabilisatie en bescherming terug van een half jaar naar een jaar.

4 Benader problemen krachtgericht

Stimuleer niet alleen de positieve krachten in een cliënt maar ontwikkel een instrument waarmee ook de specifieke problemen van een cliënt krachtgericht benaderd kunnen worden. Zo wordt voorkomen dat de problemen genegeerd worden. Voor het zorgpad stabilisatie en bescherming kan daarbij gedacht worden aan signaleringsplannen, terugval preventieplannen, screening, counseling, motiverende gespreksvoering. Inzet van ervaringsdeskundigen, etc.

5 Ontwikkel motiverende gespreksvoering tot een centraal instrument.

Het is het allerbelangrijkste instrument wat de begeleider ter beschikking staat. Een bij de doelgroep aansluitende en effectieve manier van communiceren is het hoofdbestanddeel van een professionele begeleiding. In de fase waarin de cliënt de motivatie voor herstel nog moet vinden, is dit van essentieel belang.

6 Houd TKB vraaggestuurd

Organiseer alleen een TKB als er een reële vraag ligt van een cliënt of een persoonlijk begeleider. Organiseer geen TKB omdat de planning dat vereist. Alleen dan behoudt het instrument zijn kracht.

7 Streef naar een geïntegreerde benadering van behandeling en begeleiding van de verslaving

Intensiveer de samenwerking tussen begeleiders en behandelaars op het gebied van verslavingszorg. De GGZ instellingen zijn verantwoordelijk voor behandeling van de psychiatrische stoornis en verslaving. Stabilisatie van deze problemen zijn een voorwaarde om aan herstel te kunnen werken. Alleen als behandeling en begeleiding geïntegreerd worden, kunnen zij

effectief zijn. Stimuleer en ontwikkel de samenwerking met de GGZ instellingen en collega's op de werkvloer. Daarbij kan gedacht worden aan: het organiseren van MDO's, het onderling afstemmen van behandel- en begeleidingsplannen, de aanwezigheid van GGZ bij de overdracht en het samen opstellen van signaleringsplannen en Terugvalpreventieplannen.

8 verhoog de expertise betreffende verslavingszorg onder de begeleiders

Door het organiseren van cursussen, het inschakelen van ervaringsdeskundigen en het intensiveren van contacten met de organisaties die expertise hebben ontwikkeld op het gebied van verslaving.

9 Pas het functieprofiel van de persoonlijk begeleider aan op de praktijk

80% van de PB-ers in het zorgpad stabilisatie en bescherming heeft een HBO opleiding. Onderzoek in hoeverre een HBO opleidingsniveau een voorwaarde is om de begeleiding van deze doelgroep op het kwalitatief vereiste niveau te kunnen vormgeven.

Lijst met afkortingen

AP	Actie Plan
CEBP	Centre for Evidenced Based Psychiatry
DSM	Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders
GGD	Geneeskundige en Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
HVO	Hulp Voor Onbehuisden
IDDT	Integrated Dual Disorder Treatment
EP	Evaluatie Plan
EV	Evaluatie Formulier
ISD	Inrichting Stelselmatige Daders
KBM	Krachtgerichte Begeleiding Methodiek
KI	Krachten Inventarisatie
LEDD	Landelijk Expertise en implementatiecentrum Dubbele Diagnose
LVG	Licht Verstandelijk Gehandicapt
MDO	Multi Disciplinair Overleg
OB-er	Ondersteunend Begeleider
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
O&O	Opleiden & Ontwikkelen
PB-er	Persoonlijk Begeleider
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SPV	Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige
TBS	Ter Beschikking Stellen van de regering
TKB	Team Kracht Bespreking
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Bomen
WRAP	Wellness Recovery Action Plan
ZOCO	Zorg Coördinator
ZRM	Zelfredzaamheidmatrix

Lijst van bijlagen

Bijlage 1: blz. 44	Overzicht zorgprogramma's	Bijlage 12: blz. 69	Analyse doorstroming
Bijlage 3: blz. 46	Beschrijving HVO-Querido volgens het 7S model	Bijlage 13: blz. 70	Interviews zoco's
Bijlage 4: blz. 51	Krachteninventarisatie (KI)	Bijlage 15: blz. 112	Interviews GGZ behandelaars
Bijlage 5: blz. 53	Actieplan (AP)	Bijlage 16: blz. 139	Interview specialist
Bijlage 6: blz. 54	Evaluatieverslag (EV)	Bijlage 17: blz. 149	Enquête formulier
Bijlage 7: blz. 59	Eindverslag	Bijlage 18: blz. 154	Enquête resultaten kwalitatief
Bijlage 8: blz. 64	Stappenplan Teamkrachtbespreking (TKB)	Bijlage 19: blz. 166	Enquête resultaten kwantitatief
Bijlage 9: blz. 66	Planning onderzoek		
Bijlage 10: blz. 67	Analyse evaluatieverslagen		

Geraadpleegde websites

- 7smodel.nl (2014). *7-S model*. Opgehaald op 05-05-2014 van <http://www.7smodel.nl/>
- Agressiehanteringstherapie.nl. (2014). *Agressiehanteringstherapie*. Opgehaald op 05-05-2014, van <http://www.agressiehanteringstherapie.nl/userfiles/file/Publicaties/nederlandstalig/Hornsve>
- Blackwellreference.com (2014). *Mentalism*. Opgehaald op 09-05-2014 van http://www.blackwellreference.com/public/tocnode?id=g9781405106795_chunk_g978140510679514_ss1-80
- Crisiskaartggz.nl (2014). *Crisiskaart GGZ*. Opgehaald op 09-05-2014 van <http://www.crisiskaartggz.nl/crisiskaart/>
- DNVBA.com (2014). *HKZ certificering*. Opgehaald op 09-05-2014 van <http://www.dnvba.com/nl/certificatie/managementsystem>
- Dsm5.org. (2014). *DSM5*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Encyclo.nl. (2014). *Psychische aandoening*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.encyclo.nl/begrip/Psychische%20aandoening>
- Encyclo.nl. (2014). *Eigen regie*. Opgehaald op 15-05-2014 van <http://www.encyclo.nl/begrip/eigen%20regie>
- Geestelijkegezondheidszorg.wordpress.com. (2014). Opgehaald op: 09-05-2014 van <http://geestelijkegezondheidszorg.wordpress.com/client-signaleringsplannen/>
- Historylearningsite.co.uk (2014) *Labelling theory*. Opgehaald op 08-05-2014 van http://www.historylearningsite.co.uk/labelling_theory.htm
- HVOQuerido.nl. (2014). *RIBW De Rijswijk*. Opgehaald op 05-05-2014 van <http://www.hvoquerido.nl/rijswijk.html>
- Impuls-onderzoekscentrum.nl. (2014). *Herstelwerk*, Opgehaald op 08-05-2014, op <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/Herstelwerk>
- Ledd.nl. (2014). *Ledd*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.ledd.nl/>
- Mens-en-samenleving.infonu.nl. (2014). *Operante conditionering*. (2014). Opgehaald op 09-05-2014 van <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/psychologie/34498-operante-conditionering-gedragsverandering-door-gevolgen.html>
- OM.nl. (2014). *Maatregel ISD*, Opgehaald op 08-05-2014 van http://www.om.nl/onderwerpen/veelplegers/maatregel_inrichting/
- Patdeegan.com. (1996). *The conspiracy of hope*. Opgehaald op 08-05-2014 van <https://www.patdeegan.com/pat-deegan/lectures/conspiracy-of-hope>
- Projectresilience.com. (2014). *The resilience project*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://projectresilience.com/index.htm>
- Rechterlijkemachtiging.nl (2014). *Rechterlijke machtiging*. Opgehaald op 09-05-2014 van <http://www.rechterlijkemachtiging.nl/>
- RIBW Alliantie.nl (2014). *RIBW alliantie*. Opgehaald op 05-05-2014, van <http://www.ribwalliantie.nl/pagina.asp?id=14>
- Slideshare.net. (2014). *6-W model*. Opgehaald op 05-05-2014, van <http://www.slideshare.net/GerritvanIpkins/reflecteren-6-ws-1x-h>
- SWBU.nl (2014) *WRAP training*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.sbwu.nl/zorgaanbod/wat/werk-en-dagbesteding/cursussen-en-trainingen/wrap-training-word-baas-over-uw-eigen-leven-2/>
- Thesauruszorgenwelzijn.nl. (2014). *Psychische stoornis*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/psychischestoornissen.htm>
- Trimbos.nl. (2014). *Trimbos Instituut*. Opgehaald van <http://www.trimbos.nl/onderwerpen/psychische-gezondheid/schizofrenie>
- Werkplaatssoxo.nl (2014). *Basistraining Herstelwerk*. Opgehaald op 08-05-2014 van http://werkplaatssoxo.nl/files/EFFECTIEF/Infoblad_Basistraining_MO_mei_2010.pdf
- Werkplaatssoxo.nl. (2014). *Academische werkplaats OGGZ*. Opgehaald op 08-05-2014 van <http://www.impuls-onderzoekscentrum.nl/academische-werkplaats-OGGZ>
- Zelfredzaamheidsmatrix.nl. (2014). Opgehaald op 08-05-2014, van <http://www.zelfredzaamheidmatrix.nl/>

Bibliografie

- Baarda, B. (2012). *Basismethodiek Methoden en Technieken*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen
- DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1998). *Towards a comprehensive transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviour*. New York: Plenum Press
- Muusse, C. W. (2012). *Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose*. Utrecht: Trimbo's instituut
- Rapp, C. A. (1997). *The strength model*. New York: Oxford University Press, Inc.
- Ryan, W. (1972). *Blaming the victim*. New York: Random House inc.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma uitgevers
- Wolf, J. (2012). *Handleiding voor een krachtgericht begeleidingstraject*. Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud

Bijlage 1: Overzicht zorgprogramma's naar regio en inhoud

Overzicht zorgprogramma's

Centrum/Oud-west/Noord

Amerbos
Alexandria
BWA (AT-COWN)
Alexandria
De Roggeveen
BW Passeerdersstraat
De Veste
De Rijswijk
Ambulant Team Noord
WOB
BWA (AT-COWN)
De Aak
ACM
P&G292
Passantenverblijf
Mobiel team
SCIP
Trajectbegeleiding
Werkprojecten

Zuid/Nieuw-west

BWA (Atz-nw J)
BW Zuid
BW Nieuw-west Hof van Socrates
Judith van Swethuis
BW Masira
BWA (AT Z-NW)
Straetenburgh
Discus
BW Nieuw-west Noord- zijde

Oost/Zuidoost

VIP
BW Oosterpark
BW Indische buurt
BW Diemen
De Batjan
BWA (AT O-ZO)
Martien Schaaperhuis
Varikstraat
Martien Schaaperhuis
De Vaart
Anton de Komplein
Fleerde
BWA (AT O-ZO)

Opvanghotel Ruysdael

Opvang hotel Osdorp

DAC De Tour
DAC De Miranda
Werkprojecten
JES

Anton de Komplein

Passantenhotel
Passantenhotel Nassau
DAC Linnaeushof
DAC Het Vestzak
Werkprojecten

1. Jongeren Psychiatrische kwetsbaarheid

2. Jongeren Psychosociale kwetsbaarheid

3. Gezinnen: volwassenen/ jongeren Dakloos en psychosociale kwetsbaarheid

4. Volwassenen Psychiatrische kwetsbaarheid

5. Volwassenen Psychiatrische kwetsbaarheid en verslaving

6. Volwassenen Dakloos en psychosociale kwetsbaarheid met/ zonder verslaving

7. Volwassenen Dakloos met medische zorgvraag en meervoudige kwetsbaarheid

8. Volwassenen Prostituees en Slachtoffers mensenhandel

Overbruggingszorg

Dagbesteding

Overzicht zorgprogramma's en zorgpaden naar inhoud

<i>Zorgprogramma</i>	<i>Zorgpad</i>	<i>Aantal teams</i>
1 Jongeren met psychiatrische kwbh	- Begel wonen gericht op ontw. jongeren met (1 ^e) psychose	2 teams (AT ZNW erbij?)
	- Begel wonen gericht op ontw. jongeren met pers.h.	3 zorgpaden samen
2 Jongeren met psychosociale kwetsbaarheid	- Toeleden + voorbereiden zelfst. wonen	2 teams
4 Volwassenen psychiatrische kwbh	- Ontw richting zelfstandig wonen	10 teams
	- Stabilisatie & bescherming	10 teams
5 Volwassenen psychiatrische kwbh + verslaving	- Ontw richting zelfstandig wonen	2 teams
	- Housing first	1 team
	- Stabilisatie & bescherming	6 teams
6 Volwassenen psychosociale kwetsbaarheid met/zonder verslaving	- Ontw richting zelfst wonen verslaving stabiel/afwezig	6 teams
	- Ontw richting zelfst wonen verslaving op voorgrond	2 teams
3 Gezinnen	- Preventie huisuitzetting	2 teams
	- Gezinsonderst gericht op ontw + zelfst wonen	
7 Volwassenen met med. Zorgvraag en meervoudige kwetsbaarheid	- Kortdurende opn gericht op som herstel	1 team
	- Reguliere opn gericht op som herstel (ontw + stab)	
8 Prostituees & Slachtoffers mensenhandel	- MW, preventie & gezondheidszorg voor sexwerkers	1 team
	- Opvang SO mensenhandel gericht op veiligheid + ontw	1 team

Tabel 1: overzicht aantal teams per inhoudelijke overleggen per zorgprogramma/zorgpad

Bijlage 3

BESCHRIJVING HVO-QUERIDO VOLGENS 7-S MODEL

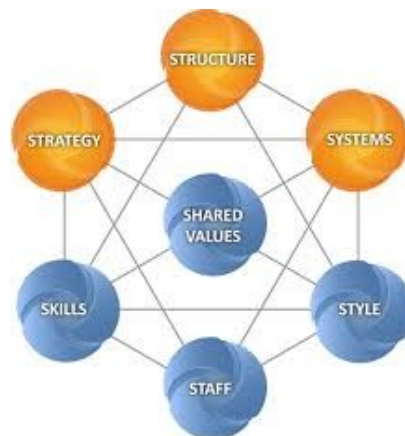
3.1 HVO-QUERIDO

HVO-Querido (HVO-Querido, 2013) is een stichting die in Amsterdam opvang en begeleiding biedt aan cliënten die het (tijdelijk) niet redden om zelfstandig te leven. Binnen HVO-Querido worden veel vele doelgroepen opgevangen met zeer verschillende niveaus van zelfstandigheid. De 50 voorzieningen van HVO-Querido zijn onderverdeeld naar het type zorgprogramma (zie bijlage 1) wat zij bieden.

3.2 BESCHRIJVING VAN DE ORGANISATIE VOLGENS HET ZEVEN-S MODEL

In dit model worden zeven van de belangrijkste aspecten van de organisatie HVO-Querido beschreven. Dit model is oorspronkelijk ontworpen door McKinsey (het 7-S model, 2013) om een analyse te maken van het functioneren van een organisatie als geheel en daaruit conclusies te trekken waar de zwakke punten zitten en hoe op die punten de kwaliteit kan worden verbeterd. Hier wordt het vooral gebruikt als een middel om een beeld te geven van de organisatie als geheel. Het geeft een beeld van de context waarbinnen de probleemsituatie zich voordoet. Een extra reden om deze methode voor dit onderzoek te gebruiken is het feit dat het aspect 'gedeelde waarden' in dit model een centrale rol speelt. Dat sluit nauw aan bij een door solidariteit gedreven organisatie als HVO-Querido.

In dit model is sprake van drie 'harde' aspecten (strategie, structuur en systemen) en vier 'zachte' aspecten (vaardigheden, gedeelde waarden, stijl en staf) waarbij het aspect 'gedeelde waarden' een kernrol speelt. Elk aspect van de organisatie HVO-Querido zal hieronder apart worden beschreven. Ten slotte wordt elk aspect in de context geplaatst van de probleemstelling. Ten slotte zullen de zeven aspecten worden geïntegreerd om een beeld te schetsen van de organisatie als geheel in relatie met de probleemstelling.



Figuur 2: 7-S model

3.2.1 Gedeelde waarden

Eigen regie

Citaat uit het HVO-Querido visie document (Actief en betrokken, 2013):

Eigen regie van mensen is een kernwaarde. Onze cliënten voeren zelf de regie over hun leven en dus ook over de zorg en ondersteuning die zij ontvangen. We respecteren de wensen en opvattingen van de cliënt, versterken zijn kwaliteiten en ondersteunen hem in het verkrijgen van nieuwe vaardigheden en kennis. We stimuleren hem om relaties aan te gaan en te versterken en om 'mee te doen' in de samenleving. In onze zorgverlening werken we met het herstelconcept vanuit cliëntenperspectief: iedere cliënt doorloopt een proces waarin hij (meer) regie neemt over zijn eigen leven en waar mogelijk op de omstandigheden die dat leven beïnvloeden. Dat proces verloopt voor iedereen anders, en vrijwel altijd met vallen en opstaan. We sluiten niemand uit: iedereen heeft recht op onze ondersteuning bij zijn persoonlijk en maatschappelijk herstel.

Het kan voorkomen dat wij de regie in het belang van de cliënt en/of zijn omgeving tijdelijk moeten overnemen. Daarbij handelen we altijd in de geest van de cliënt, is de interventie zo kort mogelijk en altijd gericht op behoud van het contact en het vertrouwen. Zodra dat kan, komt de regie weer bij de cliënt zelf te liggen. (blz. 3)

Relatie met het onderwerp van onderzoek

De eigen regie van cliënten is de kernwaarde die de ziel van de organisatie het scherpst weergeeft en waaruit heel haar functioneren verklaard kan worden omdat alle andere aspecten er van afgeleid kunnen worden. Het onderwerp van dit onderzoek concentreert zich op knelpunten bij de uitvoering van de centrale doelstelling van de organisatie; het herstel van de eigen regie van cliënt over zijn/haar leven. Het, althans tot op zekere hoogte, wegnemen van deze knelpunten is daarom niet alleen van groot belang voor de cliënten maar ook voor de ziel van de organisatie.

3.2.2 Strategie

Strategie

De strategie van HVO-Querido is beschreven in het visiedocument van de organisatie. (Actief en betrokken, 2013). HVO-Querido biedt verschillende vormen van opvang, huisvesting, woonbegeleiding en dagbesteding. Zij ondersteunt de cliënt hiermee gelijktijdig op meerdere levensgebieden: probeert zijn psychisch, lichamelijk en sociaal functioneren te verbeteren én zijn positie als burger in de samenleving te versterken. Als de cliënt dat wil, wordt de omgeving, zijn naasten en andere betrokkenen, daarbij actief betrokken.

Zijn er meerdere partijen betrokken bij de zorgverlening, dan spant HVO-Querido ons in om hun en onze voorzieningen naadloos op elkaar te laten aansluiten en ziet er daarbij op toe dat de hulpvraag van de cliënt de zorg bepaalt en niet het aanbod of de financiering.

Cliënten maken als volwaardig burger deel uit van de samenleving. Dat vraagt een actieve inzet van de cliënt zelf, maar ook van de medewerkers van HVO-Querido, om hem te ondersteunen in zijn/haar rol als deelnemer aan die samenleving.

Missie

HVO-Querido is een zorgverlenende organisatie die werkzaam is in Amsterdam. Zij verleent op alle gewenste leefgebieden ondersteuning aan mensen:

- met grote psychosociale problemen en (dreigende) dak- en thuisloosheid
- met een psychiatrische aandoening, stemming- of persoonlijkheidsstoornis
- met verslavingsproblemen
- met licht verstandelijke beperkingen
- vrouwen en gezinnen met sociaal-maatschappelijke problemen
- die vanwege een justitiële maatregel in aanmerking komen voor huisvesting en begeleiding

Visie

HVO-Querido beschouwt haar cliënten als volwaardige burgers die zo volledig mogelijk deelnemen aan onze maatschappij. Zij voeren zelf de regie over de zorg en ondersteuning die zij daarbij nodig hebben. HVO-Querido respecteert hun opvattingen en ondersteunt hen bij het verkrijgen van nieuwe vaardigheden en kennis om hun maatschappelijk functioneren te verbeteren. Cliënten hebben daarbij recht op een veilig bestaan en zo gewoon mogelijke leefomstandigheden.

In het huidige visiedocument staan, nog meer dan voorheen, de volgende voornemens centraal:

- Het streven naar herstel en sociale en maatschappelijke participatie van de cliënt
- Zo veel mogelijk eigen regie van de cliënt over hun leven en de hulpverlening die zij vragen
- De ondersteuning staat ten dienste van dit streven en is hier methodisch op ingericht

Relatie met onderzoeksonderwerp

HVO-Querido is, als seculiere afsplitsing van het Leger des Heils (geschiedenis HVO-Querido, 2013), een ideële organisatie, gericht op het ondersteunen en stimuleren van mensen die ondersteuning nodig hebben om het eigen leven vorm te geven. Daarbij is het uitgangspunt en het einddoel altijd het herstel van de volledige eigen regie van cliënt over zijn/haar leven.

3.2.3 Structuur

Hiërarchie

In de hiërarchische lijn (Organigram HVO-Querido, 2013) zijn drie beslissingsniveaus te onderscheiden:

1 – het strategische niveau: het management team en de raad van bestuur

Het management team (MT) bestaat uit de drie regiodirecteuren en enkele afdelingshoofden. Samen met de raad van bestuur (RvB) nemen zij beslissingen over de strategie van de organisatie en geven zij het lange termijn beleid vorm.

2 – Het tactische niveau: teammanagers en regiodirecteuren

De regiodirecteuren nemen beslissingen op de middenlange termijn, betreffende de manier waarop de strategie van de organisatie binnen hun regio in de praktijk wordt gebracht. De regiodirecteuren doen dit voor elke locatie in samenwerking met de betreffende teammanager.

3 - Het operationele niveau: de zorgcoördinatoren en de medewerkers

De zorgcoördinatoren sturen het dagelijkse werkproces aan en begeleiden de professionals hierin. De teammanagers zijn hiërarchisch verantwoordelijk voor het functioneren van de voorziening en leggen verantwoording af aan het management team. Daarnaast zijn zij verantwoordelijk voor de externe vertegenwoordiging van de voorziening richting de samenleving.

Relatie met onderzoeksonderwerp

Binnen de organisatie zijn drie niveaus waarop beslissingen genomen kunnen worden: (1) locatieniveau; de teammanager, (2) regioniveau; de regiodirecteur en (3) organisatieniveau; het MT en de RvB. De professionals op de werkvloer krijgen kaders aangereikt waarbinnen zij de begeleiding van cliënten zelf vorm kunnen geven. Het onderzoeksonderwerp, de krachtgerichte begeleidingsmethodiek, is een dergelijk kader.

3.2.4 Systemen

Intranet

Op het intranet zijn alle algemene procedures en protocollen, die HVO-Querido gebruikt als kaders waarbinnen het personeel haar werk doet, beschikbaar: missie, visie, strategie, werkprocessen, procedures en protocollen. Hier zijn ook alle handleidingen, voorbeelddocumenten en formulieren te vinden die betrekking hebben op de krachtgerichte begeleidingsmethodiek.

Elektronisch cliënten dossier

Daarnaast wordt er gebruik gemaakt van een digitaal cliënten volgsysteem. Hierin wordt alle relevante informatie betreffende een cliënt opgeslagen. Het bevat ondermeer de volgende onderwerpen: huisvestinghistorie, diagnose, strafrechtelijk verleden, persoonlijke geschiedenis, familie, financiën, verzekeringen, zorgleveringsovereenkomst en rapportages over het dagelijkse functioneren van de cliënt en incidentenregistratie. In het kader van dit onderzoek zijn vooral de documenten die de cyclus rondom het verloop van de krachtgerichte begeleiding vastleggen van belang.

Relatie met het onderzoeksonderwerp

In het cliënten volgsysteem is informatie beschikbaar over de uitvoering, het verloop en de kwaliteit van de persoonlijke begeleiding van alle cliënten. Voor zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve onderzoeksgedeelte kan hiervan gebruik gemaakt worden. De handleidingen over de begeleidingsmethodiek zijn beknopt. Expertise over dit onderwerp is aanwezig binnen de stafdienst Opleiding & Onderzoek (O&O). Zij zijn betrokken bij het, in samenwerking met de St. Radboud Universiteit van Tilburg, ontwikkelen van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek voor toepassing daarvan op alle doelgroep binnen HVO-Querido. Stafleden hebben vervolgens, in 2011, de methodiek uitgerold binnen heel HVO-Querido. Daarvoor is een apart scholingsprogramma ontwikkeld dat doorlopen is door alle persoonlijk begeleiders binnen de organisatie. Ook alle nieuwe begeleiders doorlopen dit trainingsprogramma. Eens per jaar organiseren stafleden een terugkomdag voor alle teams om het gebruik van de begeleidingsmethodiek te evalueren.

3.2.5 Sleutelvaardigheden

Respect en flexibiliteit

De organisatie werkt op een belangrijk snijvlak in de samenleving, tussen zorgverlening, overlastbestrijding en crimineel gedrag, tussen liefdevolle begeleiding en beheersingsmaatregelen om geweld te voorkomen, tussen verwoestende verslaving en genezing, tussen maatschappelijke ontredde en het hervinden van de eigen regie. Slechts weinig organisaties hebben het personeel in huis met de juiste motivatie en levenshouding om met deze doelgroep te werken. De missie en visie geven aan dat HVO-Querido een idealistische organisatie is en dat vertaalt zich in het personeel dat zij aantrekt. De doelgroep is veelal maatschappelijk ontredde en vaak (extreem) moeilijk in de sociale omgang. Dit vereist zeer specifieke eigenschappen van het personeel zoals: een onbevooroordeelde levenshouding, extreem veel geduld, eerlijkheid, openheid en transparantie in de relatie met cliënten, een professioneel gebruik van de afstand/nabijheid principes in de omgang met cliënten, een flexibele houding en een groot improvisatievermogen. Dat alles is nodig om met deze doelgroep om te kunnen gaan, een vertrouwensrelatie te op te kunnen bouwen om samen te kunnen werken aan het herstel van de eigen regie. Om de discipline op te kunnen brengen de verplichte vaste taken uit te voeren in een omgeving waar de waan van de dag altijd alom aanwezig is, waar verbale en fysieke agressie constant op de loer ligt. Personeel met deze vaardigheden is in ruime mate aanwezig binnen HVO-Querido. Het is bovendien een voorwaarde om deze doelgroep te bedienen. Dat is dan ook een unieke toegevoegde waarde van de organisatie.

Relatie met het onderwerp van onderzoek

De doelgroep is verslaafd en psychisch ernstig beschadigd. Een kwalitatief hoogwaardige begeleiding van deze doelgroep stelt hoge eisen aan de begeleiding. HVO-Querido heeft hiervoor het juiste personeel in huis om deze doelgroep te begeleiden naar een zinvol maatschappelijk leven, het personeel is idealistisch, bevlogen en betrokken. Als er al een groep mensen te vinden is die het lukt deze gemankeerde doelgroep te inspireren, dan zijn het deze teamleden. De vraag of zij ook de juiste expertise in huis hebben, is onderdeel van dit onderzoek.

3.2.6 Managementstijl

Zelfstandig functioneren

Citaat uit het HVO-Querido visie document (Actief en betrokken, 2013):

Waar de cliënt zo veel mogelijk zelf de regie voert over zijn eigen leven, geldt dat ook voor de medewerker. Zijn werk moet uiteraard voldoen aan professionele maatstaven en richtlijnen, maar tegelijkertijd bieden wij hem voldoende ruimte om binnen die kaders zelf invulling te geven aan zijn functie en werkzaamheden. We stimuleren zijn creatieve vermogens en geven maximale ruimte aan innovatieve ideeën. Zo kan hij de cliënt adequaat ondersteunen en diens positie versterken. (blz. 4)

Op de werkvloer is geen direct toezicht op de werkrelatie tussen cliënt en professional. De controle op de kwaliteit van het werk van de persoonlijk begeleider gebeurt achteraf. Van hen wordt een grote mate van zelfstandig functioneren verwacht. De teammanagers hebben, binnen organisatiebrede kaders, een grote mate van zelfstandigheid bij het vormgeven van het locatiebeleid. Binnen de kaders die zijn aangegeven betreffende het toepassen van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek, heeft de persoonlijk begeleider een grote mate van vrijheid in de manier waarop hij/zij de begeleiding vormgeeft.

Organische structuur

Binnen de teams op de locaties functioneert HVO-Querido als een professionele bureaucratie zoals omschreven door Mintzberg (Mintzberg, 2006) want zij voldoet aan de onderstaande kenmerken;

- Er wordt gewerkt met zelfsturende teams waarbinnen een zeer geringe horizontale differentiatie van taken bestaat. Binnen elk team is slechts sprake van twee functiegroepen; persoonlijk en operationeel begeleider.
- Er is nauwelijks sprake van verticale differentiatie. Staf- en hulpdiensten hebben een ondersteunende functie richting de lijn.
- Standaardisatie en formalisatie zijn aanwezig maar wordt vooral aangedreven door de behoefte aan controle door externe partijen. De kerntaak, het opvangen en begeleiden van mensen met grote sociale, maatschappelijke, somatische en psychische problemen, vereist elke dag opnieuw maatwerk en is niet in protocollen te vangen.-
- Methodieken geven een kader waarbinnen de vrijheid van handelen groot blijft.
- Er is sprake van selectieve decentralisatie want er bestaat een zorgvuldige balans in gecentraliseerde en gedecentraliseerde bevoegdheden. Uitgangspunt en beleid binnen de organisatie is dat verantwoordelijkheden zo laag mogelijk in de organisatie geplaatst worden.

Per locatie hangt de stijl van leidinggeven sterk af van de teammanager. In het algemeen functioneren ook de teammanagers binnen de kaders die de organisatie als geheel stelt. De dominante werkcultuur wordt gekenmerkt door openheid, transparantie en dialoog, een grote mate van vrijheid en initiatief van de individuele werknemer op basis van vertrouwen vooraf en controle/verantwoording achteraf. De bedrijfscultuur is een combinatie door wat Harrison & Handy (Handy, 2009) typeren als een rollencultuur waarin de basis wordt gevormd door regels, afspraken, procedures en hiërarchie en een persooncultuur waarin de medewerker centraal staat en voor een groot deel zijn eigen gang kan gaan. De manier waarop de persoonlijk begeleider de begeleiding vorm geeft is bij uitstek het terrein van de begeleider zelf en is moeilijk aan te sturen door de teamleiding die daarvoor afhankelijk is van indirecte middelen.

Relatie met het onderwerp van onderzoek

De begeleidingsmethodiek is één van de kaders waarbinnen de persoonlijk begeleider een grote mate van vrijheid heeft om de begeleiding vorm te geven. Persoonlijk begeleiders geven aan binnen deze kaders vaak niet het gewenste resultaat, herstel van de eigen regie van de cliënt, te kunnen behalen en kunnen daarom niet voldoen aan een van de allerbelangrijkste kernwaarden binnen de organisatie. Dat is van belang voor de betrokken cliënten maar heeft ook een negatief effect op de motivatie van de persoonlijk begeleider.

3.2.7 Personeel

Competenties

Bij de hierboven genoemde aspecten zijn al vele individuele houdingsaspecten en competenties van werknemers die van belang zijn voor de organisatie beschreven. De belangrijkste nog even op een rij:

Houding	Competenties
Idealistische motivatie	Professionele opstelling/bejegening
Onbevooroordeelde levenshouding	Flexibiliteit
Geduld	Improvisatietalent

Mensen die bij HVO-Querido komen werken, selecteren zichzelf uit. Zonder een levenshouding met een open geest waarbij solidariteit voor de medemens in de verdrukking de kernmotivatie vormt, houdt je het niet lang uit bij deze organisatie. De medewerkers worden in het werkzaamheden voornamelijk gemotiveerd door hen verantwoordelijkheid te geven en de mogelijkheid zich te ontwikkelen. Elk teamlid krijgt de mogelijkheid, ter ondersteuning van het hele team, op specifieke gebieden extra expertise te ontwikkelen en daarin door te groeien.

Werkervaring

Er werken relatief gezien veel jonge mensen bij HVO-Querido. Zij hebben tegenwoordig bijna allemaal een relevante opleiding sociaal psychologische verpleging (SPV) of hulpverlening (SPH) of maatschappelijk werk. Hun theoretische (school)kennis is ruim voldoende maar het ontbreekt hen soms aan voldoende werk- en levenservaring. In het aannamebeleid van personeel spelen criteria als betrokkenheid en sociale weerbaarheid een belangrijke rol. Het werk op de werkvloer is zo dwingend en vraagt een dergelijk grote inzet van de staf, dat personeel wat ongeschikt is voor de functie, zichzelf snel uitselcteeert en op zoek gaat naar een andere baan.

Relatie met het onderwerp van onderzoek

Alleen theoretische kennis is niet voldoende om effectief te werken met deze doelgroep. Een open geest en specifieke ervaring met de doelgroep maar ook levenservaring, zijn belangrijke extra kwaliteiten die nodig zijn om de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij deze specifieke doelgroep op een effectieve manier te kunnen inzetten. Juist deze levenservaring ontbreekt soms omdat een groot deel van het personeel jong is.

3.2.8 Conclusie 7-S model

De kernwaarde van de organisatie, herstel van de eigen regie over het leven van de cliënt, is de drijvende motivatie binnen de gehele organisatie. Alle zes andere onderzochte aspecten sluiten hier nauw bij aan en zijn erop gericht deze taak zo goed mogelijk te vervullen. De harde aspecten, de structuur, de systemen en de strategie zijn zo ingericht dat de professional de instrumenten in handen heeft om, op zelfstandige wijze, maatwerk te verlenen aan de cliënt. De visie en de dominante bedrijfscultuur die daarop aansluit, garandeert dat de gewenste sleutelvaardigheden binnen de organisatie ruimschoots aanwezig zijn. Voor de instroom van nieuw personeel worden de juiste criteria aangehouden. De stijl van management sluit over het algemeen aan bij het streven zoveel mogelijk verantwoordelijkheid zo laag mogelijk in de organisatie te verankeren. Gebieden waar HVO-Querido mogelijk nog tekort schiet om haar doelen op een zo efficiënt mogelijke wijze te verwezenlijken zijn (1) tekort aan werkervaring en (2) het gebrek aan uitgebreide kennis over de ingezette methodiek, bij een deel van het personeel op de werkvloer. Daarnaast vormt, wat de organisatie ziet als een kracht, een grote zelfstandigheid van de persoonlijk begeleider in het vormgeven van de begeleiding van een cliënt, tegelijkertijd een gevaar. Omdat de begeleidingsmethodiek zich voornamelijk concentreert op de vertrouwensrelatie tussen de individuele begeleider en de individuele cliënt, heeft de organisatie daar weinig zicht en invloed op. Het is juist daarom dat dit een van de gebieden is waarop dit onderzoek zich zal richten.

Bijlage 4: Krachteninventarisatie (KI)

Naam cliënt:	Naam persoonlijk begeleider:	Datum:
Huidige persoonlijke en sociale hulpbronnen Welke krachten, talenten en mogelijkheden bezit ik nu?	Wensen & ambities Wat wil ik in de (nabije) toekomst?	Persoonlijke en sociale hulpbronnen in het verleden Welke krachten, mogelijkheden en talenten heb ik in het verleden gebruikt?
Veiligheid & bescherming		
Wonen & dagelijks leven		
Financiën & sociale zekerheid		
Kinderen & opvoeding		
(Ex-)partner		
Sociale relaties		
Activiteit, werk & leren		

Vrije tijd & recreatie		
Gezondheid & zelfverzorging		
Zingeving		
Wat zijn mijn prioriteiten?		
1	2	
3	4	
Opmerkingen cliënt	Opmerkingen persoonlijk begeleider	
Datum voor akkoord getekend:		
Handtekening cliënt:	Handtekening persoonlijk begeleider:	
Indien de cliënt niet heeft getekend, wat is hiervan de reden?		

Bijlage 5: Actieplan

Naam cliënt:		Naam persoonlijk begeleider:		Datum:	
Lange termijn hersteldoelen (<i>wensen/dromen/passies</i>):					
Te bereiken korte termijn doelen		Verantwoor- delijkheid	Streefdatum korte	Korte termijndoel	Opmerkingen
Datum voor akkoord getekend:					
Handtekening cliënt:			Handtekening persoonlijk begeleider:		
Indien de cliënt niet heeft getekend, wat is hiervan de reden?					

Bijlage 6: Evaluatieverslag

Naam cliënt:	Naam begeleider:	Datum waarop evaluatieverslag is <u>ingevuld</u>:
Actieve betrokkenheid van begeleider en van derden:		
Geven naast uw begeleider anderen hulp en is die hulp op elkaar afgestemd?		
Krijgt u hulp van mensen uit uw leefomgeving?	ja ☐	nee ☐
Krijgt u hulp van andere instanties c.q. organisaties?	ja ☐	nee ☐
Krijgt u hulp van andere begeleiders van HVO-Querido?	ja ☐	nee ☐
Is alle hulp die u krijgt op elkaar afgestemd?	☐ ① Nooit ☐ ② Soms ☐ ③ Meestal ☐ ④ Altijd	
Wie waren er actief betrokken bij het uitvoeren van uw evaluatie (meerdere antwoorden mogelijk)?		
☐	Uzelf	
☐	Uw begeleider	
☐	Een of meer mensen uit uw leefomgeving, namelijk:	
☐	Een of meer hulpverleners van andere instanties c.q. organisaties, namelijk:	
☐	Een of meer andere begeleiders van HVO-Querido, namelijk:	
Zijn er belangrijke afspraken met actief betrokken derden?	ja ☐	nee ☐
Zo ja, met wie en welke afspraken?		
Zijn er acties nodig ter verbetering van betrokkenheid en afstemming?	ja ☐	nee ☐
Zo ja, met wie en welke acties?		
Doelen stellen en bereiken:		
Aan welke lange termijndoelen heeft u tijdens het begeleidingstraject gewerkt? Raadpleeg het actieplan en benoem de lange termijn-doelen samen met uw begeleider.	Geef aan in welke mate volgens u dit doel is bereikt. Kies uit: 1= helemaal niet 2=grotendeels niet	Geef aan hoe tevreden u bent met wat er is bereikt. Kies uit: 1= helemaal niet 2=grotendeels niet

	3=een beetje 4=grotendeels wel 5=helemaal	3=een beetje 4=grotendeels wel 5=helemaal		
1				
2				
3				
4				
Hoe zijn uw ervaringen met de begeleiding?				
Kies uit: 1= nooit / 2=soms / 3=meestal / 4=altijd				
	Nooit	Soms	Meest al	Altijd
Laat de begeleider/voorziening u zelf beslissingen nemen over uw leven?	①	②	③	④
Houdt de begeleider/voorziening rekening met wat u wilt?	①	②	③	④
Krijgt u hulp zoveel als u nodig heeft?	①	②	③	④
Krijgt u hulp zo snel als u nodig heeft?	①	②	③	④
Kunt u de begeleider(s) bereiken als u hulp nodig heeft?	①	②	③	④
Krijgt u advies over uw veiligheid?	①	②	③	④
Bespreekt de begeleider met u of de woonvorm (24-uurs, beschermd, begeleid) en hulp nog steeds bij u past?	①	②	③	④
Krijgt u de informatie die u nodig heeft?	①	②	③	④
Krijgt u op het juiste moment informatie?	①	②	③	④
Legt de begeleider u dingen op een begrijpelijke manier uit?	①	②	③	④
Weet u wat u kunt doen als u een klacht heeft over deze organisatie of een medewerker?	①	②	③	④
Zijn er afspraken met u gemaakt over uw begeleiding?	☐ ja		☐ nee	
Hoe waardeert u het begeleidingstraject? En wat vindt de begeleider hiervan? Geef beiden op een schaal van 0 (heel slecht) tot 10 (uitstekend) aan wat het best passende antwoord is en bespreek eventuele verschillen.		Cliënt	Begeleider	
Welk cijfer geeft u aan het begeleidingstraject?				

Welk cijfer geeft u aan deze voorziening?		nvt
Toelichting van uzelf: Toelichting van uw begeleider: 		
Terugkijken:		
Welke krachten hebt u in de afgelopen periode vooral aangesproken om uw doelen te bereiken?		
1		
2		
3		
Welke acties hebben in de afgelopen periode vooral geholpen om uw doelen te bereiken?		
1.		
2.		
3.		
Zijn er nog specifieke leerpunten c.q. verbeterpunten aangaande uzelf, de begeleiding en/of het begeleidingstraject? Wat vindt u: Wat vindt uw begeleider: 		
Vooruitkijken:		
Bent u nieuwe krachten op het spoor gekomen naar aanleiding van deze evaluatie? Indien ja welke?		
1.		

2.		
3.		
Let op: Neem deze op in de krachteninventarisatie!		
Zijn er naar aanleiding van deze evaluatie nieuwe lange termijn doelen waaraan u in dit begeleidingstraject verder wilt werken? Zijn er volgens uw begeleider nog lange termijn doelen die van belang zijn bij het vervolg van dit begeleidingstraject?	Cliënt	Begeleider
Geef beiden een antwoord en bespreek eventuele verschillen.	☐ ja ☐ nee	☐ ja ☐ nee
Benoem de lange termijn doelen die door u beiden zijn vastgesteld:		
1.		
2.		
3.		
4.		
Let op: Neem deze op in het actieplan!		
Zijn er risico's en/of obstakels waaraan volgens u in de begeleiding specifiek aandacht besteed dient te worden? Zijn er volgens uw begeleider risico's en/of obstakels waaraan specifiek aandacht besteed dient te worden?	Cliënt	Begeleider
Geef beiden een antwoord en bespreek eventuele verschillen.	☐ ja ☐ nee	☐ ja ☐ nee
Benoem de risico's en/of obstakels:		
1.		
2.		
3.		
Let op: Ga zoveel mogelijk op een krachtgerichte wijze om met risico's en/of obstakels en kijk of er een vertaling mogelijk is naar de krachteninventarisatie en het actieplan.		
Vervolgtraject (meerdere antwoorden zijn mogelijk):		
☐	Verlenging van uw begeleidingstraject.	

☐	Afronding van uw begeleidingstraject (Let op: twee weken voor de daadwerkelijke uitstroom dient het eindverslag te zijn opgesteld.).	
☐	In gang zetten interne doorstroming naar andere voorziening.	
☐	In gang zetten externe doorstroming naar andere professionele hulpverlening / zorginstelling.	
☐	Inschakelen van mensen uit uw leefomgeving.	
☐	Inschakelen van (andere, gespecialiseerde) hulpverlening.	
☐	Actualisatie Zorgafsprakenlijst (ZZP).	
☐	Aanvraag van herindicatie (AWBZ gefinancierde zorg).	
Afsluitende opmerkingen cliënt:		Afsluitende opmerkingen begeleider:
Datum voor akkoord getekend:		
Handtekening cliënt:		Handtekening begeleider:
Indien de cliënt niet heeft getekend, wat is hiervan de reden?		

Bijlage 7: Eindverslag

Naam cliënt:	Naam begeleider:							Datum waarop eindverslag is ingevuld:						
Actieve betrokkenheid begeleider en van derden:														
Wie waren er actief betrokken bij de afronding van uw begeleidingstraject?														
☐	Uzelf													
☐	Uw begeleider													
☐	Een of meer mensen uit uw leefomgeving, namelijk:													
☐	Een of meer hulpverleners van instanties c.q. organisaties, namelijk:													
☐	Een of meer andere begeleiders van deze organisatie, namelijk:													
Ervaren levenskwaliteit en effect begeleiding:														
	Geef aan hoe u op dit moment uw kwaliteit van leven ervaart. Kies uit: 1= heel slecht 2= slecht 3= matig 4= niet slecht/niet goed 5= redelijk 6= goed 7= heel goed							Geef aan hoeveel er volgens u in uw leefsituatie is veranderd door de begeleiding. Kies uit: 1= heel erg verslechterd 2= verslechterd 3= een beetje verslechterd 4= hetzelfde gebleven 5= een beetje verbeterd 6= verbeterd 7= heel erg verbeterd						
	Heel slecht	Slecht	Matig	niet goed	Redelijk	Goed	Heel goed	Heel erg verslechterd	Verslechterd	Een beetje verslechterd	Gebleven	Een beetje verbeterd	Verbeterd	Heel erg verbeterd
Uw leven in het algemeen?	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Op onderstaande leefgebieden:														
Veiligheid &	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

bescherming														
Wonen & dagelijks leven	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Financiën & sociale zekerheid	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Kinderen & opvoeding	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
(Ex-) partner	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Sociale relaties	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Activiteit, werk & leren	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Vrije tijd & recreatie	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Gezondheid & zelfverzorging	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
Zingeving	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Verloop van het begeleidingstraject:

Schets samen met uw begeleider per leefgebied kort hoe uw begeleidingstraject is verlopen.

Veiligheid & bescherming:

Wonen & dagelijks leven:

Financiën & sociale zekerheid:

Kinderen & opvoeding:

(Ex-) partner:

Sociale relaties:

Activiteit, werk & leren:

Vrije tijd & recreatie				
Gezondheid & zelfverzorging:				
Zingeving:				
Welke krachten hebt u vooral ontdekt en/of aangesproken gedurende het begeleidingstraject?				
Afronding:				
☐	Beëindiging van de begeleiding op basis van overeenstemming tussen uzelf en de voorziening.			
☐	Beëindiging van de begeleiding eenzijdig door cliënt (bv. cliënt uit beeld, geen contact meer om onbekende redenen).			
☐	Beëindiging van de begeleiding door de voorziening (bv. uitzetting).			
☐	Beëindiging van de begeleiding om andere redenen, namelijk:			
Nieuwe woonsituatie:				
☐	Begeleid zelfstandig wonen	Via HVO-Querido?	ja ☐	nee ☐
☐	Beschermd wonen / 24-uursvoorziening	Via HVO-Querido?	ja ☐	nee ☐
☐	Nachtopvang	Via HVO-Querido?	ja ☐	nee ☐
☐	Zelfstandige woonruimte			
☐	Bij familie, vrienden of kennissen; tijdelijk			
☐	Bij familie, vrienden of kennissen, voor langere tijd			
☐	Instituut (gevangenis, ziekenhuis etc.)			
☐	Op straat			
Wat is uw nieuwe adres?				
Blik vooruit:				
Wat hebt u vooral nodig om goed verder te kunnen na de afronding van de begeleiding door deze voorziening?				

Welke krachten wilt u vooral inzetten c.q. verder ontwikkelen in de nabije toekomst?		
Zijn er bij het einde van het begeleidingstraject afspraken gemaakt over vervolghulp met één of meer mensen uit uw leefomgeving?	ja ☐	nee ☐
Zijn er bij het einde van het begeleidingstraject afspraken gemaakt met één of meer hulpverleners van instanties c.q. organisaties (inclusief interne doorstroming)?	ja ☐	nee ☐
Hebt u er behoefte aan om voor steun nog een keer contact op te nemen met deze voorziening?	ja ☐	nee ☐
Is er een vorm van nazorg vanuit deze voorziening (indien deze geboden wordt door de voorziening)?	ja ☐	nee ☐
Welke specifieke afspraken zijn er gemaakt over het beëindigen van uw traject en eventuele vervolghulp?		
Waardering:		
Hoe waardeert u het begeleidingstraject? En wat vindt de begeleider hiervan? Geef beiden op een schaal van 0 (heel slecht) tot 10 (uitstekend) aan wat het best passende antwoord is en bespreek eventuele verschillen.	Cliënt	Begeleider
Welk cijfer geeft u aan wat er (aan doelen) is bereikt in de begeleiding?		
Welk cijfer geeft u aan de werkrelatie?		
Welk cijfer geeft u aan dit begeleidingstraject?		
Zijn er nog specifieke leerpunten c.q. verbeterpunten aangaande de voorziening, begeleiding en/of het begeleidingstraject? Cliënt: Begeleider:		

Als mensen in uw omgeving hulp nodig hebben, zou u HVO-Querido dan aanbevelen?		① Nooit ② Soms ③ Meestal ④ Altijd
Tijdspad:		
Datum start hulpaanbod huidige voorziening:		
Datum einde hulpaanbod huidige voorziening:		
Datum start vervolgtraject zowel bij interne als externe doorstroming (indien van toepassing):		
Afsluitende opmerkingen cliënt:		Afsluitende opmerkingen begeleider:
Datum voor akkoord getekend:		
Handtekening cliënt:		Handtekening begeleider:
Indien de cliënt niet heeft getekend, wat is hiervan de reden?		

Bijlage 8; de stappen van de teamkrachtbespreking (TKB)

STAP 5: Vragen team ter verduidelijking krachteninventarisatie. • Team leest Krachteninventarisatie • Team krijgt 5-10 minuten de tijd voor vragen • Vragen met in het achterhoofd doel van cliënt en vraag van de hulpverlener • Geen verkapte adviezen • Vragen stellen ter verduidelijking van de mogelijkheden	STAP 6: Brainstormen. • Team krijgt 10-15 minuten om te brainstormen • Allen ideeën zijn welkom • Er wordt niet gediscussieerd over de ideeën, de inbrenger kan in volgende stap vragen stellen. Geen: ja maar • De inbrenger schrijft mee, mag voor de groep op flap • Hou het tempo erin: “Oké, nog meer!....” • Vaak komen de beste ideeën aan het einde.
STAP 7: Verhelderende vragen door de hulpverlener. • Hulpverlener krijgt tijd om flap te bekijken en te bedenken over welke tips zij vragen wil. • Waak ervoor dat alleen de tipgever een antwoord geeft, en er niet te veel discussie in de groep ontstaat. • Alle vragen van de hulpverlener zijn goed.	STAP 8: Waar ga je mee aan de slag? • De inbrenger kiest een paar (bijvoorbeeld 3) tips die hij/zij de komende twee/drie weken gaat uitproberen. Achtergrondinfo: de inbrenger weet heel goed welke oplossing bij hem/haar en de cliënt passen, en geeft alleen aan welke tips ze uit WEL wil proberen. De inbrenger hoeft niet aan te geven welke oplossingen ze niet kiest. Maar die kunnen interessant zijn voor de rest van de hulpverleners met soortgelijke problemen. Kortom breed leereffect.

Randvoorwaarden/afspraken teamkrachtbespreking

- Aanwezigheid krachteninventarisaties
- Geschikte ruimte + materiaal (flapover)
- Tijd (2 uur voor 2 tot 4 krachteninventarisaties / 1 keer per week of 1 keer per 2 weken afhankelijk van grootte van afdeling)
- Voldoende teamleden (Hoef niet het hele team te zijn. Maar bij te weinig leden, levert de brainstorm minder creatieve ideeën op.)
- Aanwezigheid voorzitter
- Krachteninventarisaties worden na afloop verzameld en vernietigd.
- De stappen worden aan het begin van iedere teamkrachtbespreking door de voorzitter kort uitgelegd, ook als de groep ze kent.

Richtlijnen teamkrachtbespreking

- Elke stap is essentieel, markeer overgangen.
- Geef bij elke stap korte en concrete spelregels.
- Elke tip of elk advies is goed. Geen discussie.
- Bij besluit om af te wijken van de regels van een stap dit duidelijk benoemen. (Dit zo min mogelijk doen.)
- De zorgcoördinator is de voorzitter en bewaakt met name het proces.
- De zorgcoördinator wordt niet aangesproken op zijn zorgcoördinator rol voor bijv. het geven van antwoorden of nemen van besluiten.
- Bij terugkerende, structurele belemmeringen en problemen in de uitvoering van het krachtgericht werken, legt de zorgcoördinator deze voor aan het management.
- De zorgcoördinator let er (samen met het team) op dat de focus ligt op het vinden van creatieve strategieën en niet op het bespreken en herkauwen van problemen.
- Bij een goede teamkrachtbespreking krijgt de inbrenger minimaal 20 tot 30 tips mee.

Bijlage 9: planning onderzoek

PLANNING ONDERZOEK/EINDSCRIPTIE	maand	JAN					FEB				MRT					APR				MEI				JUNI				JULI	
01-01-2014 - 01-06-2014	weeknummer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
Interviews en enquêtes voorbereiden	januari																												
Inleveren conceptrapport 2	16 januari																												
Interviews uitvoeren	februari en maart																												
Enquête uitvoeren	24 maart – 13 april																												
Conceptrapportage 3 schrijven	24 maart – 13 april																												
Bespreking voortgang in werkgroep	3 april																												
Inleveren conceptrapportage 3	13 april																												
Bespreken conclusies en aanbevelingen in werkgroep	17 april																												
Eindrapport schrijven	21 april – 6 mei																												
Definitief concept inleveren	6 mei																												
Eindrapport afmaken	6 mei – 21 mei																												
Reflectieverslag schrijven	6 mei – 21 mei																												
Eindrapport en reflectieverslag inleveren	21 mei																												
Presentatie in organisatie en op hogeschool	21 mei – 30 juni																												
Diplomerings	10 juli																												

Tabel

2:

planning

BIJLAGE 10

ANALYSE EVALUATIEFORMULIEREN HERSTELWERK

Inleiding

Evaluatieformulieren maken onderdeel uit van de begeleidingscyclus volgens de methodiek 'Herstelwerk'. In het actieplan worden door cliënt en persoonlijk begeleider samen de doelen opgesteld voor het komende half jaar. Na een half jaar evalueren zij samen de resultaten. Op basis daarvan worden nieuwe doelen geformuleerd voor het daarop volgende half jaar.

Het gehele formulier is 4 pagina's lang en is onderaan in dit document toegevoegd. Voor dit onderzoek heb ik de vier vragen die het meest van belang zijn voor dit onderzoek eruit gelicht. Van alle 56 bewoners van de Rijswijk heb ik de meest recente evaluatieverslagen doorgenomen. Daarbij heb ik de antwoorden geturfd volgens de indeling: 'nee, soms, meestal en ja'. Dat heeft geleid tot de volgende resultaten.

Evaluatie van begeleidingsresultaten door cliënten van de Rijswijk	Antwoord			
Vraag	Nee	Soms	Meestal	Ja
1 Krijg je hulp vanuit je eigen leefomgeving?	86%			4%
2 Heb je je doelen uit het actieplan behaald?	60%	21%		19%
3 Neem je zelf al je beslissingen?	7%	12%	69%	12%
4 Heb je nieuwe krachten ontdekt?	74%			26%

Vraag 1

Krijg je hulp vanuit je eigen leefomgeving?

Vrijwel geen enkele cliënt heeft een eigen leefomgeving. Hun thuis is de woonvoorziening, hun sociale omgeving zijn de hulpverleners (begeleiders, behandelaars en andere ondersteunende beroepen). De relaties met medebewoners zijn hoofdzakelijk drugs gerelateerd. Op een enkeling na, is er geen sprake van een eigen leefomgeving bestaande uit vrienden en/of familie.

Vraag 2

Welke doelen werden genoemd?

Om enig inzicht te geven in het soort doelen dat cliënten zich stellen, heb ik alle in de evaluatieformulieren genoemde doelen hieronder weergegeven. Soms komen doelen tot stand op advies/aandringen van de persoonlijk begeleider, soms worden de doelen ingebracht door de cliënt. De formulieren geven hier geen antwoord op. Bij sommige cliënten lukt het niet doelen te formuleren.

Hieronder een opsomming van alle door cliënten gestelde doelen.

Ik wil trouwen – Ik ga de plantjes water geven in de Rijswijk – Ik ga geld sparen – Ik ga naar dagbesteding – Ik ga een afspraak maken met de psychiater – Ik ga samen met mijn begeleider naar de Burgerking – ik ga kijken of de SPV-er langs kan komen – Ik wil een expositieruimte regelen – Ik wil meer contact met de begeleiding – Ik wil samen met een begeleider

naar een museum – Ik wil extra geld aanvragen voor kleding – Ik wil een keer naar het strand met mijn begeleider – Ik wil een fietstochtje maken met mijn begeleider – Ik wil geen nieuwe bekeuringen – Ik wil geen overlast in de buurt veroorzaken – Ik wil mijn kamer schoonhouden – Ik wil dagbesteding houden – Ik wil een nieuw paspoort aanvragen – Ik wil mijn haar laten knippen in de Rijswijk – Ik wil kleren kopen – Ik wil een TV kabel kopen – Ik wil een fiets kopen van mijn vakantiegeld – Ik wil de huiskamer schoonhouden – Ik wil een afspraak maken met de huidarts – Ik wil een afspraak maken met de longarts – Ik wil op vakantie naar Suriname – Ik ga niet meer in mijn badjas door de woonkamer lopen – Ik ga samen met mijn begeleider een joggingpak kopen – Ik ga sparen voor een reis naar Suriname – Ik ga mijn kamer schoonhouden – Ik wil een eigen woning – Ik wil schuldhulpverlening opstarten – Ik wil mijn gezondheid behouden.

Uit het overzicht blijkt dat:

- (1) De doelen die cliënten zich stellen zijn, in relatie tot het thema 'de eigen regie op het leven oppakken' klein tot zeer klein
- (2) Ondanks het feit dat de gestelde doelen klein zijn, 60 tot 80 procent deze niet behaalt
- (3) Geen enkele keer wordt een doel genoemd dat rechtsreeks gerelateerd is aan de dubbele diagnose: de psychiatrische stoornis of de verslaving

Vraag 3

Neem je zelf je beslissingen?

69% van de cliënten zegt meestal zelf zijn beslissingen te nemen. Cliënten wonen op de Rijswijk op vrijwillige basis. Er is nooit sprake van het opleggen van dwang door de begeleiding, wel wordt veel drang ingezet om cliënten zich aan de (vrijwillige) afspraken te laten houden met als ultieme consequentie het beëindigen van het verblijf. Dat cliënten ervaren dat ze meestal en niet altijd zelf hun beslissingen nemen heeft te maken met deze drang. De aard van de dubbele diagnose problematiek leidt vaak tot grensoverschrijdend gedrag van cliënten. Beheersmaatregelen spelen daarom vaak een overheersende rol in het begeleidingsproces en minimaliseren de ruimte voor de krachtgerichte benadering die de methodiek voorstaat. Beheersmaatregelen ontnemen de cliënt de eigen regie.

Vraag 4

Welke nieuwe krachten werden ontdekt?

Het lukt 74% van de cliënten niet om nieuw ontdekte krachten te noemen. Bij de 26% die dat wel doet is niet duidelijk in hoeverre suggesties van de begeleider hierin een rol hebben gespeeld. Om inzicht te krijgen in de aard van de ontdekte krachten, volgt hieronder een overzicht van alle genoemde krachten.

Hieronder een opsomming van de genoemde krachten

Ik heb veel doorzettingsvermogen – Ik ben optimistisch over de toekomst – Ik kan sociale contacten leggen – Ik kan me goed alleen vermaken – Ik kan goed samenwerken – Ik geef aan wat ik nodig heb – Ik kan mijn administratie op orde houden – Ik kan goed voor mijn zoon zorgen – Ik weet terug te komen na een psychotische periode – Ik kan goed mijn grenzen aangeven – Ik heb liefde voor mijn zoon.

Voor de cliënten die aangeven nieuwe krachten ontdekt te hebben, lijkt dit ook werkelijk het geval te zijn. Ontwikkeling van genoemde krachten kan een stimulerende rol spelen bij het hervinden van de eigen regie.

Conclusies

Uit de toepassing van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij de doelgroep cliënten met dubbele diagnose blijkt dat:

- (1) De doelen die cliënten zich stellen in reikwijdte meestal zeer beperkt zijn en nauwelijks bijdragen aan het herstel van de eigen regierol
- (2) Deze beperkte doelen meestal niet behaald worden
- (3) Beheersmaatregelen de ontwikkeling van de eigen regie belemmeren i.p.v. stimuleren
- (4) De zoektocht naar nieuwe krachten heeft bij 26% van de cliënten een positief effect

BIJLAGE 12: ANALYSE DOORSTROOM CLIENTEN

RELATIE TUSSEN DOORSTROOM NAAR EEN ANDERE VOORZIENING EN HERSTEL VAN EIGEN REGIE

Betekent doorstroming meer zelfstandigheid?

Is het feit dat cliënten verhuizen/doorstromen uit een van de onderzochte RIBW's in het zorgpad stabilisatie en bescherming een bewijs voor het bereiken van een grotere mate van zelfredzaamheid?

Met deskresearch in de registratiesystemen van HVO-Querido heb ik onderzocht waar de vertrekkende cliënten heen verhuizen en of ze naar een woonsituatie doorgestroomd zijn met een minder intensieve begeleiding en dus naar eigen regie en een grotere zelfredzaamheid.

Methode van analyse

Uit de personendatabase kunnen rapporten (zie onder een voorbeeld) uitgedraaid worden over de aantallen cliënten die per jaar doorstromen/weg verhuizen uit een woonvoorziening. De rapporten geven alleen de namen van cliënten die verhuisd zijn, maar niet waar naartoe. Daarom is op basis van deze gegevens niet vast te stellen of cliënten naar een situatie met minder dan wel meer intensieve begeleiding/minder dan wel meer zelfstandigheid, verhuisd zijn.

Daarom heb ik deze rapporten met namen van doorgestroomde cliënten voorgelegd aan de zorgcoördinatoren van de betreffende voorziening en hen gevraagd waar naartoe deze cliënten verhuisd zijn. Omdat het om een relatief beperkt aantal cliënten gaat, was het geen enkel probleem voor de zorgcoördinatoren om deze informatie te reproduceren. Als voorbeeld zijn de resultaten van de Rijswijk hieronder opgenomen.

Doorstroming van RIBW de Rijswijk naar een gesloten kliniek of de gevangenis is aangemerkt als doorstroming naar een leefvorm met minder zelfstandigheid. Doorstroming naar een woonvoorziening met hetzelfde type woon/zorg aanbod is aangemerkt als een doorstroming naar een leefvorm met gelijkwaardige zelfstandigheid. Doorstroming naar een woonsituatie met een grotere mate van zelfstandigheid/minder begeleiding is aangemerkt als doorstroming naar een leefsituatie met meer eigen regie.

Tabel 1: resultaten: De Rijswijk

	Totaal Aantal Bewoners	Uitstroom percentage	Uitstroom Aantal	Overleden	Minder regie	Neutraal	Meer regie	% cliënten dat doorstroomt naar meer regie
2011	56	5,4%	3	0	3	0	0	0%
2012	56	7,2%	4	0	2	0	2	4%
2013	56	14,7%	8	2	3	2	1	2%

Tabel 2: de resultaten van de andere voorzieningen zijn vergelijkbaar: percentage cliënten dat doorstroomt naar een leefsituatie met meer eigen regie:

	2011	2012	2013
Rijswijk	0%	4%	2%
Veste	5%	6%	2%
Varikstraat	4%	11%	0%
Noordzijde	7%	14%	4%
Robert Koch	Nvt*	Nvt*	Nvt*

**Robert Koch in als woonvoorziening geheel verhuisd, daarom zijn cijfers niet van toepassing.*

Conclusie

Doorstroming of verhuizing uit de betreffende woonvoorziening betekent voor minder dan 5% van het totaal aantal cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming een reële stap richting een grotere zelfstandigheid. Het percentage dat doorstroomt naar een leefsituatie met minder regie is zelfs groter.

BIJLAGE 13

Inhoud

Topiclist	BLZ 70
Gecodeerde interviews zorg coördinatoren (1 t/m 6)	BLZ 72 - 97
Per vraag samengevoegde antwoorden	BLZ 98

Methode van analyse

De interviews zijn afgenomen op basis van een topiclist (zie Blz. 1). Vervolgens zijn alle zorg coördinatoren van de vijf locaties binnen het zorgpad geïnterviewd. De interviews zijn opgenomen en daarna uitgewerkt op schrift en uiteindelijk goedgekeurd door de geïnterviewden. Vervolgens zijn de antwoorden via codering weer gekoppeld aan de vragen uit de topiclist. (zie gecodeerde interviews vanaf Blz. 3) Vervolgens zijn de antwoorden gerangschikt naar onderwerp en uiteindelijk is een samenvatting/synthese geschreven betreffende elk onderwerp. (zie Blz. 23). In het rapport zelf zijn alleen de vraag en de synthese opgenomen.

TOPICLIST

DE TOEPASBAARHEID VAN HERSTELWERK

IN HET ZORGPAD 'STABILISATIE EN BESCHERMING'

Reden: Afstudeerproject in opdracht van teammanagers

Procedure: Interview wordt opgenomen, daarna uitgetypt en ter goedkeuring voorgelegd aan de geïnterviewde. Daarna wordt het anoniem toegevoegd als bijlage bij het onderzoek.

Datum:

Naam:

Functie:

1

Met welke doelgroep cliënten werk je?

2

Denk je dat je teamleden de administratieve procedures onder de knie hebben?

(begeleidingscyclus, TKB, etc.)

3

Herstelwerk kent 6 basisprincipes. Ik zou je willen vragen je mening te geven over (1) in hoeverre sta je als zoco achter deze principes en (2) in hoeverre zijn de principes realistisch/toepasbaar voor de doelgroep in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming'.

A – Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.

B – Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

C – De cliënt heeft de regie over de begeleiding

D – De werkrelatie is primair en essentieel

E – Werken in de natuurlijke omgeving

F – De samenleving als hulpbron inzetten

4

Denk je dat je teamleden de kernprincipes achter de methodiek bewust toepassen?

5

Welke signalen krijgen jullie van de persoonlijk begeleiders over de toepasbaarheid van deze begeleidingsmethodiek?

6

Zijn de competenties in het team aanwezig om de KBM op de juiste wijze toe te passen?

7

Beheersmaatregelen en het opleggen van sancties zijn niet krachtgericht maar vaak wel onvermijdelijk bij onze doelgroep. Hoe wordt dat geïntegreerd met een krachtgerichte benadering?

8

Je woonvoorziening maakt deel uit van het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' waar doorstroming richting meer zelfstandigheid geen vereiste is. Hoe verhoudt zich dat met de KBM die gericht is op herstel van de regie op het eigen leven?

9

Hoe groot is het percentage waarbij het daadwerkelijk lukt vooruitgang te boeken in de richting van herstel van de eigen regierol in het leven?

10

Of is het ambitieniveau meer bescheiden, gericht op het vergroten van de zelfredzaamheid?

In hoeverre lukt het de begeleiding om de zelfredzaamheid van de cliënt daadwerkelijk te vergroten?

11

Welk percentage bewoners stroomt vanuit jullie voorziening door naar een woonlocatie waar een grotere zelfredzaamheid vereist is?

(bijvoorbeeld begeleid wonen met ambulante begeleiding)

12

En welk percentage stroomt door naar een leefsituatie met minder zelfstandigheid?

(bijvoorbeeld opname in psychiatrische kliniek of gevangenis)

13

Wat zijn de grootste belemmeringen bij cliënt om de eigen regie in handen te nemen?

14

Een van de grootste belemmeringen is de verslaving. De grootste motiverende factor in het bestaan van onze cliënten is vaak het bevredigen van de verslaving en niet het herstel van de eigen regie op het leven. Hoe wordt deze factor betrokken bij het vormgeven van de krachtgerichte begeleiding?

15

Worden de volgende instrumenten uit de verslavingszorg ingezet bij jullie begeleiding:

- A Bespreekbaar maken verslaving in het begeleidingstraject
- B Groepstherapie (Liebermann)
- C Motiverende gespreksvoering
- D Voor en nadelen balans: welke sterke en zwakke kanten heeft cliënt die problemen in stand houden
- E Bemoeizorg/ingrijpen
- F Inzet familie en vrienden
- G Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen
- H Crisiskaarten of terugval preventieplannen
- I Screening: testen op drugsgebruik
- J Counseling: ondersteuning bij trek, terugval en risicosituaties

16

Op welke manier verstoort de psychiatrische stoornis het streven naar herstel?

17

Vormt de psychiatrische stoornis een integraal onderdeel van de krachtgerichte begeleiding en wordt de stoornis hierin besproken?

18

Wordt er in de begeleiding gebruik gemaakt van de volgende instrumenten betreffende de psychiatrische stoornis;

- A Bespreekbaar maken psychiatrische stoornis in begeleidingstraject
- B Geïntegreerde behandeling: multidisciplinair overleg over cliënten
- C Koppeling behandel- en begeleidingsplannen
- D Signaleringsplannen

19

Welke opmerking zou jij zelf nog willen toevoegen over het onderwerp; 'De toepasbaarheid van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming'.

Interview 1

Met: zorgcoördinator RIBW in zorgpad 'stabilisatie en bescherming'

19 februari 2014

Wat is je functie?

Ik ben zorgcoördinator op een RIBW waar cliënten wonen met een dubbele diagnose problematiek: ze zijn verslaafd en hebben een psychiatrische stoornis.

Hoe lang werk je met de krachtgerichte begeleidingsmethodiek?

Sinds eind 2012, dat is ongeveer twee jaar.

Welk leerproces heeft het team doorlopen om Herstelwerk als begeleidingsmethodiek te kunnen toepassen?

Zorg coördinatoren hebben een cursus gehad van bij elkaar vier hele dagen. Ondersteunend begeleiders hebben twee dagen cursus gehad en de persoonlijk begeleiders ook. Daarna zijn er, alleen voor de persoonlijk begeleiders, ongeveer een half jaar later, vervolgcursussen geweest, een soort opfriscursus. Als laatste in de cyclus hebben we een organisatiebreed seminar bijgewoond waarin ervaringen werden uitgewisseld en waar wat meer werd ingezoomd op de toepassing. Er waren geluiden naar boven gekomen dat men moeite had met de toepasbaarheid op sommige gebieden en op basis daarvan zijn twee specifieke aspecten uit de methodiek besproken.

Welke aspecten waren dat?

Het formuleren van doelen voor de teamkrachtbespreking. Er was twijfel of de formulering van het doel dat van de cliënt moest zijn of dat de begeleider een doel voor de cliënt mocht formuleren. Het is krachtgericht als de cliënt zijn eigen doelen formuleert want hij/zij heeft zelf de regie. Omdat dat niet altijd lukt, hebben begeleiders de neiging dat zelf dan maar te formuleren.

En een soort terugkomdag?

Ja, dat hoort bij het ingekochte pakket van de opleiding: elke jaar is er een opfris of bijscholingsbijeenkomst voor elk team dat met de methode werkt.

En de zoco's zijn nog begeleid op de werkvloer?

Ja, we hebben het eerste half jaar begeleiding gehad van een soort interne coach die meeliep op de werkvloer en ons begeleid heeft bij de implementatie in de werkprocessen, vooral in de werkbesprekingen en de teamkrachtbespreking.

2 *Dus het team kent de methodiek nu goed?*

Ja, de teams hebben de procedurele kant nu wel onder de knie, de registratie en verslaglegging van de formele cyclus.

2 *En snappen ze ook het gedachtegoed achter deze methodiek?*

De basisgedachte, focus op de mogelijkheden en niet op de beperkingen van een cliënt, snapt men wel. De problemen zitten in de toepassing. Aan de toepassing zijn een aantal principes gekoppeld en die hoor ik weinig terug onder medewerkers. Een daarvan is bijvoorbeeld: 'iedereen heeft het vermogen te herstellen' en dat hoor ik nooit terug van de medewerkers. Dat geldt ook voor het principe: 'werken in de leefomgeving van de cliënt'. Ik betwijfel hoe ver de basisprincipes achter de methodiek zijn doorgedrongen in het denken van de begeleiders.

2 *Ik begrijp dat je denkt dat de begeleiders het basisprincipe, richt je op de krachten en niet op de tekortkomingen, wel begrijpen maar het niet lukt deze te vertalen naar de praktische toepassing daarvan?*

Klopt.

2 *Betekent dit dat de medewerkers niet over de juiste competenties beschikken?*

Het gaat erom dat een methodiek meer betekent dan het op de juiste manier invullen van formulieren en het samen met de cliënt vaststellen van een doel. Het gaat ook om de attitude, de houding, de bejegening, hoe men zich opstelt in de omgang. Dat is nogal abstract en moeilijk aan te leren via een cursus.

6 *Kan je dat specifiekere benoemen, om wat voor soort bejegening gaat het dan?*

In de omgang moet je oog hebben voor de kwaliteiten en krachten van een cliënt en dat kan alleen als je de haast automatische focus op de problemen kunt doorbreken. Door de grote problemen van een cliënt zijn de potenties vaak moeilijk te herkennen.

7 Welke grote problemen?

Het gedrag voortkomend uit de verslaving is vaak allesoverheersend en het is dan vaak moeilijk daar doorheen te kijken en de positieve krachten te blijven zien.

8 De woonvoorziening waar jij werkt is gericht op stabilisatie en bescherming en niet op herstel. Herstel is niet de eerste opdracht aan de begeleiding terwijl de methodiek daar wel volledig op gericht is. Hoe ga je daarmee om in je werk?

Deze woonvoorziening bestaat al vele malen langer dan de methodiek en is ooit opgezet om deze hele kwetsbare doelgroep die het zelfstandig niet redt, een thuis te geven, een menswaardige leefomgeving met warmte en veiligheid. Dat hebben deze mensen hun hele leven gemist.

8 Wat wil jij als professional dan voor hen betekenen?

Ik denk dat ons eerste doel is onze cliënten een thuis te geven, een plek waar je je fijn en veilig voelt. Dat beschouw ik als de missie van onze woonvoorziening.

13 En welke rol speelt 'herstel' dan daar in?

Een middel dat ingezet wordt om te proberen de kwaliteit van leven van de cliënten te verhogen. Begeleiders hebben wel behoefte aan meer instrumenten om deze mensen te kunnen helpen en te motiveren aan de slag te gaan met hun herstel.

3A Maar dat is wel het beginpunt van de methodiek Herstelwerk; herstel van motivatie om het leven zelf vorm te geven. Lukt dat met deze cliënten, de motivatie creëren om meer eigen regie op te pakken in het leven?

Er zit altijd een spanningsveld: waar ligt de grens tussen het overnemen van taken en verantwoordelijkheden en het recht, de plicht en de wil van cliënten om zelf die verantwoordelijkheden te dragen. Het is wel belangrijk dat je ernaar streeft de cliënt zoveel mogelijk de eigen regie te laten behouden. Daar hoort bij dat je het als begeleider stimuleert dat cliënt de eigen regie ook daadwerkelijk oppakt. Dat is iets waar we hier naar moeten streven en dat is ook de kern van de methodiek Herstelwerk.

13 En geeft deze methodiek genoeg hulpmiddelen om daar aan te werken met deze moeilijke doelgroep?

De doelstellingen en intenties van de methodiek zijn prima. Maar ik betwijfel of deze methodiek het juiste middel is om daar bij deze doelgroep resultaten mee te boeken.

9 Zie je wel resultaten?

Ik zie wel resultaten maar of dat ook door deze methodiek komt? Herstel betekent niet dat je weer terugkeert in de positie van de modale burger. Het gaat er meer om dat je vorderingen maakt, hoe klein de stapjes die je zet ook zijn. Zeker zie ik hier in huis dat cliënten stapjes vooruit zetten: sommigen gaan voor het eerst dagbesteding doen of dat, ondanks terugval, steeds weer opnieuw gaan proberen. Het is ook duidelijk dat onze ondersteuning daarbij waardevol is en vruchten afwerpt. Dat is mooi om te zien, hoe mensen toch door dagbesteding krachten in zichzelf ontdekken en, met behulp van enige aanmoediging, toch allerlei nieuwe krachten in zichzelf aanboren.

9 Je zegt dat het om kleine stapjes gaat. Denk je dat het ook realistisch is voor onze cliënten om uiteindelijk toch die grote stappen te zetten en te re-integreren in de samenleving?

Het gaat op deze afdeling alleen over het herstel van vrij basale functies en ik denk daarbij niet dat uiteindelijke re-integratie in de maatschappij realistisch is.

3C Welke invloed hebben beheersmaatregelen?

Het oppakken van de eigen regie verhoudt zich slecht met het feit dat onze cliënten verslaafd zijn. Verslaving is een stoornis waarbij de persoon steeds neurologische signalen krijgt die de eigen wilcomponent ondermijnen. Daarom wordt altijd de keuze gemaakt voor drank of drugs en niet voor de eigen wil. Dus ook al lijdt je er onder, je maakt toch altijd weer de verkeerde keuze. En daarin spelen veranderingen in het zenuwstelsel die veroorzaakt worden door de verslaving, een belangrijke rol. De wilskracht is ondermijnd. Ik vermoed dat je dan eerst de verslaving moet aanpakken voordat je kunt beginnen op persoonlijke doelen op andere gebieden.

3C De slaaf heeft geen eigen regie?

Inderdaad, de verslaving staat tegenover de vrije wil. En deze methodiek spreekt de cliënt juist aan op de vrije wil. De verslaving blokkeert de vrije wil echter, dat is het grote obstakel hier.

12 In hoeverre is de verslaving hier een onderdeel van de begeleiding?

Wij bieden geen behandeling en vanuit de begeleiding wordt daar ook weinig mee gedaan.

12 In hoeverre zit dat wel in Herstelwerk, dat mensen bij hun verslaving begeleid worden?

Ik ben daar weinig over tegengekomen in wat ik gelezen heb over de methodiek. De methodiek reikt weinig gereedschappen aan om verslaving aan te pakken terwijl dat wel de eerste stap is die nodig is om te gaan werken aan het oppakken van de eigen regie.

12 Als je het hebt over het begeleiden van cliënten betreffende hun verslaving dan heb je het niet alleen over persoonlijk begeleiders maar ook over professionele verslavingszorg. Wordt dat aangeboden binnen deze woonvoorziening?

Er is nu een samenwerkingsverband met GGZ. Vroeger hadden we een samenwerkingsverband met Jellinek verslavingszorg die hier in huis een soort outreach programma had en bewoners probeerde te ondersteunen bij het meer vat krijgen op hun verslaving. Dat is op een gegeven moment stopgezet. Daarna is er jarenlang geen verslavingszorg geboden en pas onlangs is GGZ de verslavingszorg hier in de voorziening aan het ontwikkelen. Maar dat staat nog in de kinderschoenen. Er worden klinische lessen gegeven aan het team ter bevordering van de kennis over verslaving maar van de daadwerkelijke begeleiding van cliënten maakt het nog geen onderdeel uit.

15 De andere grote belemmering voor het werken aan de eigen regie is de psychiatrische stoornis.

Ook door de psychiatrische stoornissen ontstaan drempels voor het werken aan de eigen regie, zoals het gebrek aan energie, het gebrek aan concentratievermogen, de fixatie op het hier en nu en de onmogelijkheid om te kunnen plannen. Veel stoornissen hebben een groot effect op de stemming en het gevoelsleven. Dat wordt veroorzaakt door het ziektebeeld zelf of door de medicatie die daartegen wordt ingenomen. Of je nu autistisch bent, schizofreen of een persoonlijkheidsstoornis hebt, het blijft daarom heel moeilijk om de motivatie hoog te houden. Het activeren en motiveren van deze cliënten is wel een van de belangrijkste opgaven van de begeleiders en deze methodiek zou daarvoor een middel moeten zijn. De methodiek beidt de mogelijkheden daarover in gesprek te gaan met de cliënt. Dat is op zichzelf prima maar het is niet voldoende.

2 Wij zijn begeleiders en geen psychiatrische behandelaars. Draait het hier niet om behandeling?

Dat zou hand in hand moeten gaan. GGZ doet hier ambulante behandeling en al onze cliënten zijn gekoppeld aan een behandelaar. Maar de methodiek die wij als begeleiders gebruiken wordt niet afgestemd met de GGZ behandelaars.

17 Er is dus geen sprake van een geïntegreerde behandeling?

Dat klopt. Er is eigenlijk geen afstemming tussen behandeling en begeleiding, dat zijn vrijwel geheel gescheiden werelden.

Ik wil je de zes kernprincipes van de methodiek een voor een aan je voorleggen en ik wil graag dat jij daarop reageert.

3A Principe 1: 'Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen'

Als met herstellen bedoeld wordt dat onze cliënten weer volledig mee gaan draaien en de samenleving, dan is dat geen haalbaar doel voor de grote meerderheid van onze cliënten. Natuurlijk kunnen er vaak wel kleine stappen vooruit worden gezet.

8 Er wordt over de Rijswijk vaak gezegd dat het een eindstation is en dat het doel is dat mensen er een thuis vinden. Ben je het daarmee eens?

Ik denk dat die uitspraak in de praktijk wel klopt maar het is denk ik niet goed om dat als uitgangspunt voor de begeleiding te nemen.

3B Principe 2: 'Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen'

Daar sta ik zeker achter. Het is een hele uitdaging voor persoonlijk begeleiders om die focus vast te houden omdat het gedrag voortkomend uit de problematiek van verslaving en stoornis zo overheersend aanwezig zijn.

3C Principe 3: 'De cliënt heeft de regie over de begeleiding'. In hoeverre is daar sprake van in deze woonvoorziening?

Daar kan ik weinig voorbeelden van noemen. Het is de bedoeling dat de begeleidingsdoelen zoveel mogelijk door de cliënt zelf geformuleerd worden. Maar 'de regie over de begeleiding nemen' zo groot is het niet.

3CIk hoor vaak de provocerende uitspraak dat cliënten meewerken aan de begeleiding omdat dat nou eenmaal een verplichting is als je hier woont. Wat vind jij van die uitspraak?

Daar zit wel wat in natuurlijk, als de cliënt hier komt wonen, tekent hij een zorgleveringsovereenkomst en daarin wordt verwacht dat cliënt zich begeleidbaar opstelt. Veel cliënten aanvaarden het omdat het een voorwaarde is om hier te kunnen wonen. En ik denk ook dat ze daar in veel gevallen wel baat bij hebben.

3CMaar dat is jouw mening, niet die van de cliënten?

Inderdaad.

3DPrincipe 4: 'De werkrelatie is primair en essentieel'

Ja, het is essentieel om een vertrouwensrelatie op te bouwen als persoonlijk begeleider.

3EPrincipe 5: 'Werken in de natuurlijke omgeving'

Ja, dat betekent dat je de cliënt opzoekt in zijn eigen leefomgeving, dus met de cliënt op zijn/haar kamer gaat zitten voor een gesprek of dat je samen buiten gaat wandelen. Dat wordt hier wel gedaan.

3FPrincipe 5: 'De samenleving als hulpbron inzetten'

Dat gebeurt hier heel minimaal. Als een cliënt mogelijkheden heeft om familiecontacten te ontwikkelen wordt dat wel gestimuleerd hier. Maar voor ongeveer 95% van onze cliënten geldt dat ze geen sociaal netwerk hebben.

3FEn werken in de samenleving?

Ook dat is heel beperkt. Sommigen hebben alleen interne dagbesteding, dus in huis met hun mede- cliënten. Ook hebben sommigen dagbesteding buiten de deur maar ook die voorzieningen spelen zich af in geïsoleerde omstandigheden. Het is heel beperkt, af en toe naar de supermarkt of een ziekenhuis bezoek. Het is heel beperkt.

3FHun leven speelt zich voornamelijk af in het drugscircuit?

Maar dat is geen hulpbron natuurlijk. Het is in ieder geval wel goed om dat in ogenschouw te houden als je zoekt naar iemands mogelijkheden. In de praktijk is wel duidelijk dat de mogelijkheden van cliënten beperkt zijn om de samenleving als hulpbron in te zetten.

Het volgende rijtje somt instrumenten op die gebruikt worden in de verslavingszorg. Mijn vraag is in hoeverre ze op deze locatie worden ingezet.

15A: *Bespreekbaar maken van verslaving in het begeleidingstraject?*

Gebeurt eigenlijk nauwelijks

15B: *groepstherapie als Liebermann?*

Nee, enkele jaren geleden hebben we dat geprobeerd maar dat is langzaam doodgebloed.

15C: *Motiverende gespreksvoering?*

Medewerkers krijgen ene cursus maar er wordt niet actief mee gewerkt.

15D: *Voor en nadelen balans?*

Ken ik niet.

15E: *bemoeizorg/ingrijpen?*

Dat is vrij ongebruikelijk. Er zijn enkele voorbeelden dat er drank wordt ingenomen. Maar dat zijn excessen, het is zeker geen beleid. Bewoners mogen gewoon gebruiken op hun kamer.

15F: *Inzet familie en vrienden?*

De mogelijkheden zijn beperkt maar als ze er zijn worden die zeker benut.

15G: *Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen?*

Nauwelijks.

15H: *Terugval preventieplannen?*

Daar willen we een start mee gaan maken binnenkort.

15I: *Screening?*

Er is wel methadon screening.

Dat is een controlemiddel, maar als instrument om de cliënt meer zicht en inzicht te verschaffen over zijn eigen gebruik?

Nee, op die manier wordt het niet ingezet.

15J: *Counseling: ondersteuning bij trek, terugval en risicosituaties?*

Vroeger (2007- 2009) deed Jellinek dat, er was toen elke week een specialist in verslavingszorg die de bewoners opzocht en hen ondersteunde in het beter leren omgaan met hun verslaving. Maar sinds die tijd niet meer.

17, 18A In hoeverre wordt de psychiatrische stoornis bespreekbaar gemaakt in het traject van begeleiding?

Dat komt voor maar is geen standaard onderdeel van de begeleiding. Het is ook geen onderdeel van de methodiek.

18B In hoeverre is er sprake van een geïntegreerde behandeling?

Daar is geen sprake van. Er is geen Multidisciplinair overleg.

18D Wordt er gewerkt met signaleringsplannen?

Ja, die zijn twee jaar geleden ingevoerd.

19 Wat wil je zelf nog toevoegen aan dit interview?

De constatering dat er geen koppeling is tussen begeleiding en behandeling is voor mij wel een belangrijke conclusie uit dit interview. Het is een gemiste kans. We gaan wel een samenwerkingsverband, HVO en GGZ om dezelfde cliënt te bedienen en toch is er eigenlijk geen sprake van werkelijke afstemming van begeleiding en behandeling. Een opmerkelijke constatering!

Interview 2

Positie: zorg coördinator zorgpad stabilisatie en bescherming

12 februari 2014

Wat is je functie?

Ik ben zorgcoördinator op een RIBW waar cliënten wonen met een dubbele diagnose problematiek: ze zijn verslaafd en hebben een psychiatrische stoornis.

Hoe lang werk je met de krachtgerichte begeleidingsmethodiek?

Sinds eind 2012, dat is ongeveer twee jaar.

Welk leerproces heeft het team doorlopen om Herstelwerk als begeleidingsmethodiek te kunnen toepassen?

Zorg coördinatoren hebben een cursus gehad van bij elkaar vier hele dagen. Ondersteunend begeleiders hebben twee dagen cursus gehad en de persoonlijk begeleiders ook. Daarna zijn er, alleen voor de persoonlijk begeleiders, ongeveer een half jaar later, vervolgcursussen geweest, een soort opfriscursus. Als laatste in de cyclus hebben we een organisatiebreed seminar bijgewoond waarin ervaringen werden uitgewisseld en waar wat meer werd ingezoomd op de toepassing. Er waren geluiden naar boven gekomen dat men moeite had met de toepasbaarheid op sommige gebieden en op basis daarvan zijn twee specifieke aspecten uit de methodiek besproken.

Welke aspecten waren dat?

Het formuleren van doelen voor de teamkrachtbespreking. Er was twijfel of de formulering van het doel dat van de cliënt moest zijn of dat de begeleider een doel voor de cliënt mocht formuleren. Het is krachtgericht als de cliënt zijn eigen doelen formuleert want hij/zij heeft zelf de regie. Omdat dat niet altijd lukt, hebben begeleiders de neiging dat zelf dan maar te formuleren.

En een soort terugkomdag?

Ja, dat hoort bij het ingekochte pakket van de opleiding: elke jaar is er een opfris of bijscholingsbijeenkomst voor elk team dat met de methode werkt.

En de zoco's zijn nog begeleid op de werkvloer?

Ja, we hebben het eerste half jaar begeleiding gehad van een soort interne coach die meeliep op de werkvloer en ons begeleid heeft bij de implementatie in de werkprocessen, vooral in de werkbesprekingen en de teamkrachtbespreking.

2 Dus het team kent de administratieve procedures van de methodiek nu goed?

Ik denk 80% de procedures goed kent maar er is wel constante sturing nodig

4, 6 En snappen ze ook het gedachtegoed achter deze methodiek?

Ik denk niet volledig. Ik denk dat men de procedures van de methodiek vooral ziet als iets om verantwoording af te leggen. Ik denk niet dat alle teamleden de achterliggende gedachten, de manier van bejegen van de cliënt geheel doorgronden of consequent uitdragen. Ik denk dat ze het meer zien als iets bureaucratisch.

2Dus men ziet het meer als een verantwoordingsinstrument dan als een instrument om de begeleiding vorm te geven?

2Ik denk niet dat het op de manier wordt uitgevoerd als bedoeld door de ontwikkelaars. Uitgaande van de positieve krachten betekent niet dat je de problemen helemaal niet mag benoemen. Vaak overheerst de gedachte dat je het niet mag hebben over de regels van goed burgerschap en het handhaven van algemene waarden en normen omdat je je moet richten op de positieve krachten.

14Hoe zie je dat dan, hoe worden de problemen die een cliënt heeft benaderd vanuit deze methodiek?

Ik denk dat je wel degelijk bijvoorbeeld een probleem als verslaving ook in deze methodiek moet betrekken en dus zou moeten bespreken met cliënt.

4, 6Heeft dat iets te maken met de competenties van de teamleden om deze methodiek op de juiste wijze toe te passen?

Ik denk wel dat de juiste competenties aanwezig zijn onder de teamleden. Ik denk eerder dat de kernwaarden van de methodiek nog niet grondig genoeg zijn doorgedrongen.

7Dus de opleiding is niet stevig genoeg geweest?

Ja, daar was ook veel over te doen tijdens de introductie. In tegenstelling tot de vorige begeleidingsmethodiek zit in de procedures die bij deze methodiek horen, geen ruimte voor het benoemen van de problemen. Met name onderwerpen als verleden, verslaving, psychiatrische diagnose, agressie, etc., worden niet beschreven in documenten die bij het krachtgericht werken horen. Dat probleem is nog steeds niet opgelost.

8Deze woonvoorziening maakt deel uit van het zorgpad 'stabilisatie en bescherming', doorstroming naar een woonsituatie waarin meer zelfstandigheid is geen vereiste. Hoe verhoudt zich dat met een methodiek die gericht is herstel?

Daar raak je de kern van waar we tegenaan lopen. Voor het overgrote deel van onze doelgroep is deze methodiek niet passend. Bijvoorbeeld heel veel cliënten zijn zeer achterdochtig, het maken van afspraken, het vastleggen op papier, het ondertekenen van documenten, dat is allemaal zeer lastig bij deze doelgroep. Ook met het zelf in handen nemen van de regie is iets waar heel veel van onze cliënten grote moeite mee hebben. Op dit belangrijke punt hebben veel begeleiders grote moeite met de methodiek. Daarom zien ze de uitvoering als een verplichting en niet als een instrument om de begeleiding te ondersteunen.

5De begeleiders zien het als een verplichting, maar de cliënten ook?

Vanuit cliënten is niet altijd heel veel medewerking op het gebied van verslaglegging. Zij zien het vaak niet als een middel om hun wensen in praktijk te brengen.

8Het lukt de begeleiders niet om de cliënten te motiveren de eigen regie in handen te nemen?

Ik denk dat het goed is om herstel van de eigen regie op het leven als uitgangspunt te nemen. In de praktijk is het echter moeilijk resultaten te behalen bij de toepassing van deze methodiek bij deze doelgroep. Deze mensen willen en kunnen echt niet zo veel meer. Ze zijn echt gebaat bij bescherming en stabilisatie.

10Herstel is een te groot woord voor wat deze doelgroep kan bereiken. Maar als we daarvoor een andere omschrijving nemen, bijvoorbeeld het verhogen van de zelfredzaamheid. Levert deze methodiek een bijdrage in het vergroten van de zelfredzaamheid van onze cliënten?

Werken aan de zelfredzaamheid deden we ook al voordat deze methodiek werd ingevoerd. Ik denk niet dat deze methodiek daar plotseling verandering in heeft gebracht.

10Maar het is wel een expliciet onderdeel van deze methodiek om doelen te stellen?

Ja, maar de doelen zijn bijzonder klein. En ondanks dat blijven ze soms eindeloos doorlopen omdat ze niet behaald worden. Het is echt een grote uitzondering als het wel lukt om een echte stap vooruit te zetten.

Herstelwerk kent 6 basisprincipes, ik wil je ze een voor een voorleggen en aan je vragen erop te reageren door te vertellen (1)in hoeverre je achter het principe staat en (2) in hoeverre het in de praktijk toepasselijk is voor onze doelgroep.

3ABasisprincipe A

De cliënt heeft het vermogen te herstellen, het leven weer op te pakken en te veranderen.

Ja, dat hebben ze zeker en we zijn wel zo ingesteld dat ze daar hier alle kans voor krijgen. Als zich mogelijkheden aandienen voor een cliënt gaan we daar altijd positief mee om. Maar meestal is het vermogen toch niet aanwezig omdat de meesten al zo lang verslaafd zijn. Er zijn cliënten die we geregeld naar de detox gaan maar dat doen ze al jaren, verder is er geen enkele vooruitgang te bespeuren.

3A*Je zegt dat we als begeleiding wel altijd gericht zijn om mogelijkheden voor herstel te stimuleren maar dat in de praktijk bij zeer weinig cliënten echt vooruitgang geboekt wordt?*

Ja, dat is misschien maar 1 procent.

3B*Basisprincipe B*

Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen.

Daar zijn we wel altijd naar op zoek maar het betreft hele kleine stapjes. We proberen maatwerk te leveren maar de tekortkomingen hebben vaak de overhand. Dat maakt het moeilijk om de krachten te blijven zien.

3B*Je zegt dat je je probeert te richten op de positieve krachten maar dat de negatieve krachten en tekortkomingen vaak een spaak in het wiel steken?*

Ja, de problemen zijn vaak zo extreem bovenliggend dat er geen ruimte meer over is voor een focus op de positieve krachten.

3C*Basisprincipe 3*

De cliënt heeft de regie over de begeleiding.

Die insteek is prima en daar staan we ook voor in ons team. Maar opnieuw: tot op zekere hoogte. Cliënten hebben de regie over de begeleiding voor een gedeelte in handen maar voor een ander gedeelte niet. Ik denk aan de invloed van de bewonerscommissie. We proberen met alles wat we hier in huis doen dat samen en in overleg met de bewoners te doen. Ik denk dat we zelfs af en toe de regie wat meer zouden moeten overnemen omdat we sommige mensen meer in bescherming zouden moeten nemen. Juridisch gezien staan we niet zo sterk. We hebben als begeleiding niet echt veel te vertellen, over hun geld, over hun medicatie. Cliënten stoppen hier vaak met anti-psychotica en dat recht hebben ze. Maar wij weten dat het alleen maar tot ellende gaat leiden. Dat is soms moeilijk. De eigen regie betekent hier lang niet altijd dat cliënt de juiste beslissing neemt.

3C*En als je het bekijkt vanuit het perspectief van het in handen nemen van de eigen regie op het leven van de cliënt?*

Ja, daarin krijgen ze onze steun.

3C*Oké, maar hebben ze zelf de regie in handen?*

Nee, dat denk ik niet. Voor een gedeelte omdat ze dat vermogen niet hebben. Voor een ander gedeelte omdat ze een gedeelte van de regie graag uit handen geven. Er is maar een zeer klein gedeelte dat het wel lukt meer de eigen regie te pakken.

3D*Volgende principe*

De primaire werkelijkheid is essentieel

Ook daar zijn we als team heel goed in. In voor en tegenspoed proberen we de vertrouwensrelatie in stand te houden en in gesprek te blijven. Dat is zeker een kernwaarde hier.

3E*Volgende kernprincipe:*

Werken in de natuurlijke omgeving

Ja, dat doen we hier zeker, dat is een van de sterkere kanten van onze manier van werken. Zo goed als alles wordt hier georganiseerd in hun natuurlijke omgeving. Wij werken tussen hun levens in. Daarom gedijen de meesten hier ook goed.

3F*Laatste kernprincipe:*

De samenleving als hulpbron inzetten

Dat is de grootste uitdaging en staat erg ver af van de realiteit. Het is ook niet realistisch. De formule van onze woonvoorziening werkt juist goed omdat we een eigen leefomgeving creëren die grotendeels geïsoleerd is van de samenleving. De contacten die er nog wel zijn in de 'gewone samenleving' zijn sporadisch en veroorzaken meestal problemen aan beide kanten. Dat is heel ver weg voor de meeste cliënten. Het is een enkeling die nog contacten heeft met familie en dat stimuleren we dan ook zeer.

14*Verslaving is een van de problemen die herstel blokkeert. Wordt de verslaving in de begeleiding betrokken?*

Ik denk dat iedereen zich er erg bewust van is en daar ook over communiceert. Het ontbreekt aan een echte visie. Ik denk niet dat we instrumenten hebben om cliënten daarin daadwerkelijk te begeleiden. Het ontbreekt aan kennis en instrumenten bij de begeleiding. Ook externe partijen ondersteunen ons daarbij niet voldoende. Het hele team vindt dat een lastige situatie. Juist door de verslaving die zo allesoverheersend is, mislukken negen van de tien begeleidingsinitiatieven. Daar hebben we duidelijk nog geen grip op.

5*Op welke manier wordt de verslaving in de methodiek aan de orde gesteld?*

Nee, niet concreet. Indirect wordt wel aangegeven dat alles bespreekbaar moet zijn en dat bijvoorbeeld het zich houden aan burgerschapsnormen belangrijk is maar specifiek wordt het niet.

Het is ook niet expliciet in de documentatiecyclus benoemd. Dat ervaar ik als een tekortkoming omdat we door de verslaving aan de rest niet toekomen omdat de verslaving al het andere overschaduw.

Ik heb een aantal instrumenten op een rijtje gezet die ingezet kunnen worden om mensen in hun verslaving te begeleiden.

15A*Het bespreekbaar maken van de verslaving in het begeleidingsproces, gebeurt dat hier?*

Niet structureel, het komt alleen ter sprake bij incidenten. Dan bespreken we het maar daarbij komen we niet tot de kern van het probleem maar bestrijden de symptomen. Daarvoor ontbreekt het ons aan kennis en instrumenten.

15B*Groepstherapie zoals Liebermann?*

Dat zou wel waardevol zijn. We hebben echter de capaciteit en de instrumenten niet. Dat komt ook omdat er qua registratie en bureaucratie steeds hogere eisen aan ons gesteld worden. Ook de bezuinigingen hebben ervoor gezorgd dat onze caseload omhoog is gegaan. Dat betekent dat de capaciteit om te investeren in daadwerkelijke begeleiding steeds minder wordt.

15C*Motiverende gespreksvoering*

Die competenties zijn wel aanwezig bijna iedereen heeft daarin een cursus gehad. We krijgen daar cursussen in. Regelmatige opfriscursussen zouden wel mooi zijn.

15D*Voor- en nadelen balans*

Dat is een instrument waarbij de principes van herstelwerk specifiek worden toegepast bij de begeleiding van verslaving.
Nee, dat gebruiken wij niet.

15E*Bemoeizorg en ingrijpen?*

Nee, alleen op psychisch vlak wordt ingegrepen maar dat doet de behandelaar of de rechter. Ook op verkeerd gedrag grijpen wij in. Verder hebben wij niet echt mogelijkheden om in te grijpen. Het gaat om drang, niet om dwang.

15F*Familie en vrienden?*

Zijn vrijwel nooit aanwezig. Als die er wel zijn, stimuleren we dat zeer.

15G*Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen?*

Nee

15H*Crisiskaarten of terugval preventieplannen?*

Binnenkort gaan we daarmee beginnen, op initiatief van de GGZ. Het is mij nu nog onduidelijk wat dat inhoudt.

15I*Screening*

Nee

15J*Counseling*

Nee

16*Welke invloed heeft de psychiatrische stoornis op het herstel van een cliënt?*

Het komt geregeld voor dat cliënten leven in psychoses en wanen. Een rationele input op de begeleiding is dan niet te verwachten. Toch komen hun ideeën dan in de documenten te staan en dat heeft vaak een grote invloed op het realiteitsgehalte. Dat heeft op de lange duur geen positieve invloed op de motivatie van de cliënt.

17,18A*Wordt de psychiatrische stoornis besproken in het begeleidingstraject?*

Nee, niet direct. Wel dat we het bespreekbaar maken als mensen er last van hebben in hun functioneren. We motiveren ook het innemen van de voorgeschreven anti-psychotica. Daar gaan we wel over in gesprek. Het echt bespreken van de stoornis is ook iets dat meer thuishoort bij de behandelaar.

18C *Is er een samenhang tussen behandelplannen en begeleidingsplannen?*

Nee, op dat vlak bestaat geen samenwerking. Die plannen staan geheel los van elkaar. We vinden elkaar wel als er sprake is van incidenten of toenemende onrust. Naar mijn mening was dat in de oude methodiek iets beter geregeld. Toen was er wel sprake van een actieve bijdrage van de behandelaars in onze begeleidingsmethodiek, bijvoorbeeld hun aanwezigheid bij de cliëntbespreking. Dat gebeurt nu niet meer. Volgens mij is daar ook weinig belangstelling voor vanuit de GGZ.

18B *Maar dat heeft ook met capaciteitsverlies te maken?.*

Dat denk ik wel ja.

18B *En herstelwerk heeft het ook niet specifiek over de stoornis.*

Inderdaad, ze staan er verder van af. Er is hier geen sprake van een geïntegreerde behandeling.

18D *Signaleringsplannen*

Nee. Formeel zijn die er maar ze worden nauwelijks ingezet als instrument.

19 *Heb je zelf nog wat toe te voegen?*

Nee, dit was toch al behoorlijk veel.

Interview 3

Positie: zorg coördinator zorgpad stabilisatie en bescherming

19-02-2014

Wat is je functie?

Ik ben zorg coördinator van een RIBW en wij begeleiden voornamelijk mensen met een dubbele diagnose.

Hebben alle teamleden de procedures rondom de krachtgerichte begeleidingsmethodiek 'Herstelwerk' onder de knie?

Ja, die hebben ze redelijk onder de knie.

2 *Passen ze die ook toe binnen de daarvoor gestelde termijnen?*

Nee. De meeste wel maar ook een aantal niet. En degenen die zich er wel aan houden komen in tijdsnood zodat andere taken in gevaar komen. Of laten andere taken liggen.

4, 6 *Denk je dat de teamleden zich bewust zijn van de kernwaardes waarop de methodiek gebaseerd is?*

De meesten wel maar een aantal ook echt niet.

5 *Worden ze ook in de praktijk gebracht?*

Wat dat betreft hebben we op deze locatie een beetje geluk. De invoering van deze nieuwe methodiek liep parallel met de omvorming van onze woonvoorziening van maatschappelijke opvang (vanuit de gemeente betaald) naar RIBW (door rijk betaald via AWBZ). Ik heb ook heel erg duidelijk het verschil kunnen zien in benadering van vroeger en wat we nu doen qua begeleiding. En het verschil is groot. Mijn antwoord is heel duidelijk: ja, we passen de principes van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek nu duidelijk toe. Nog niet altijd want het is erg verleidelijk om juist niet krachtgericht te denken. Wat sommige zaken betreft kan je iemand niet aanspreken op zijn krachten, dan moet iemand gewoon terecht gewezen en soms gestraft worden. Sommige dingen kunnen gewoon niet. Daar komt niets krachtgerichts bij kijken.

7 *Waar heb je het dan over?*

Bijvoorbeeld buurtoverlast of een fiets stelen. Je kunt toch niet gaan zeggen: fantastisch, hoe heb je dat voor elkaar gekregen?'. Het is logisch dat ze gaan stelen. Wij als maatschappij hebben hier meer dan 100 verslaafden bij elkaar gezet die te weinig geld hebben om aan hun verslaving te voldoen. Het is logisch dat ze gaan stelen. En dan ontstaat er overlast

en daar moeten wij dan weer op reageren. En dat doen we dus maar dat kan natuurlijk niet krachtgericht, zo van: 'Wat goed dat je voor jezelf gezorgd heb en door een gestolen fiets te verkopen zelf geld hebt geregeld om aan je verslaving te voldoen!'.

7Dat is inderdaad een van onze opdrachten maar hoe zie je dat dan in relatie tot een krachtgerichte begeleiding?

Nee, dat is niet te combineren.

7Maar ook in Herstelwerk bestaat zoiets als burgerschap en een ondergrens waar ook een cliënt zich aan dient te houden.

Nou ja, het is op zich tot knap dat iemand jaren fietsen kan stelen zonder gepakt te worden, daar moet je toch bepaalde krachten en talenten voor inzetten. Als ik dat doe, wordt ik onmiddellijk gepakt.

7Dus deze cliënt heeft vaardigheden maar zet ze verkeerd in?

Nou ja, dat vinden wij als maatschappij.

7Maar wij moeten proberen ervoor te zorgen dat cliënt deze vaardigheden op een andere manier gaat inzetten?

Ja, en in sommige gevallen lukt dat ook.

7Maar waarom steelt iemand een fiets?

Meestal om aan de verslavingsbehoefte te voldoen.

7Maar hoe begeleid je cliënten in hun verslaving?

Er zijn bijvoorbeeld cliënten die heel erg diep in hun drugsgebruik zaten en d.m.v. het aangaan van het gesprek en iemand te overtuigen dat hij beter dagbesteding kan gaan doen. Dan bereik je dat iemand niet de straat op gaat en binnenblijft en als gevolg daarvan minder gefixeerd is op zijn verslaving. En dan natuurlijk ook minder fietsen steelt.

14Dat is dan een indirecte manier, je spreekt iemand niet direct aan op zijn verslaving?

Cliënten worden hier alleen maar opgenomen op basis van hun problematiek en eigenlijk kan ik niet zoveel met deze methodiek om deze problemen aan te pakken.

7Dus je zegt dat er aan de een kant overlast bestaat en beheersproblematiek en dat houdt niet zoveel verband met de begeleidingsmethodiek. Vind je het moeilijk om deze dingen te combineren?

Nee, dat niet, alleen het staat wel haaks op elkaar.

8De woonvoorziening is gericht op stabilisatie en bescherming terwijl de methodiek is gericht op herstel. Hoe verbind je die twee dingen met elkaar? In welke mate zijn bewoners bij jullie in staat om de eigen regierol op te pakken?

Ik denk dat ze dat niet kunnen, zeker niet in deze setting. Trouwens niet in deze samenleving. Het is voor mensen buiten deze setting al moeilijk om zich tegenwoordig staande te houden, laat staan deze zeer kwetsbare mensen.

9Maar hoe zie je dan de toepassing van Herstelwerk?

Er is wel vooruitgang, maar wel met heel erg kleine stapjes. Als begeleider moet je verwachtingen enorm omlaag bijstellen in vergelijking met wat we vroeger deden toen we nog MO waren. Zo bleek laatst, toen we dachten dat een cliënt die een wond had, dat wel zelf kon verzorgen, hij dat toch niet goed deed. We spraken hem aan op het nemen van de eigen regie maar dat bleek toch niet goed te gaan. Ook dat moesten we dus overnemen.

Het gaat dus om hele kleine stapjes. Zo hadden we laatst iemand die nog nooit van zijn leven gewerkt had. Hij had dringend geld nodig en toen hebben we hem aan de dagbesteding gekregen. Dat bleek hij onverwacht bijzonder goed te doen. Dan bereik je toch enige mate van herstel. Dag en nachtritme is weer goed. Hij eet en drinkt weer normaal. Hij verzorgt zichzelf weer terwijl daar voorheen geen sprake van was.

7En dat geld is voor?

Dat ontkent hij zelf maar hij gebruikt het om harddrugs te kopen. Maar hij bedelt niet en steelt geen fietsen en berooft geen oude vrouwtjes. We noemen ons zelf een RIBW maar in feite is wat we doen het beperken van overlast in de samenleving.

9Maar je zegt dat zijn dagbesteding een stap richting herstel is. Maar de motivatie is geld om harddrugs te kunnen kopen. Is er dan wel sprake van herstel?

Ja zeker, wat ik zeg: normale voedingspatroon, dag en nachtritme, betere verzorging. Hij wast zelfs zijn handen voor het eten!

9Herstelwerk heeft wel degelijk een positief effect?

Bij sommigen wel ja. Er zijn ook cliënten die schijten en pissen alles onder en daar werkt het helemaal niet om hen krachtgericht te benaderen.

5 Welke signalen krijg je van de persoonlijk begeleiders in je team over Herstelwerk?

Vooraf in het begin was er heel veel weerstand tegen. Men moest eraan wennen dat de vooruitgang meestal heel klein zijn. De verwachtingen waren te hoog gespannen. Zo was het ook gebracht bij de invoering. We gaan cliënten helpen om terug te keren in de maatschappij. Dat gaf een terugslag, teamleden raakten teleurgesteld en zetten de hakken in het zand. Een tijdje daarna werd men realistischer in de verwachtingen. Men beseftte beter dat het om de cliënt gaat en wat die kan en wil en dat je daar bij aan moet sluiten.

8 Wat is eigenlijk de missie van jullie woonvoorziening?

Stabiliseren, beschermen en overlast beperken. Maar uiteindelijk proberen we hier een prettige woonsituatie te creëren en niet veel meer. Daar waar dat mogelijk blijkt proberen we cliënten ook te laten doorstromen maar dat is geen uitgangspunt hier.

9 De doelen die hier gesteld worden zijn dus beperkt?

Ja, anders zouden ze niet hier terecht komen. Voor iemand die tien jaar niet buiten geweest is, is een ommetje maken van tien minuten een enorme stap voorwaarts.

Herstelwerk kent zes basisprincipes. Ik leg ze je een voor een voor en ik wil graag dat je er op reageert.

3A Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.

Niet zo absoluut te stellen. De meeste hebben dat niet, denk ik. Sommigen hebben wel een aantal vaardigheden maar daar is al zo lang geen beroep meer op gedaan. Voor deze kleine groep bestaat dat vermogen misschien wel.

3B Leg de focus op individuele krachten en niet op de tekortkomingen.

Daar ben ik het mee eens maar soms lukt dat niet omdat het negatieve zo dominant aanwezig is dat je er niet aan ontkomt om daar aandacht aan te schenken.

3B Welke negatieve zaken zijn dat dan?

Bijvoorbeeld steeds weer in aanraking met justitie komen door diefstallen, etc. Om hun verslaving te financieren. Soms is de match tussen persoonlijk begeleider en cliënt niet optimaal. Sommige cliënten willen niet worden aangesproken door een vrouw en er zijn nogal wat vrouwelijke begeleiders. Er moet ook een soort chemie zijn tussen de twee personen en soms lukt dat niet.

16 In hoeverre is de stoornis een remmende invloed op herstel?

Ja, daar heb je over nagedacht! Natuurlijk geeft dat enorme beperkingen. Sommige cliënten zitten chronisch in een psychose en daar kan geen rationeel gesprek mee gevoerd worden.

3C Volgende kernwaarde: De cliënt heeft de regie over de begeleiding.

Vanuit de begeleiding wordt de regie aan de cliënt aangeboden, zo zit dat in de methodiek. Een zeer beperkt deel van de bewoners heeft de regie.

3C Hoeveel is dat dan?

Eerder 3 dan 10%. Maar dat komt en gaat.

3C Hoe kijken cliënten tegen de cyclus van krachteninventarisaties en actieplannen aan?

Eerlijk gezegd denk ik dat ze het helemaal geen zak interesseert. Ze werken eraan mee omdat het een voorwaarde is om hier te kunnen wonen. De cliënt wil gewoon een plek hebben om te wonen, te gebruiken en te kunnen eten en drinken. Verder willen ze eigenlijk met rust gelaten worden. Dit is van bovenaf opgelegd.

5 Maar hoe kijkt de begeleiding daar dan tegen aan?

Nee, collega's vinden het wel fijn. Het geeft ze houvast en regelmaat in het werk. Ik ervaar het als prettig en dat hoor ik ook wel van andere collega's. Het heeft iets dwingend maar het schept ook duidelijkheid voor jezelf en waar je mee bezig bent.

3D Volgende kernwaarde: de werkrelatie is primair en essentieel.

Ja klopt.

3E Volgende: Werken in de natuurlijke omgeving van de cliënt.

Ja meestal wel. Maar dat ligt eraan. Soms vragen we ze ook heel bewust op kantoor. Het is een prima streven en het zou meer moeten gebeuren.

3F De laatste kernwaarde: De samenleving als hulpbron inzetten.

Dat is utopisch voor deze mensen. Zij hebben zo'n geschiedenis van ellende achter de rug. In veel gevallen kunnen ze geen beroep meer op de samenleving doen, anders zouden ze hier niet wonen.

3F Hoeveel cliënten hier hebben een sociaal netwerk?

Als je de gebruikers scene zelf niet meerekent, denk ik maximaal 10%

3F En werken in de samenleving?

Geen want mensen doen hier wel aan dagbesteding maar dat staat ook los en geïsoleerd van de maatschappij.

3F Het is dus een utopisch sterven maar in de praktijk bestaan er geen mogelijkheden dat in te zetten in de begeleiding?

Het is ook onmogelijk om met deze mensen samen te leven. Ik bedoel dat niet oneerbiedig hoor maar de problematiek is zo groot. Je kunt ze niet op een trappenhuis zetten waar ook twee gezinnetjes wonen. Voor de maatschappij zijn het gekken en junks. Samenleven is, zowel voor de cliënt als voor de buurman, niet vol te houden.

14 In hoeverre wordt er binnen de begeleiding op directe wijze aandacht besteed aan de verslaving?

Niet, we zijn niet gericht op het herstellen van verslaving. Het wordt niet genegeerd maar we zijn al lang blij als iemand zijn methadon inneemt op voorschrift van de GGZ. That's it! Verder kunnen ze eventueel nog een gesprek hebben met een deskundige verslavingszorg maar voor de rest doen we er niet veel mee. Dat is heel jammer.

18C In hoeverre is er een relatie tussen behandelplannen van de GGZ en jullie begeleidingsplannen?

Geen, dat gaat totaal langs elkaar heen. Dat zijn twee geheel gescheiden systemen. Je hebt wonen en je hebt behandelen.

18A Ik heb hier een rijtje met instrumenten die ingezet kunnen worden in het kader van verslavingszorg.

Ja, die worden misschien ingezet door de behandelaar maar niet door de woonbegeleiding.

14 Is begeleiding op het gebied van verslaving een onderdeel van de methodiek?

Nee.

15B Liebermann

Nee

15C Motiverende gespreksvoering?

Daar hebben we een cursusje in gehad.

15D Voor en nadelen balans?

Ken ik ja maar gebruiken we niet, helaas.

15E Ingrijpen, bemoeizorg?

Ja, dat gebeurt. Wij nemen alcohol in en gooien het weg. Dat is in samenspraak met de bewonerscommissie afgesproken. Cliënten mogen maar drie bier mee naar binnen nemen. Hij kan wel elk uur drie nieuwe halen maar in de praktijk werkt dat niet zo. Het helpt wel degelijk.

15E En harddrugs?

We mogen niet fouilleren. Formeel mogen ze met z'n tweeën op een kamer gebruiken.

14 Maar dat is beperkend, is er ook begeleiding in de verslaving?

We proberen cliënten ook in de detox te krijgen en we krijgen steeds meer extreme alcoholisten. Het is beperkt wat we kunnen doen want ze hebben allemaal volledig zelfbeschikkingsrecht.

15G Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen?

Nee, gebeurt niet.

15H Terugval preventieplan?

We zijn bezig dat in te voeren.

15 Screening, testen op hoeveelheden van drugsgebruik om dat in te zetten als middel om de cliënt daar meer inzicht in te geven en meer controle op te ontwikkelen

Nee, gebeurt niet.

17 Wordt de psychiatrische stoornis besproken in het kader van de woonbegeleiding?

Alleen als zich problemen voordoen.

18D Signaleringsplannen?

Ja.

Interview 4

Positie: zorg coördinator zorgpad stabilisatie en bescherming

8 april 2014

Welke opleiding heb je?

SPH: sociaal psychiatrisch hulpverlener

Wat is jouw functie nu?

Ik werk als zorgcoördinator op een woonvoorziening (RIBW) voor cliënten met een dubbele diagnose.

Hoeveel cliënten wonen er hier?

Intern wonen 38 personen en extern 20.

Wat betekent dat, extern?

Dat gaat om zelfstandige woningen met ambulante begeleiding. Voor een deel is het begeleid wonen en voor een deel VPT (Volledig Pakket Thuis). Wij zijn als voorziening net verhuisd. Daarvoor zaten we op een andere locatie met 62 cliënten. Bij de verhuizing is een deel van de bewoners ge-ambulantiseerd omdat ze die wens hadden en daar ook aan toe waren.

Voor alle duidelijkheid: dit onderzoek en dus mijn vragen, richten zich op de doelgroep cliënten die hier intern in de RIBW woont en niet op de externe woningen.

Duidelijk.

2 Twee jaar geleden is Herstelwerk ingevoerd. Denk je dat de persoonlijk begeleiders de techniek, de procedures, onder de knie hebben?

Ja, want wij waren een van de eerste lichten die daarmee gingen werken. Wij waren onderdeel van de pilot. Ik denk dat we het nu redelijk in de vingers hebben.

4 Onder de methodiek liggen een aantal kernwaardes. In hoeverre worden die gevolgd door de begeleiders?

Ja, op de oude locatie hadden we altijd al een redelijk dynamische doelgroep waarbij we altijd al 'buiten de box' moesten denken. Dat was altijd al onze kracht om cliënten mee te krijgen die elders heel moeilijk mee te krijgen waren. Altijd proberen we weer een andere manier om cliënten begeleidbaar te krijgen. Dat vloeiende eigenlijk heel mooi over in Herstelwerk en het was voor ons dan ook niet moeilijk ons deze methodiek eigen te maken.

8 Hoe zie jij de relatie tussen het wonen in het zorgpad met de naam stabilisatie en bescherming en de methodiek die gericht is op herstel?

Voor ons betekent herstel iets anders dan voor wat daar normaal voor door gaat. Normaal gaat het om een zichtbare verbetering of stijgende lijn. Bij ons concentreert het zich meer op het voorkomen van verslechtingen.

8 Eerste doel is het bereiken van stabilisatie?

Ja, Mensen komen bij ons vanuit zeer instabiele omstandigheden. Dan komen ze bij ons en het proces van stabilisatie kan dan vaak nog jaren doorlopen. Heel langzaam zie je dan dat er enige vooruitgang ontstaat, cliënten gaan dan hele kleine stapjes vooruit zetten.

10 Hoe ver gaan die kleine stapjes dan?

Dat hangt van de capaciteiten van een cliënt af. Als de cliënt verstandelijk beperkt is of de verslaving zo lang en heftig is, dan houd je daar rekening mee. De doelen die de cliënt zichzelf stelt daar proberen we aan te werken.

9 *Wat is de verwachting over doorstroming van de cliënten die hier wonen?*

Het doel is niet doorstroming. Er is een groep cliënten die de wens hebben uitgesproken dat ze bij ons hun laatste dagen willen slijten omdat ze zich hier gelukkig voelen.

8 *Dat is ook een belangrijk doel van de begeleiding hier: het creëren van een thuishaven?*

Precies, we zijn eigenlijk een stukje van het netwerk van de cliënt geworden. Velen hebben geen familiebanden meer en wij zijn daar de vervanging van.

3F *Het eigen netwerk van cliënten van vrienden en familie is zeer beperkt?*

Ja, ongeveer 20% heeft wel nog familierelaties. Vriendenrelaties zijn allemaal drugs gerelateerd. De hulpverleners vormen hun leefomgeving en ze hebben vaak geen behoefte dat verder uit te bouwen.

3E *Maar het blijft wel een professionele relatie?*

Dat wel maar we vieren ook alle feestdagen met ze: van verjaardagen tot Nieuwjaar, Pasen en Kerstmis. Dat waarderen ze echt.

Herstellwerk heeft 6 kernwaardes. Ik ga ze een voor een opnoemen en wil graag dat jij reageert in hoeverre ze van toepassing zijn in je werk.

3A *Kernwaarde 1; cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.*

De meeste hebben wel het vermogen om op enige wijze te herstellen. De een heeft meer vermogen om dat te vertalen in concrete stappen dan de ander. Het hangt er vaak vanaf in hoeverre de verslaving op de voorgrond staat.

3A *En het leven weer op te pakken?*

Dat is bij ons vrijwel niet aan de orde. Ze zullen niet in de maatschappij integreren als model burgers. Je probeert ze te helpen om weer enigszins te functioneren, ze op weg te helpen naar een winkel, weer te gaan koken. Op dat niveau proberen we de regie weer over te dragen.

3B *Kernwaarde 2: leg de focus op de individuele krachten, niet op de tekortkomingen.*

Daar proberen we altijd mee aan de slag te gaan. Het is altijd te gemakkelijk om naar de problemen te kijken en te focussen op wat er allemaal fout gaat. De kunst om te kijken wat iemand kan en dat in te zetten om iets positiefs te bereiken.

3B *Maar er zijn natuurlijk problemen: verslaving en psychiatrische stoornis. In hoeverre is het, ondanks dat deze problemen vaak heel erg overheersend zijn, toch mogelijk om je te richten op de positieve krachten?*

Bij de meesten lukt dat redelijk omdat de verslaving niet zo heel erg op de voorgrond staat. Maar er is een kleine kern van ongeveer acht cliënten waarbij de verslaving echt op de voorgrond staat. Bij deze groep is het wel erg moeilijk om de methodiek toe te passen in de zin van krachteninventarisaties en actieplannen. Soms is het echt een groot probleem om dan binnen de tijd je documenten af te hebben. Want, als je de cliënt eindelijk te pakken krijgt, wil hij/zij er ook weer zo snel mogelijk vanaf zijn.

Daarnaast is er een klein gedeelte waarbij de psychiatrie heel erg op de voorgrond staat en dan is het bijna niet mogelijk om samen een krachteninventarisatie te maken. Die kunnen zich vaak maar enkele minuten concentreren en dan moet je het gesprek beëindigen en proberen weer een volgende keer een ingang te vinden om het gesprek voort te zetten. Het wordt zeker moeilijker als het om de meest persoonlijke vragen gaat.

3B *Als je je richt op de positieve krachten, worden de problemen dan niet genegeerd?*

Bij ons is gedrag bepalend. Je mag dan allerlei problemen hebben en daar wordt je ook niet op afgerekend. Maar we spreken mensen wel aan op hun gedrag. Als je ruzie loopt te maken of je loopt te morsen op de gang, dan spreken we je daarop aan. Dit is een leefgroep en je moet het met elkaar doen. Daarnaast hebben we natuurlijk een scala aan hulpverleners rondlopen.

18C *Jullie laten de begeleiding betreffende verslaving en stoornis over aan de behandelaars?*

Nou, daar werken we mee samen.

18C *Hoe ziet die samenwerking er uit?*

Drie keer in de week is de GGZ in huis en daar hebben we uitgebreid overleg mee.

18C *Doen jullie aan behandelplanbesprekingen en zit de begeleider daar bij?*

Ja, en eens per drie weken is er een MDO (Multi Disciplinair Overleg) met de psychiater, de SPV-er, de arts van de GGD, soms het ACT en de begeleiding. Daar worden de cliënten ingebracht die tijdens de TKB zijn besproken en natuurlijk urgente gevallen.

3C *Kernwaarde 3: De cliënt heeft de regie over de begeleiding*

Als het aan de cliënt ligt, dan doet hij niets en moeten wij alles doen. Dat is ten minste bij een flinke groep zo. Het volledig in handen geven van de regie is bij ons vaak niet mogelijk. We moeten vaak ingrijpen. Bijvoorbeeld het koken. Daar krijgen ze geld voor. Maar dat gaat dan op aan andere zaken. Dan hebben ze geen geld voor eten. Nu moeten ze elke twee dagen bonnetjes overhandigen. En als ook dat niet goed gaat, elke dag. En als ook dat niet goed gaat, mogen ze niet meer zelf koken.

We proberen wel steeds weer de regie zoveel mogelijk bij de cliënt te leggen. En dat heb je natuurlijk op elk gebied. Ook wat betreft kamer schoonhouden bijvoorbeeld. Als dat niet goed gaat, nemen wij het uiteindelijk wel over.

3C *Kan je zeggen: regie bij de cliënt is wel het streven en in de praktijk nemen we, daar waar het mis gaat, de regie over? Bijvoorbeeld in de TKB moet je een doel van de cliënt bespreken. In de praktijk brengen de begeleiders vaak hun eigen doel in de TKB.*

Nee, dat herken ik niet, negen van de tien keer is het doel van de cliënt zelf. Dan zijn het vaak heel hoog gestelde doelen. Soms moet je het wel overnemen als de problematiek te veel op de voorgrond staat en cliënt de eigen doelen niet kan formuleren.

3C *Hoe gaan jullie ermee om als cliënten te hoge doelen formuleren?*

Bij ons mag dat als cliënt daar behoefte aan heeft. Wij proberen dat vervolgens wel op te breken in hele kleine doelen waaraan in de praktijk gewerkt kan worden. Dan wordt het samen naar de winkel, samen je administratie doen, etc. We gaan dan werken aan het aanleren van de basisvaardigheden die nodig zijn om zelf een huishouden te runnen.

3D *Kernwaarde 4: de werkrelatie is primair en essentieel.*

Natuurlijk en als er geen klik is tussen cliënt en begeleider, dan wordt het moeilijk. Dat hebben we wel een paar keer gehad. Of cliënt geeft aan dat het niet klikt, of de begeleider geeft aan dat alles al geprobeerd is en hij/zij echt niet meer weet hoe verder te komen, je loopt vast in de begeleiding en de doelen worden nooit behaald. Het kan ook dat cliënt zich onbegeleidbaar opstelt omdat de persoonlijkheden botsen. Soms is er een begeleider die zich bijvoorbeeld te directief opstelt.

3D *Maar directief is niet echt krachtgericht?*

Dat is waar maar soms is dat hier wel nodig, onze eerste opdracht is stabilisatie en dan ontkom je soms niet aan een directieve opstelling. Soms moet je ingrijpen om te voorkomen dat het helemaal mis gaat. Je weet dat, als het echt misgaat, de kans groot is dat een cliënt nooit meer terugkomt op zijn oude niveau. In zo'n situatie moet de begeleider er ook nog eens veel harder aan gaan trekken en valt weinig meer van de cliënt te verwachten. Dan moet je meer directief worden en drang uitoefenen en je sturend gaan opstellen.

3E *Kernwaarde 5: werken in een natuurlijke omgeving.*

Dat doen we nu, nadat we verhuisd zijn, veel meer. Op onze vorige locaties waren de kamertjes gewoon te klein en vaak wel heel erg vies om te gaan zitten met een cliënt, dan gingen we op kantoor zitten. Nu gaan we meer op bezoek bij de cliënt.

3F *Kernwaarde 6: de samenleving als hulpbron inzetten.*

Op onze oude locatie, waar we 20 jaar gezeten hebben, kenden we mensen in de buurt en als er iets mis ging, dan werd er contact met ons opgenomen en niet meteen met de politie. Men begreep heel goed dat onze cliënten niet geheel op hun eigen verantwoordelijkheden aangesproken konden worden en dan werden wij aangesproken of gebeld. De buurt was wel betrokken. Nu zitten we in een hele andere buurt en moeten we dat opnieuw opbouwen.

3F *Maar bedoelt men met deze kernwaarde niet dat je moet proberen onze cliënten zoveel mogelijk in de normale samenleving moet laten functioneren? Met werk, verenigingen, kerk, sportclubs, etc.?*

Het grootste deel van onze bewoners komt de straat nooit meer uit of gaat hoogstens naar de dichtst bijzijnde winkels. Sommigen komen vrijwel helemaal niet meer buiten. Veel cliënten hebben interne dagbesteding.

3F *Maar dat is ook niet echt in de samenleving.*

Nee, precies. Dat ligt moeilijk met deze doelgroep.

3F *Ja, want eigenlijk zijn ze uit de samenleving verstoten?*

Dat klinkt hard ja, maar de samenleving zit niet op ze te wachten. En dat is, sinds de crisis, alleen maar erger geworden. Ook de cliënt heeft daar trouwens weinig behoefte aan want ze beseffen heel goed in welke positie ze zitten ze leven vaak al 25 jaar buiten de normale samenleving om.

De volgende vragen gaan over een aantal instrumenten/hulpmiddelen die beschikbaar zijn om mensen met een dubbele diagnose te begeleiden. Mijn vraag is in hoeverre deze door jullie worden ingezet.

15B *Groepstherapie?*

Nee, bijna alle cliënten zitten nog midden in het stabiliseringproces en zijn op dit moment nog niet geïnteresseerd in dit soort cursussen.

15C *Motiverende gespreksvoering?*

Het grootste gedeelte van onze begeleiders is HBO geschoold en hebben dat in hun opleiding meegekregen. Er bestaat ook een interne cursus en twee of drie jaar geleden hebben enkele begeleiders die gevolgd. Daar wordt niet expliciet aandacht aan besteed.

15D *Voor en nadelen balans, dat je mensen begeleid bij het meer zicht krijgen en beter onder controle krijgen van hun verslaving? Of terugval preventieplannen?*

Nee, we hebben wel het signaleringsplan.

14 *Maar dat is vanuit psychiatrische hoek en niet vanuit de verslaving?*

Ja, ook wel. We hebben een apart e verslavingsdeskundige in huis van GGZ-Ingeest. Vroeger was die rechtstreeks verbonden aan onze locatie maar nu is de caseload uitgebreid buiten de deur. Maar we kunnen altijd een beroep op haar doen, rechtstreeks of via haar collega's van GGZ die hier werken. Er worden detoxen geregeld via de GGD en via GGZ-Ingeest.

15E *Detoxen gebeurt wel?*

Ja, maar niet zomaar want het is heel duur. Je moet wel bewijzen dat je heel erg gemotiveerd bent. Of een cliënt is gevaarlijk aan het afglijden zodat het leven in gevaar komt, dan wordt het een noodingreep.

15E *Ingrijpen bemoeizorg heeft te maken met gedrag en niet met gezondheid?*

Met alle twee. Soms moeten mensen zich bijvoorbeeld twee keer per week laten wegen om te zorgen dat ze niet te veel vermageren. We hebben hier ook mensen met een RM (rechtelijke machtiging) en las ze zichzelf of derden in gevaar brengen, kunnen ze gedwongen worden opgenomen. Als mensen die hun eigen eetgeld krijgen, te sterk vermageren omdat ze geen eten kopen maar drugs, moeten ze weer in de groep gaan eten.

15G *Inzet van ervaringsdeskundigen?*

Dat doen we heel weinig.

15I *Screening als hulpmiddel om meer zicht op de verslaving te krijgen en uiteindelijk meer onder controle te krijgen?*

Wel op individueel niveau maar niet als vast onderdeel van de begeleiding.

17 *Over de psychiatrische stoornis, wordt daarover gesproken als onderdeel van de begeleiding?*

We signaleren heel veel en koppelen dat terug naar GGZ maar het is ook onderdeel van de begeleiding. Juist omdat er sprake is van ene psychiatrische stoornis, vraagt dat veel van de begeleiding. Daar wordt ook onderling tussen de begeleiders veel over gesproken.

15^E, 5 *Wat is jouw mening over Herstelwerk als methode?*

Als ik een conclusie moet trekken, dan vind ik herstelwerk als methode goed maar toch vooral gericht op cliënten die meer potentie hebben dan onze doelgroep. In ons zorgpad is er moeilijk mee te werken. Ik merk dat de valkuil is dat volgens de methodiek de begeleider heel hard gaat lopen omdat de cliënt de regie heeft en zelf mag bepalen wat er gebeurt. Collega's vinden het vaak moeilijk om in te grijpen en op de rem te gaan staan omdat dat dan tegen de methodiek in zou gaan. Terwijl de methodiek ook zegt dat je juist cliënten op hun verantwoordelijkheden moet wijzen en altijd

medeverantwoordelijk moet maken. Verder is een groot nadeel het papieren gedeelte, de begeleiders kunnen daar mee aan de slag maar onze cliënten kunnen daar niets mee. Het wordt daarom steeds meer als een 'moetje' gezien.

5 Ook door de begeleiding?

Precies, want die weten dat een cliënt er niet aan meewerkt. Ondanks dat moet de deadline toch gehaald worden. Dan wordt er maar even snel wat ingevuld. 95% van de cliënten doet niet meer dan er klakkeloos een handtekening onder zetten omdat het nou eenmaal verplicht is.

5 Ze zien het als iets dat nou eenmaal moet om hier te kunnen blijven wonen?

Precies.

5 Maar dan werkt de cyclus alleen maar frustrerend, zowel richting cliënten als richting begeleiders?

Ja, want het heeft het geen enkele functie meer in het proces van begeleiding en wordt alleen maar als een bureaucratische last beschouwd. Terwijl binnen de methodiek is het juist iets wat de cliënt als zijn eigendom moet zien, het gaat om het vastleggen van zijn eigen doelen en zijn regie daarover. Maar zo zien onze cliënten het helemaal niet. De evaluatie is helemaal een drama want die is heel uitgebreid in ingewikkeld. Cliënten willen daar helemaal niet mee geconfronteerd worden. Hun eerste en enige vraag is: 'Waar moet ik mijn handtekening zetten?' In de kern zou Herstelwerk iets van de cliënt moeten zijn maar dat lukt bijna nooit met onze doelgroep. En dan blijft het iets van de begeleiding.

Interview 5

Positie: zorg coördinator zorgpad stabilisatie en bescherming

7 april 2014

Wat is je opleiding?

Ik heb een HBO opleiding management.

Hoe lang werken jullie met Herstelwerk?

Twee jaar.

En alle teamleden hebben de cursus gedaan.

Ja.

2 Denk je dat de PB-ers de procedures nu onder de knie hebben?

Ja, dat heeft even geduurd maar dat is nu onder controle. Met behulp van een planningsrooster/digibord gaat dat nu goed. We hebben ook een aandachtsfunctionaris aangesteld die dat allemaal goed in de gaten houdt en er boven op zit.

4, 6 Is het team ook doordrongen van de kernwaardes waar de methodiek op gebaseerd is?

Ja, dat zijn ze. Alleen voor het toepassen ervan bij onze doelgroep bestaan toch wel lichte twijfels en wordt het een en ander gemist.

18B Kan je dat toelichten?

Een van de gevolgen is dat ik de ouderwetse MDO (Multi disciplinair overleg) weer heb ingevoerd. Weliswaar niet zo frequent als vroeger maar in ieder geval is er elk kwartaal een MDO ingepland met arts, psychiater, SPV-er, begeleiders en cliënt.

18B En hoeveel cliënten worden er dan besproken?

We hebben maar anderhalf uur. Twee, maximaal drie cliënten die het meest problematisch zijn.

En hoeveel mensen wonen er hier?

24.

10 En waarom heb je dat weer ingevoerd?

De methodiek geeft niet in alle gevallen de handvaten om verder te komen met de cliënten. Als je vast komt te zitten in actieplannen die nooit worden nagekomen en die elk half jaar weer hetzelfde zijn, dan kom je niet verder.

10*Dus de doelen worden niet gehaald?*

Nee, er zit vaak geen enkele beweging in. 80% van onze doelgroep is alleen maar bezig met de verslaving en heeft echt helemaal geen behoefte om te leren wassen, koken, schoonmaken, etc.

10*Cliënt heeft geen ander doel dan te scoren om in zijn verslaving te voorzien, om de zucht te bevredigen?*

Ja, dat is hun dagelijkse bezigheid. En dat wordt op deze locatie, midden in een wijk, heel lastig. Er bestaat hier een beheerplan en als cliënten zich buiten misdragen, krijgen ze een gele kaart en bij drie gele kaarten mogen ze hier een jaar niet meer wonen.

7*Dat sanctiebeleid is moeilijk te combineren met krachtgericht werken?*

Ja, dat bijt elkaar.

5, 18B*En wat kan een MDO daar aan veranderen?*

We hebben TKB's en dan gaan we helemaal uit van de krachten van een cliënt en daarbinnen is weinig ook voor het ziektebeeld en de problematiek die daarmee samenhangt. En pas als je de problemen goed in kaart hebt, kan je op basis daarvan bepalen welke stappen gezet moeten worden. Je kunt altijd de positieve kanten van een cliënt belichten maar dat gaat dan vaak over de constatering dat het bijvoorbeeld een heel aardige man of vrouw is die netjes zijn of haar taken in huis doet. Maar qua ontwikkeling helemaal niets wil omdat de enige zorg is dat er genoeg drugs beschikbaar blijven. Als je de ziekte van iemand goed wil belichten, dan heb je daarbij die psychiater en huisarts nodig en dat is wat in een MDO gebeurt.

8*Deze voorziening maakt deel uit van het zorgpad stabilisatie en bescherming terwijl de methodiek volledig op herstel gericht is. Hoe sluit dat in de praktijk op elkaar aan?*

In rehabilitatiegericht werken, Wat veel overeenkomsten heeft met Herstelwerk, kunnen verantwoordelijkheden en taken overgenomen worden als iemand dat zelf niet redt. Dat kan je dus op alle niveaus van zelfstandigheid van een cliënt inzetten; van iemand waarbij bijna alles overgenomen moet worden tot iemand die vrijwel volledig zelfstandig is. De mate van eigen regie wordt aangepast aan de mogelijkheden van een cliënt. Met Herstelwerk kijken we alleen naar de krachten en niet naar de tekortkomingen. Hoe kunnen we dan bepalen wat iemand wel en niet aankan? En in hoeverre iemand de eigen regie kan nemen?

3C*In Herstelwerk lijkt de regie altijd bij de cliënt te liggen en overnemen wordt niet als krachtgericht beschouwd.*

Ja, maar in de praktijk moeten we wel verantwoordelijkheden overnemen.

3C*Waarom dan?*

Als een cliënt niet in staat is zijn eigen kamer schoon te houden, zullen we dat over moeten nemen. Is dat krachtgericht? Ik weet het niet. Als je het rehabilitatiegericht noemt, dan kan je het over nemen en daarna proberen de regie weer terug te krijgen bij een cliënt, hem zo te begeleiden en te stimuleren dat hij uiteindelijk wel weer zelf zijn kamer op orde kan houden.

Herstelwerk is heel goed voor een andere doelgroep. Vroeger heb ik bijvoorbeeld in de psychiatrie gewerkt met een doelgroep die zelf nog veel meer wilde. Ze hadden wel psychiatrische problemen maar niet de extra handicap dat ze ernstig verslaafd waren. En die groep wil altijd heel graag weer zelfstandig wonen en is gemotiveerd om daar aan te werken. Voor deze doelgroep is het een uitstekende methodiek.

3C*Dus volgens jou is de verslaving datgene waardoor bij onze cliënten de motivatie ontbreekt om zich te richten op herstel?*

Precies. Verslaving is het voorliggende probleem, het eerste aandachtspunt. Als je je daar niet op richt, zal je niet vooruit komen.

9, 11, 3B*Uit de cijfers blijkt dat tussen de 5 en 10% van de cliënten hier lukt om door te stromen naar een woonsituatie met een grotere zelfredzaamheid.*

Ja, dat is laag. De begeleiding mist ook erg de informatie over de levensloop van cliënten. In de oude methodiek zat de persoonsbeschrijving waarin een uitgebreide levensloop was opgenomen. Dat is totaal afwezig binnen Herstelwerk. Ook voor de doorstroom van cliënten naar andere woonvoorzieningen is dat belangrijk want, voordat je iemand opneemt, moet je wel weten of iemand past binnen een voorziening.

Herstelwerk kent zes basisprincipes. Ik wil ze graag voorlezen en dat jij er op reageert in hoeverre deze toepasbaar zijn op jouw locatie.

3A*Kernwaarde 1: cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.*

90% van onze doelgroep heeft dat vermogen dus niet omdat de verslaving het leven volledig overheerst.

3C*Kernwaarde 2: De cliënt heeft de regie over de begeleiding.*

Dat is waar de TKB vanuit gaat. In de optiek van de begeleiders hier is dat niet altijd mogelijk maar ze hebben niet het mandaat daar van af te wijken. Je kunt als begeleider proberen te sturen maar als een cliënt daar niet in mee wil, houdt alles op.

3C*Sommige cliënten, bijvoorbeeld als ze psychotisch zijn, zijn niet in staat om eigen doelen te formuleren. Dan moet je dus gaan overnemen en dan ga je de doelen voor een cliënt bedenken. Gebeurt dat hier ook?*

Ja, natuurlijk gebeurt dat, alleen, de cliënt is er helemaal vrij in om daar wel of niet in mee te gaan.

3C*En als hij dat niet doet?*

Dan blijft het gewoon liggen want dan kunnen we er niets mee. Of we worden wel gedwongen het over te nemen omdat bijvoorbeeld de kamer ernstig vervuild, of omdat cliënt overlast veroorzaakt in de buurt. Dan ga je, helemaal buiten de cliënt om, bepalen wat nodig is. Dat gebeurt natuurlijk geregeld.

3D*Kernwaarde 4: de werkrelatie is primair en essentieel.*

Ja, natuurlijk is die belangrijk.

3E*Kernwaarde 5: werken in de natuurlijke omgeving.*

Er is geen sprake van een natuurlijke omgeving.

3F*Kernwaarde 6; de samenleving als hulpbron inzetten*

Dat kan heel handig zijn en gebeurt ook wel. Vrienden, familie. Er is een aantal cliënten dat daar contact mee heeft.

3F*En als je het hebt over werken?*

Het gaat niet om reguliere banen maar om dagbesteding.

3F*Maar kan je dagbesteding als onderdeel van de samenleving beschouwen?*

Dat vind ik lastig. Een zorgboerderij of kwekerij waar mensen dagbesteding doen, dat beschouw ik niet als een onderdeel van de samenleving. Dat is juist geïsoleerd van de samenleving met alleen maar mensen die in hetzelfde schuitje zitten. Niemand gaat ook naar ene normaal buurthuis in de wijk. Alle activiteiten vinden op speciale locaties plaats en zijn specifiek voor de doelgroep georganiseerd en vinden daarom juist gescheiden plaats van de rest van de samenleving.

3F*Dus eigenlijk leven ze geheel buiten de normale maatschappij?*

Kijk, het enige moment dat ze met de normale maatschappij te maken krijgen is als ze hier de deur uitlopen en naar de markt of de winkel gaan, of de huisarts of een afspraak in het ziekenhuis. Dan blijkt vaak dat dit al te hoog gegrepen is. Dat een cliënt toch weer gaat bedelen, ondanks dat hij weet dat hij daarvoor een gele kaart krijgt en daarmee dus zijn woning hier op het spel zet.

Er zijn methodieken die krachtgericht zijn maar specifiek ontworpen voor gebruik bij de doelgroep met dubbele diagnose. Daarin worden een aantal hulpmiddelen aangereikt om mensen te begeleiden in hun verslaving. Mijn vraag is in hoeverre op jouw locatie gebruikt wordt gemaakt van deze instrumenten.

14, 15A*Wordt de verslaving expliciet meegenomen in de begeleiding?*

Nee. Als de cliënt expliciet aangeeft dat hij er aan wil gaan werken, dan gaan ze naar deskundigen toe. Wij zijn eigenlijk bezig met wat anders. Het gaat om die oude HVO-technieken. Cliënten kunnen taken doen in huis en krijgen daarvoor een vergoeding. Cliënten zijn gemotiveerd voor deze taken omdat ze geld nodig hebben om te kunnen scoren. Indirect zijn wij als begeleiders dus bezig deze mensen aan hun dope te helpen. Dat vind ik lastig.

3F*Dat lijkt me dubbel want die klussen in huis zijn bedoeld om ze vooruit te helpen?*

Ja, maar het effect is heel anders, namelijk dat ze weer een bolletje coke kunnen kopen.

9*Je zei dat als een cliënt aangeeft gemotiveerd te zijn om aan zijn verslaving te werken, dat je hem/haar dan in contact brengt met de specialist. Komt dat veel voor?*

Toevallig hebben we nu een succesverhaal in huis. Deze meneer is drie maanden in detox geweest en is nu al weer een maand thuis en heeft nog steeds geen druppel gedronken. Hij wil nu snel doorstromen en nooit meer een druppel aanraken.

9Dus het komt wel voor?

Zeker en dan is er ook oog voor, dan springen we onmiddellijk in. Maar de motivatie moet wel uit hen zelf komen. Je krijgt mensen niet eens in een detox als ze niet kunnen aantonen dat ze een behoorlijke motivatie hebben. Tenzij met een RM maar dan speelt motivatie geen enkele rol en gaat het om dwang vanwege levensgevaar en zo'n detox is bij thuiskomst meteen weer afgelopen.

15B Groepstherapie?

Nee.

15C Motiverende gespreksvoering?

Iedereen heeft de cursus gehad. Maar ik denk niet dat het voldoende is. Ik heb begrepen van de GGZ dat ze daar ook over aan het nadenken zijn.

15E Bemoeizorg en ingrijpen?

Ja.

15E Op welke manier?

Bijvoorbeeld iemand in huis heeft een obsessieve verzamelwoede voor voeding. Dat is ernstig en daar grijpen we in. Elke dag komen we zijn kamer controleren en halen alle bedorven voedsel weg.

15E Dus er wordt ingegrepen als er gevaar dreigt voor cliënt of derden?

Ja.

15E En ingrijpen rondom drugs- en alcoholgebruik?

Gedrag is daar leidend. Er zijn ernstige zorgmijders. Laatst was er een cliënt die zo dronken wordt dat hij omvalt en zijn hoofd ernstig stoot. Hij stuurt de ambulance gewoon weg terwijl het bloed uit zijn hoofd gutst. Voor zo iemand moeten we een RM regelen. Uiteindelijk is hij verplicht opgenomen.

15F Inzet familie en vrienden? In hoeverre is daar beleid op gezet?

Niet.

15F Hoeveel cliënten hebben contact met familie?

Ongeveer 25%.

15G Inzet van lotgenoten?

Nee.

15G Ervaringsdeskundigen?

Volgende maand krijg ik een ervaringsdeskundige in dienst, daar ben ik blij mee maar het is wordt beleidsmatig ingezet.

15H Terugvalpreventieplannen?

Nee.

15I Screening?

Nee. Alleen de GGD doet de methadon screening, maar niet als hulpmiddel om de begeleiding op verslaving vorm te geven.

15J Counseling, inhoudelijke begeleiding bij het onder controle brengen van de verslaving.

Natuurlijk heb je het daarover met de cliënten.

16 We hebben het nu vooral over de verslaving gehad maar wat is nu de invloed van de psychiatrische stoornis?

Ik denk dat de psychiatrische stoornis eigenlijk geen barricade vormt voor herstel maar vooral de verslaving. Als je niet verslaafd bent dan draagt medicatie veel bij aan het normaal kunnen functioneren. Bij verslaving is dat niet zo.

16Maar symptomen als psychoses, wanen en apathie en initiatiefloosheid maken het er niet makkelijker op om de energie te vinden om aan het oppakken van de eigen regie in het leven te werken.

Dat klopt, dat zijn belemmeringen en er is niemand die zal zeggen dat het met een paar pilletjes is opgelost. Dat is ook vaak een weg waarvoor je een hele lange adem moet hebben. We weten dat je uit elke psychose schade aanricht en dat je er altijd minder goed uitkomt dan dat je er in ging. Dat veroorzaakt blijvende schade. Daarom is het extra belangrijk je medicijnen te blijven slikken om de psychose te voorkomen.

16Gebeurt het vaak dat mensen stoppen met hun medicatie?

Ja, dat gebeurt nogal eens, voornamelijk bij jongeren. Die denken dat het heel goed met ze gaat en stoppen dan met medicatie. Ze vergeten dat het goed ging juist omdat ze medicatie namen en je ziet ze dan langzaam afglijden in een psychose.

17, 18AWordt de psychiatrische stoornis besproken in het begeleidingstraject?

Ja, wel besproken maar vanuit de begeleiding wordt daar geen therapie op gezet want dat doet de behandelaar.

18BEn dat wordt nu besproken in het MDO, daar wordt de behandeling afgestemd op de begeleiding?

Ja, de SPV-ers stemmen af met de begeleiders.

18DSignaleringsplannen worden gebruikt?

Ja.

5Dat waren mijn vragen. Heb je zelf nog iets toe te voegen?

Ik ben wel geïnteresseerd in die andere methodieken omdat we in de praktijk toch wel tegen problemen aanlopen met Herstelwerk. De begeleiders lopen continu tegen zaken aan. Zij zouden natuurlijk ook het liefst vooruitgang willen boeken en de methodiek vraagt daar ook om. En als je dat met de methodiek niet voor elkaar krijgt frustreert dat de begeleider. Als je eeuwig moet opschrijven: doelen niet gehaald, geen vooruitgang gemaakt.

5En wat is het effect op de cliënt?

Ook 90% een houding van, nou ja, proberen we het toch weer. Als jij dat wil, gaan we dat toch opschrijven. De motivatie bij de cliënt is vaak zo ver te zoeken. Dat past vaak niet bij de methodiek.

Interview 6

Positie: zorg coördinator zorgpad stabilisatie en bescherming

31 maart 2014

2Twee jaar geleden is herstelwerk ingevoerd. Heeft het team de technische kanten daarvan onder de knie?

Het wordt steeds beter. Het is nog niet helemaal op orde want we hebben een achterstand. Je weet, ik werk hier pas sinds januari. We streven er naar het volgend jaar geheel op orde te hebben.

5En jullie gebruiken ook de TKB?

Dat heb ik voorgelegd aan de teamvergadering en alle cliënten zijn een keer aan de beurt geweest en de afspraak is nu dat er, incidenteel, indien nodig, een TKB wordt gehouden. Wel wordt de tijd ingezet om cliënten op een andere wijze te bespreken.

5Welke signalen krijg jij vanuit het team over het gebruik van Herstelwerk?

De woonbegeleiders hebben het er wel druk mee en ook soms niet helemaal snappen hoe het werkt en wat de bedoeling ervan is. Ze kijken er positief naar alleen is het met deze doelgroep wat moeilijk om van krachten uit te gaan. Het is een moeilijke doelgroep en bij nieuwe cliënten wordt vaak een stukje informatie gemist over de achtergrond van cliënten. Je werkt daar in principe ook niet mee. Dat is mijn bezwaar bij deze hele methodiek.

3BDat het niet de bedoeling is vanuit de problematiek te werken?

Nee, je werkt vanuit de krachten maar als referentie heb je wel de problematiek nodig. In de praktijk blijkt ook dat de cliënt een heel ander beeld heeft van zichzelf dan de cliënt zelf.

10Hoe kom je daar achter?

Hier zijn de cliënten wel heel erg betrokken bij het invullen van de krachteninventarisaties, evaluaties en actieplannen maar dan merk je dat ze dat toch heel erg anders invullen dan wij. Wij als begeleiders vinden dat meestal geen reëel beeld.

10Gaaf het dan over het stellen van niet realistische doelen?

Bijvoorbeeld, of de situatie mooier voordoen dan het in werkelijkheid is. Struisvogelpolitiek met betrekking tot de verslaving. Zoals: 'ja, ik ben al dertig jaar verslaafd maar volgend jaar ben ik dat niet meer'.

10Hoe gaan jullie daar dan mee om?

Dat wordt besproken in de werkbegeleiding. Als het een grote kwestie is, dan wordt het in het teamoverleg of cliëntenoverleg besproken en dan gaan we wel uit van de wensen van een cliënt. We proberen dan wel zoveel mogelijk mee te gaan in het toekomstbeeld van de cliënt. Je weet nooit waar het toe kan leiden. De ervaring leert dat de motivatie vaak ontbreekt maar dan nog is het niet aan ons om te zeggen: 'Nee, dat is geen haalbaar doel'. We gaan dan proberen hoe ver we kunnen komen. Meestal proberen we dan de vertaalslag naar kleinere stapjes te maken en daarover suggesties te doen aan de cliënt.

10Dus je probeert dan hele ambitieuze doelen in overleg met de cliënt te vertalen naar kleinere stappen?

Bijvoorbeeld ja. Soms zit een cliënt al heel lang in ene bepaalde situatie en is er maar een klein deurtje nodig om daar uit te komen en soms lukt het ons dat deurtje te vinden. Bijvoorbeeld een cliënt die altijd in een verkeerde omgeving verkeerd heeft en niet wist hoe uit dat vicieuze cirkeltje van gebruik, dealen en omgaan met de verkeerde mensen te komen. En dan toch met behulp van intensieve begeleiding, eerst hier intern en daarna naar een woonvorm met meer verantwoordelijkheden, daar uiteindelijk uit klimt.

10En er zijn ook echt cliënten die dat lukt?

Ja, en ook de motivatie laten zien.

9Om hoeveel cliënten gaat dat dan?

We hebben in totaal 29 cliënten, 14 intern en 15 extern. En ik denk dat het 10 tot 15 % lukt om meer zelfstandigheid te realiseren.

9In welke vorm wonen jullie externe cliënten?

9We hebben een blok met negen hele kleine appartementen in de directe omgeving, met een woon/leefkamer, een eigen keukentje en een slaapkamer.

9En de bewoners worden ambulant begeleid?

Ja, die krijgen een wat intensievere begeleiding en veel controle. Dat zijn cliënten waarbij drugs een grote rol in het leven speelt en als je die bij elkaar zet, dan kan dat veel overlast opleveren in de buurt. Onze controle is voor een groot deel gericht op het voorkomen van overlast voor de buurt.

Daarnaast hebben we een groepswoning, geschikt voor drie cliënten. Dat is een drugsvrije woning en daar mag dus niet gebruikt worden. Daar worden mensen geplaatst die niet verslaafd zijn.

11Zijn dat doorstroom plekken vanuit de 24-uurs voorziening?

Ja, mensen stromen vanuit hier door.

11Dus dat zijn cliënten die grote stappen vooruit zetten?

Ja. Tenzij we natuurlijk geen interne doorstroom kandidaten hebben, dan wordt er extern gekeken.

Verder hebben we nog een PVT (volledig pakket thuis) klant met een eigen woning. Die heeft de woning op eigen naam en daarvoor is wel in het contract vastgelegd dat een voorwaarde is dat hij begeleid wordt en dat inkoopt bij ons.

En dan hebben we nog een soort echtpaar, die wonen aan de andere kant van de wijk en worden ook door ons begeleid.

Dat betreft een totaal andere doelgroep, hun diagnose is licht verstandelijk beperkt.

9Herstelwerk is een basismethodiek die inzetbaar is voor iedereen die op wat voor manier dan ook ondersteuning nodig heeft, van mijlenver verwijderd tot zeer dicht op totale re-integratie. Op welk niveau speelt jullie begeleiding zich af?

Op verschillende niveaus op de verschillende locaties. Voor de RIBW gaat het vooral om stabilisatie maar natuurlijk, als de kans zich aanbiedt en ze kunnen doorstromen, dan begeleiden we ze daar ook in. Sommigen lukt het uiteindelijk een volwaardige baan te vinden.

3E *En als je het beperkt tot de cliënten in de RIBW?*

Daar beperkt de motivatie zich voornamelijk tot de 5 euro die ze kunnen verdienen met dagbesteding omdat ze dat dan kunnen uitgeven aan drugs. Hierbinnen is geld voor drugs de enige motivatie om aan dagbesteding te doen.

11 *Maar het lijkt erop dat de cliënten die hier in de satelliet woningen zitten, niet in het zorgpad stabilisatie thuishoren omdat ze al stappen richting meer zelfredzaamheid gezet hebben?*

Niet helemaal. Praktisch zijn ze wat vaardiger maar hebben vaak wel een grote mate van afhankelijkheid. Ze zijn heel erg gericht op onze begeleiding. Ze hebben altijd duizend en een vragen en hebben flinke aansturing nodig, vaak ook bij ADL handelingen.

11 *Ze hebben dezelfde indicaties?*

Meestal iets lager. Intern is het vaak GGZ5, wat vrij hoog is en in de satelliet woningen gemiddeld GGZ3.

14, 17 *Verslaving en psychiatrische kwetsbaarheid zijn de problemen van jullie cliënten. Spreken jullie je cliënten daarop aan als onderdeel van de begeleiding?*

De meeste cliënten hier wonen hier al jaren en de geschiedenis is bekend en staat op papier vanuit de oude methodiek (8 FM). Bij nieuwe mensen komt er veel informatie vanuit het verslag van het intakegesprek. Zou het zo zijn dat een nieuwe cliënt hier binnen komt en je start de methodiek op, dan kan je geen risico-inventarisatie maken want je kent de cliënt nog niet. Er ontbreekt gewoon een stuk achtergrondinformatie over de cliënt.

14 *En wat doe je daar vervolgens mee in de begeleiding? Ga je dan met de cliënt op zoek naar zijn krachten of ga je het over de problemen hebben?*

Begeleiden doe je in samenwerking met cliënt en het is wel een heel mondige cliëntèle. Zij weten ons aan te spreken en ik vind dat we hen ook op hun gedrag moeten aanspreken. De problematiek is wel vaak bekend en als iemand al dertig jaar in het circuit van verslavingszorg zit en er een heel dossier bestaat, dan adresseren we dat. Daarom hebben we elke twee weken overleg met een arts van de GGD, een verpleegkundige van de GGD, de behandelend psychiater en een psychiatrisch verpleegkundige. Daar zit verder de teammanager bij en de zoco en zoveel mogelijk mensen van het team.

18B *Een MDO dus?*

Ja, alleen normaal gesproken heb je dat niet maar wij hebben het elke twee weken.

18B *En hoeveel cliënten worden dan besproken?*

Gemiddeld zo'n vijftien. Dan wordt doorgenomen wat er speelt. Dat kan iets kleins zijn, bijvoorbeeld een keelontsteking maar kan ook gaan over gedragsproblematiek. Het wordt natuurlijk ook benoemd als het goed gaat met cliënten.

18B *En daar wordt ook afgesproken hoe je de begeleiding gaat vormgeven?*

Ja, in dat overleg worden acties afgesproken en die gaan vaak over zaken die de begeleiding moet uitvoeren. En in het volgende overleg worden de resultaten besproken.

18C *En hoe krijgt dat dan vorm in de begeleiding?*

Bijvoorbeeld, als bij een cliënt de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat maar hij wel duidelijke wensen heeft, dan heb je genoeg stof voor gesprek en dan bepaal je samen in het gesprek welke stappen je samen gaat zetten.

18C *Er is dus een open gesprek over de verslaving?*

Ja.

18A *En over de stoornis?*

Dat is vaak een moeilijk onderwerp. Ik ervaar dat een cliënt het veel liever heeft over zijn verslaving dan over zijn beperkingen, of dat nou psychiatrische problemen betreft of gaat over verstandelijke beperkingen. Het grootste deel van onze cliënten heeft nauwelijks tot geen ziekte inzicht.

18C *Dat ligt dus meer bij de behandelaar?*

Ja. Daarvoor hebben we behandelplanbesprekingen en daar zitten ook de betrokken woonbegeleiders bij.

18C *Dan wordt er een koppeling gemaakt tussen behandel en begeleidingsplan?*

Ja, ook de GGD levert een behandelplan af dat gericht is op de somatische kant van een cliënt. Deze drie documenten worden samen besproken tijdens de behandelplanbesprekingen. Er wordt verwacht dat cliënt daar bij zit maar in negen van de tien gevallen is dat niet zo.

18CEigenlijk ook een MDO?

Ja, maar het verschil is dat hier dieper op een cliënt wordt ingegaan. In de tweewekelijkse MDO gaat het over zaken die actueel spelen.

De methodiek kent een aantal kernprincipes en die wil ik graag aan je voorleggen zodat jij daarop reageert vanuit jouw werksituatie.

3ABasisprincipe 1: De cliënt heeft het vermogen te herstellen, het leven weer op te pakken en te veranderen.

In principe hebben ze dat ja.

3BBasisprincipe 2: leg de focus op de individuele krachten en niet op de tekortkomingen.

Daar ben ik het niet helemaal mee eens. Het een sluit namelijk het andere niet uit. Als je iemands krachten wilt benoemen, moet je ook weten wat zijn beperkingen zijn. Deze methodiek ziet de beperkingen als 'slecht', je mag het er niet over hebben. Dat vind ik niet goed. Elk mens heeft zijn beperkingen, of je nou hier woont of in een kasteel, maakt niet uit. Het hoort bij het leven en zou dus meegenomen moeten worden in de begeleiding.

3BEn als ik zeg dat het een mooi principe is om je te richten op de krachten die in een cliënt aanwezig zijn maar dat het bij deze groep vaak zo is dat de problemen zo dominant aanwezig zijn dat een focus op de krachten bijna onmogelijk wordt? Dat de problemen zo op de voorgrond staan dat je meer met beheersing bezig bent dan met het ontwikkelen van positieve krachten?

Dat komt voor. Het is wel zo dat de verslaving hier geen kwestie is. Dat wordt gezien als een onderdeel van hun leven en dat wordt geaccepteerd en daar hangt de begeleiding geen oordeel aan.

3BZe mogen gebruiken op de kamer?

Ja, en dat neemt al een hele drempel weg, het is geen onderwerp dat tussen cliënten en begeleiding in staat. Als gebruik op een locatie niet is toegestaan, creëert dat confrontaties. Iemand neemt stiekem een blikje bier mee naar binnen. Omdat mensen hier mogen gebruiken, neem je een barrière weg. Je hebt het er ook niet zo vaak over.

7Maar ontstaan er door dat gebruik niet veel gedragsproblemen?

Ja, dat komt voor. Maar gedrag is bepalend. Dat geldt voor ons ook. Als ik door rood rijdt, krijg ik een boete. Als een cliënt een fiets steelt om drugs te kunnen kopen, wordt hij daarop aangesproken omdat dat onacceptabel gedrag is. En dat heeft consequenties want dan wordt de politie erbij gehaald. Ook als een cliënt zich hier binnen misdraagt wordt hij daarop aangesproken, net zoals dat van mij ook niet geaccepteerd zou worden.

Ook met deze methodiek moet je grenzen stellen. Als een cliënt zich bedreigend en agressief opstelt, wat nogal eens voorkomt, dan treedt je daar tegen op.

7Hoe gaan jullie om met overlast in de buurt?

De politiecontrole in de wijk is vrij hoog. We hebben goed contact met de buurtregisseur waar we eens per twee/drie weken overleg mee hebben wat er speelt in de buurt.

7Er is geen druk vanuit de buurtbewoners wegens overlast?

Nee, heb ik nog niet meegemaakt. Hier in de omgeving is veel opvang, dus het hoort ook een beetje bij de buurt.

3CKernprincipe 3: De cliënt heeft de regie over de begeleiding.

Ja en nee. Het is een beetje tegenstrijdig. De methodiek van de organisatie benoemt dit maar zegt tegelijkertijd dat elke cliënt dagbesteding moet hebben. Dat is tegenstrijdig.

3CDus het is meer een streven?

Wat mij betreft had dit principe er ook uit gelaten kunnen worden. De cliënt komt hier wonen en tekent allerlei contracten waarin allerlei verplichtingen worden vastgelegd. En veel keus om niet te tekenen heeft de cliënt niet.

De cliënt wordt gescreend en dan wordt voor hem gekeken waar hij opgenomen zou kunnen worden en de keuzevrijheid is daarin zeer beperkt. Daar struikelt het principe van de eigen regie al.

3CDe vrije keuzes van cliënt zijn zeer beperkt, het alternatief is meestal de straat.

Ja, maar niet dat ik dat een slechte zaak vind.

3D*Kernprincipe 4; de werkrelatie is primair en essentieel.*

Ja, maar die staat eigenlijk los van de methodiek want dat is bij elke methodiek het geval. Dat gaat over integer werken en dat is altijd een basisprincipe in begeleiden.

3E*Kernprincipe 5: werken in de natuurlijke omgeving.*

Ik snap niet goed wat daarmee bedoeld wordt. Is dat de omgeving waarin ze zich ophouden?

Kernprincipe 6: de samenleving als hulpbron inzetten.

Vaak is er in het verleden zoveel beschadigd dat er geen familie en vrienden meer over zijn. Of het is verworden tot iets puur functioneels: 'Ik ga even naar mijn moeder want dan krijg ik weer wat geld' of; 'Ik heb mijn zus gebeld en ze komt wat kleren voor me brengen'. Door de verslaving moet er, in hun contacten, altijd wat te halen vallen.

3E*En de leefomgeving is vooral drugs gerelateerd?*

Veelal wel ja.

3E*Hebben jullie familiebeleid?*

Ja, dat wordt wel gestimuleerd, we hebben een aandachtsfunctionaris familiebeleid. Die probeert er wat van te maken maar dat gaat erg moeizaam. Dat gaat om cliënten te stimuleren contact te leggen en het uitnodigen van familie om op bezoek te komen op de Varikstraat. Daar valt volgens mij nog wel veel winst te behalen. Ik denk dat je daarmee de cliënt ook naar een hoger niveau kan tillen.

3E*Maar het contact herstellen is, gezien de in het verleden aangerichte schade, wel mogelijk?*

De schade is meestal groot maar er is ook altijd de behoefte om weer naar elkaar te groeien bij familie of vrienden. Men voelt vaak wel een gemis. Vanuit onze cliënten neemt de behoefte om het contact te herstellen ook toe naarmate ze ouder worden. De verslaving gaat bij ouder worden vaak minder op de voorgrond te staan.

Ik noem nu een aantal hulpmiddelen die ingezet kunnen worden in de begeleiding en mijn vraag is in hoeverre dat gebeurt.

15A*Bespreekbaar maken van de verslaving in het proces van begeleiden?*

Ja, dat gebeurt

15B*Groepstherapieën als Lieberman?*

Ik werk nu drie maanden hier en heb dat nog niet meegemaakt.

15C*Motiverende gespreksvoering?*

Ik weet niet of collega's daarin getraind zijn maar ik denk wel dat het toegepast wordt.

15D*De voor en nadelen balans?*

In Herstelwerk zit, dan wel als een niet officieel document, de risico-inventarisatie waarin je aangeeft wat er zou gebeuren als cliënt geen begeleiding zou krijgen. Hoe zou het dan gaan met de verslaving, met de inname van medicatie, hoe zou het lichamelijk gaan. Dat soort zaken zit daar wel in. Dan ga je afwegen wat de voor en nadelen zijn. Ik denk dat dit in de meeste methodieken wel is opgenomen.

15E*Bemoeizorg en ingrijpen?*

Soms is dat beter voor een cliënt en het gebeurt en dat is niet altijd slecht.

15E*Maar is het krachtgericht?*

Nee, maar als een cliënt niet naar een dokter wil terwijl er ernstige klachten zijn, dan moeten we dat overnemen.

15F*Inzet vrienden en familie*

Hebben we het over gehad: is belangrijk

15G*Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen?*

Een keer in de week hebben we een overweginggroep en daar wordt het drugsgebruik bespreekbaar gemaakt en daar wordt dieper in gegaan welke mechanismen er spelen en hoe je er meer controle op kan krijgen. Dat wordt geleid door een SPV-er, een psychologe en een ervaringsdeskundige. Die komt een keer per twee weken bij elkaar en daar kunnen onze

cliënten aan deelnemen. Het is slecht bezocht en degene die er wel komen krijgen als beloning een pakje shag. Ik heb niet het idee dat er veel gebeurt met datgene wat daar besproken wordt.

15G*Hoeveel cliënten gaan daar heen?*

Drie, hooguit vier.

15H*Terugval preventieplannen?*

Dat is op zich niet verkeerd maar dat zit bij ons verweven in de behandelplanbesprekingen waar de cliënt aan deelneemt.

Screening?

Ja, dat doen we ook wel. Alcohol blazen en urinetesten.

15I*Counseling*

Daar zijn we niet zoveel mee bezig. Als een cliënt aangeeft dat hij zo'n zin heeft, dan zeggen wij dat het zijn eigen verantwoordelijkheid is. E stellen hoogstens de vraag of het hem/haar wel verstandig lijkt. Je probeert de cliënt op andere gedachten te brengen.

15II*Ja, dat zou je counseling kunnen noemen, cliënten begeleiden om hun verslaving onder controle te brengen of houden.*

16*De psychiatrische stoornis, wordt die besproken in het proces van begeleiden?*

Ik heb hiervoor gewerkt op een woonvoorziening waar psychiatrie meer op de voorgrond staat. Daar kreeg je als begeleider vaak te horen van cliënt zelf dat hij last had van stemmen. Daar bestond meer ziekte-inzicht. Hier staat verslaving op de voorgrond en wordt de psychiatrische stoornis niet onderkend of ze zijn er helemaal niet mee bezig. We hebben hier meer te maken met gedragsproblematiek. Onaangepast en egocentrisch gedrag, etc.

16*Meer de persoonlijkheidstoornissen?*

Ja.

16*En psychoses?*

Soms wel, wij zien dat maar de cliënt meestal niet. Ziekte inzicht is afwezig.

Ik ben er doorheen. Heb jij nog opmerkingen die je kwijt wil?

Nee, ik denk dat we wel aardig wat besproken hebben.

Dank.

INTERVIEWS GERANGSCHIKT NAAR TOPIC

De interviews zijn gecodeerd per onderwerp uit de topiclist. Per onderwerp zijn de antwoorden samengevoegd zodat er overzicht ontstaat van de opvattingen van de gehele groep betrokken zorg coördinatoren per onderwerp. Van elk onderwerp is vervolgens door de onderzoeker zelf een synthese geformuleerd van de gezamenlijke opvattingen. Dit is mogelijk omdat de antwoorden grote overeenkomsten vertonen. Waar deze significant afwijken, is dit aangegeven in de synthese.

2

Denk je dat je teamleden de administratieve procedures onder de knie hebben?

Ja, de teams hebben de procedurele kant nu wel onder de knie, de registratie en verslaglegging van de formele cyclus.

Ik denk 80% de procedures goed kent maar er is wel constante sturing nodig

Nee. De meeste wel maar ook een aantal niet. En degenen die zich er wel aan houden komen in tijdnood zodat andere taken in gevaar komen. Of laten andere taken liggen.

Ja, want wij waren een van de eerste lichten die daarmee gingen werken. Wij waren onderdeel van de pilot. Ik denk dat we het nu redelijk in de vingers hebben.

Ja, dat heeft even geduurd maar dat is nu onder controle. Met behulp van een planningsrooster/digibord gaat dat nu goed.

We hebben ook een aandachtsfunctionaris aangesteld die dat allemaal goed in de gaten houdt en er boven op zit.

Het wordt steeds beter. Het is nog niet helemaal op orde want we hebben een achterstand. Je weet, ik werk hier pas sinds januari. We streven er naar het volgend jaar geheel op orde te hebben.

Synthese

Vier van de zes zorg coördinatoren menen dat hun teams de procedures onder de knie hebben en zich aan de cyclus houden. Twee van hen menen dat er nog stappen gezet moeten worden om het geheel op orde te krijgen.

3A – Clienten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.

-Er zit altijd een spanningsveld: waar ligt de grens tussen het overnemen van taken en verantwoordelijkheden en het recht, de plicht en de wil van cliënten om zelf die verantwoordelijkheden te dragen. Het is wel belangrijk dat je ernaar streeft de cliënt zoveel mogelijk de eigen regie te laten behouden. Daar hoort bij dat je het als begeleider stimuleert dat cliënt de eigen regie ook daadwerkelijk oppakt. Dat is iets waar we hier naar moeten streven en dat is ook de kern van de methodiek Herstelwerk.

-Ja, dat hebben ze zeker en we zijn wel zo ingesteld dat ze daar hier alle kans voor krijgen. Als zich mogelijkheden aandienen voor een cliënt gaan we daar altijd positief mee om. Maar meestal is het vermogen toch niet aanwezig omdat de meesten al zo lang verslaafd zijn. Er zijn cliënten die we geregeld naar de detox gaan maar dat doen ze al jaren, verder is er geen enkele vooruitgang te bespeuren. () Ja, van voortuitgang is misschien maar bij 1 procent sprake.

-Niet zo absoluut te stellen. De meeste hebben dat niet, denk ik. Sommigen hebben wel een aantal vaardigheden maar daar is al zo lang geen beroep meer op gedaan. Voor deze kleine groep bestaat dat vermogen misschien wel.

-Dat is bij ons vrijwel niet aan de orde. Ze zullen niet in de maatschappij integreren als model burgers. Je probeert ze te helpen om weer enigszins te functioneren, ze op weg te helpen naar een winkel, weer te gaan koken. Op dat niveau proberen we de regie weer over te dragen.

-90% van onze doelgroep heeft dat vermogen dus niet omdat de verslaving het leven volledig overheerst.

-In principe hebben ze dat ja.

-Zeker en dan is er ook oog voor, dan springen we onmiddellijk in. Maar de motivatie moet wel uit hen zelf komen. Je krijgt mensen niet eens in een detox als ze niet kunnen aantonen dat ze een behoorlijke motivatie hebben. Tenzij met een RM maar dan speelt motivatie geen enkele rol en gaat het om dwang vanwege levensgevaar en zo'n detox is bij thuiskomst meteen weer afgelopen.

Synthese

Alle zes geïnterviewde zorg coördinatoren vinden dat begeleiding altijd gericht moet blijven op mogelijkheden voor herstel maar dat in de praktijk de vermogens van deze groep om te herstellen beperkt zijn.

3B – Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

-Daar sta ik zeker achter. Het is een hele uitdaging voor persoonlijk begeleiders om die focus vast te houden omdat het gedrag voortkomend uit de problematiek van verslaving en stoornis zo overheersend aanwezig zijn.

-Daar zijn we wel altijd naar op zoek maar het betreft hele kleine stapjes. We proberen maatwerk te leveren maar de tekortkomingen hebben vaak de overhand. Dat maakt het moeilijk om de krachten te blijven zien.

-Ja, de problemen zijn vaak zo extreem bovenliggend dat er geen ruimte meer over is voor een focus op de positieve krachten.

-Daar ben ik het mee eens maar soms lukt dat niet omdat het negatieve zo dominant aanwezig is dat je er niet aan ontkomt om daar aandacht aan te schenken. Bijvoorbeeld steeds weer in aanraking met justitie komen door diefstallen, etc. Om hun verslaving te financieren. Soms is de match tussen persoonlijk begeleider en cliënt niet optimaal. Sommige cliënten willen niet worden aangesproken door een vrouw en er zijn nogal wat vrouwelijke begeleiders. Er moet ook een soort chemie zijn tussen de twee personen en soms lukt dat niet.

-Daar proberen we altijd mee aan de slag te gaan. Het is altijd te gemakkelijk om naar de problemen te kijken en te focussen op wat er allemaal fout gaat. De kunst om te kijken wat iemand kan en dat in te zetten om iets positiefs te bereiken.

-Bij de meesten lukt dat redelijk omdat de verslaving niet zo heel erg op de voorgrond staat. Maar er is een kleine kern van ongeveer acht cliënten waarbij de verslaving echt op de voorgrond staat. Bij deze groep is het wel erg moeilijk om de methodiek toe te passen in de zin van krachteninventarisaties en actieplannen. Soms is het echt een groot probleem om dan binnen de tijd je documenten af te hebben. Want, als je de cliënt eindelijk te pakken krijgt, wil hij/zij er ook weer zo snel mogelijk vanaf zijn. Daarnaast is er een klein gedeelte waarbij de psychiatrie heel erg op de voorgrond staat en dan is het bijna niet mogelijk om samen een krachteninventarisatie te maken. Die kunnen zich vaak maar enkele minuten concentreren en dan moet je het gesprek beëindigen en proberen weer een volgende keer een ingang te vinden om het gesprek voort te zetten. Het wordt zeker moeilijk als het om de meest persoonlijke vragen gaat.

-Bij ons is gedrag bepalend. Je mag dan allerlei problemen hebben en daar wordt je ook niet op afgerekend. Maar we spreken mensen wel aan op hun gedrag. Als je ruzie loopt te maken of je loopt te morsen op de gang, dan spreken we je daarop aan. Dit is een leefgroep en je moet het met elkaar doen. Daarnaast hebben we natuurlijk een scala aan hulpverleners rondlopen.

-Daar ben ik het niet helemaal mee eens. Het een sluit namelijk het andere niet uit. Als je iemands krachten wilt benoemen, moet je ook weten wat zijn beperkingen zijn. Deze methodiek ziet de beperkingen als 'slecht', je mag het er niet over hebben. Dat vind ik niet goed. Elk mens heeft zijn beperkingen, of je nou hier woont of in een kasteel, maakt niet uit. Het hoort bij het leven en zou dus meegenomen moeten worden in de begeleiding.

-Dat komt voor. Het is wel zo dat de verslaving hier geen kwestie is. Dat wordt gezien als een onderdeel van hun leven en dat wordt geaccepteerd en daar hangt de begeleiding geen oordeel aan.

-Ja, en dat neemt al een hele drempel weg, het is geen onderwerp dat tussen cliënten en begeleiding in staat. Als gebruik op een locatie niet is toegestaan, creëert dat confrontaties. Iemand neemt stiekem een blikje bier mee naar binnen. Omdat mensen hier mogen gebruiken, neem je een barrière weg. Je hebt het er ook niet zo vaak over.

Synthese

Vijf zorg coördinatoren geven aan dat het altijd het streven is te focussen op de positieve krachten maar dat dit bij deze doelgroep in de praktijk moeilijk is omdat de problemen zo overheersend zijn.

3C – De cliënt heeft de regie over de begeleiding

-Het oppakken van de eigen regie verhoudt zich slecht met het feit dat onze cliënten verslaafd zijn. Verslaving is een stoornis waarbij de persoon steeds neurologische signalen krijgt die de eigen wilcomponent ondermijnen. Daarom wordt altijd de keuze gemaakt voor drank of drugs en niet voor de eigen wil. Dus ook al lijdt je er onder, je maakt toch altijd weer de verkeerde keuze. En daarin spelen veranderingen in het zenuwstelsel die veroorzaakt worden door de verslaving, een belangrijke rol. De wilskracht is ondermijnd. Ik vermoed dat je dan eerst de verslaving moet aanpakken voordat je kunt beginnen op persoonlijke doelen op andere gebieden.

-Inderdaad, de verslaving staat tegenover de vrije wil. En deze methodiek spreekt de cliënt juist aan op de vrije wil. De verslaving blokkeert de vrije wil echter, dat is het grote obstakel hier.

-Daar kan ik weinig voorbeelden van noemen. Het is de bedoeling dat de begeleidingsdoelen zoveel mogelijk door de cliënt zelf geformuleerd worden. Maar 'de regie over de begeleiding nemen' zo groot is het niet.

-Daar zit wel wat in natuurlijk, als de cliënt hier komt wonen, tekent hij een zorgleveringsovereenkomst en daarin wordt verwacht dat cliënt zich begeleidbaar opstelt. Veel cliënten aanvaarden het omdat het een voorwaarde is om hier te kunnen wonen. En ik denk ook dat ze daar in veel gevallen wel baat bij hebben.

-Die insteek is prima en daar staan we ook voor in ons team. Maar opnieuw: tot op zekere hoogte. Cliënten hebben de regie over de begeleiding voor een gedeelte in handen maar voor een ander gedeelte niet. Ik denk aan de invloed van de bewonerscommissie. We proberen met alles wat we hier in huis doen dat samen en in overleg met de bewoners te doen. Ik denk dat we zelfs af en toe de regie wat meer zouden moeten overnemen omdat we sommige mensen meer in bescherming zouden moeten nemen. Juridisch gezien staan we niet zo sterk. We hebben als begeleiding niet echt veel te vertellen, over hun geld, over hun medicatie. Cliënten stoppen hier vaak met anti-psychotica en dat recht hebben ze. Maar wij weten dat het alleen maar tot ellende gaat leiden. Dat is soms moeilijk. De eigen regie betekent hier lang niet altijd dat cliënt de juiste beslissing neemt.

-Ja, daarin krijgen ze onze steun.

-Nee, dat denk ik niet. Voor een gedeelte omdat ze dat vermogen niet hebben. Voor een ander gedeelte omdat ze een gedeelte van de regie graag uit handen geven. Er is maar een zeer klein gedeelte dat het wel lukt meer de eigen regie te pakken.

-Vanuit de begeleiding wordt de regie aan de cliënt aangeboden, zo zit dat in de methodiek. Een zeer beperkt deel van de bewoners heeft de regie.

-Eerder 3 dan 10%. Maar dat komt en gaat.

-Eerlijk gezegd denk ik dat ze het helemaal geen zak interesseert. Ze werken eraan mee omdat het een voorwaarde is om hier te kunnen wonen. De cliënt wil gewoon een plek hebben om te wonen, te gebruiken en te kunnen eten en drinken. Verder willen ze eigenlijk met rust gelaten worden. Dit is van bovenaf opgelegd

-Als het aan de cliënt ligt, dan doet hij niets en moeten wij alles doen. Dat is ten minste bij een flinke groep zo. Het volledig in handen geven van de regie is bij ons vaak niet mogelijk. We moeten vaak ingrijpen. Bijvoorbeeld het koken. Daar krijgen ze geld voor. Maar dat gaat dan op aan andere zaken. Dan hebben ze geen geld voor eten. Nu moeten ze elke twee dagen bonnetjes overhandigen. En als ook dat niet goed gaat, elke dag. En als ook dat niet goed gaat, mogen ze niet meer zelf koken.

-We proberen wel steeds weer de regie zoveel mogelijk bij de cliënt te leggen. En dat heb je natuurlijk op elk gebied. Ook wat betreft kamer schoonhouden bijvoorbeeld. Als dat niet goed gaat, nemen wij het uiteindelijk wel over.

-Nee, dat herken ik niet, negen van de tien keer is het doel van de cliënt zelf. Dan zijn het vaak heel hoog gestelde doelen. Soms moet je het wel overnemen als de problematiek te veel op de voorgrond staat en cliënt de eigen doelen niet kan formuleren.

-Bij ons mag dat als cliënt daar behoefte aan heeft. Wij proberen dat vervolgens wel op te breken in hele kleine doelen waaraan in de praktijk gewerkt kan worden. Dan wordt het samen naar de winkel, samen je administratie doen, etc. We gaan dan werken aan het aanleren van de basisvaardigheden die nodig zijn om zelf een huishouden te runnen.

-Ja, maar in de praktijk moeten we wel verantwoordelijkheden overnemen.

-Als een cliënt niet in staat is zijn eigen kamer schoon te houden, zullen we dat over moeten nemen. Is dat krachtgericht? Ik weet het niet. Als je het rehabilitatiegericht noemt, dan kan je het over nemen en daarna proberen de regie weer terug te krijgen bij een cliënt, hem zo te begeleiden en te stimuleren dat hij uiteindelijk wel weer zelf zijn kamer op orde kan houden.

-Herstelwerk is heel goed voor een andere doelgroep. Vroeger heb ik bijvoorbeeld in de psychiatrie gewerkt met een doelgroep die zelf nog veel meer wilde. Ze hadden wel psychiatrische problemen maar niet de extra handicap dat ze ernstig verslaafd waren. En die groep wil altijd heel graag weer zelfstandig wonen en is gemotiveerd om daar aan te werken. Voor deze doelgroep is het een uitstekende methodiek.

-Dat is waar de TKB vanuit gaat. In de optiek van de begeleiders hier is dat niet altijd mogelijk maar ze hebben niet het mandaat daar van af te wijken. Je kunt als begeleider proberen te sturen maar als een cliënt daar niet in mee wil, houdt alles op.

-Ja, natuurlijk gebeurt dat, alleen, de cliënt is er helemaal vrij in om daar wel of niet in mee te gaan. Dan blijft het gewoon liggen want dan kunnen we er niets mee. Of we worden wel gedwongen het over te nemen omdat bijvoorbeeld de kamer ernstig vervuild, of omdat cliënt overlast veroorzaakt in de buurt. Dan ga je, helemaal buiten de cliënt om, bepalen wat nodig is. Dat gebeurt natuurlijk geregeld.

Ja en nee. Het is een beetje tegenstrijdig. De methodiek van de organisatie benoemt dit maar zegt tegelijkertijd dat elke cliënt dagbesteding moet hebben. Dat is tegenstrijdig.

Ja, maar niet dat ik dat een slechte zaak vind.

-Wat mij betreft had dit principe er ook uit gelaten kunnen worden. De cliënt komt hier wonen en tekent allerlei contracten waarin allerlei verplichtingen worden vastgelegd. En veel keus om niet te tekenen heeft de cliënt niet. De cliënt wordt gescreend en dan wordt voor hem gekeken waar hij opgenomen zou kunnen worden en de keuzevrijheid is daarin zeer beperkt. Daar struikelt het principe van de eigen regie al.

-Dat is waar maar soms is dat hier wel nodig, onze eerste opdracht is stabilisatie en dan ontkom je soms niet aan een directieve opstelling. Soms moet je ingrijpen om te voorkomen dat het helemaal mis gaat. Je weet dat, als het echt misgaat, de kans groot is dat een cliënt nooit meer terugkomt op zijn oude niveau. In zo'n situatie moet de begeleider er ook nog eens veel harder aan gaan trekken en valt weinig meer van de cliënt te verwachten. Dan moet je meer directief worden en drang uitoefenen en je sturend gaan opstellen.

Synthese

Alle zorg coördinatoren zijn het er over eens dat cliënten in hun zorgpad de regie over een groot gedeelte van hun leven, niet hebben. Op een groot aantal levensgebieden is de regie overgenomen door hulpverleners. Het krachtprincipe van waaruit de begeleiders werken in dit zorgpad is: 'De begeleiding legt zo veel mogelijk van de regie terug bij de cliënt.'

3D – De werkrelatie is primair en essentieel

-Ja, het is essentieel om een vertrouwensrelatie op te bouwen als persoonlijk begeleider.

-Ook daar zijn we als team heel goed in. In voor en tegenspoed proberen we de vertrouwensrelatie in stand te houden en in gesprek te blijven. Dat is zeker een kernwaarde hier.

-Ja klopt.

-Natuurlijk en als er geen klik is tussen cliënt en begeleider, dan wordt het moeilijk. Dat hebben we wel een paar keer gehad. Of cliënt geeft aan dat het niet klikt, of de begeleider geeft aan dat alles al geprobeerd is en hij/zij echt niet meer weet hoe verder te komen, je loopt vast in de begeleiding en de doelen worden nooit behaald. Het kan ook dat cliënt zich onbegeleidbaar opstelt omdat de persoonlijkheden botsen. Soms is er een begeleider die zich bijvoorbeeld te directief opstelt.

-Ja, natuurlijk is die belangrijk.

-Ja, maar die staat eigenlijk los van de methodiek want dat is bij elke methodiek het geval. Dat gaat over integer werken en dat is altijd een basisprincipe in begeleiden.

Synthese

Alle zorg coördinatoren zijn het erover eens dat het opbouwen van een vertrouwensrelatie een absolute kernvoorwaarde is om je werk als persoonlijk begeleider te kunnen doen.

3E – Werken in de natuurlijke omgeving

-Ja, dat betekent dat je de cliënt opzoekt in zijn eigen leefomgeving, dus met de cliënt op zijn/haar kamer gaat zitten voor een gesprek of dat je samen buiten gaat wandelen. Dat wordt hier wel gedaan.

-Ja, dat doen we hier zeker, dat is een van de sterkere kanten van onze manier van werken. Zo goed als alles wordt hier georganiseerd in hun natuurlijke omgeving. Wij werken tussen hun levens in. Daarom gedijen de meesten hier ook goed.

-Ja meestal wel. Maar dat ligt eraan. Soms vragen we ze ook heel bewust op kantoor. Het is een prima streven en het zou meer moeten gebeuren.

-Dat wel maar we vieren ook alle feestdagen met ze: van verjaardagen tot Nieuwjaar, Pasen en Kerstmis. Dat waarderen ze echt.

-Dat doen we nu, nadat we verhuisd zijn, veel meer. Op onze vorige locaties waren de kamertjes gewoon te klein en vaak wel heel erg vies om te gaan zitten met een cliënt, dan gingen we op kantoor zitten. Nu gaan we meer op bezoek bij de cliënt.

-Er is geen sprake van een natuurlijke omgeving.

-Ik snap niet goed wat daarmee bedoeld wordt. Is dat de omgeving waarin ze zich ophouden?

Synthese

Er bestaat veel verwarring over dit kernprincipe. Een groot gedeelte van de zoco's interpreteren het als: 'de begeleider doet zijn werk in de leefomgeving van de cliënt. Dan zijn ze het eens met dit kernprincipe. Een klein gedeelte interpreteert het krachtprincipe als volgt: 'De cliënt wordt gestimuleerd om zo veel mogelijk te werken in zijn eigen leefomgeving'. Deze zorg coördinatoren kunnen niets met dit krachtprincipe omdat niet duidelijk is wat de natuurlijke leefomgeving van deze intramuraal levende groep cliënten is.

3F – De samenleving als hulpbron inzetten

-Dat gebeurt hier heel minimaal. Als een cliënt mogelijkheden heeft om familiecontacten te ontwikkelen wordt dat wel gestimuleerd hier. Maar voor ongeveer 95% van onze cliënten geldt dat ze geen sociaal netwerk hebben. () In de praktijk is wel duidelijk dat de mogelijkheden van cliënten beperkt zijn om de samenleving als hulpbron in te zetten.

- Dat is de grootste uitdaging en staat erg ver af van de realiteit. Het is ook niet realistisch. De formule van onze woonvoorziening werkt juist goed omdat we een eigen leefomgeving creëren die grotendeels geïsoleerd is van de samenleving. De contacten die er nog wel zijn in de 'gewone samenleving' zijn sporadisch en veroorzaken meestal problemen aan beide kanten. Dat is heel ver weg voor de meeste cliënten. Het is een enkeling die nog contacten heeft met familie en dat stimuleren we dan ook zeer.

- Dat is utopisch voor deze mensen. Zij hebben zo'n geschiedenis van ellende achter de rug. In veel gevallen kunnen ze geen beroep meer op de samenleving doen, anders zouden ze hier niet wonen. () Als je de gebruikers scene zelf niet meerekent, heeft, denk ik maximaal 10% een sociaal netwerk. () Onze cliënten werken niet in de samenleving. Ze doen aan dagbesteding maar dat staat ook los en geïsoleerd van de maatschappij. () Het is ook onmogelijk om met deze mensen samen te leven. Ik bedoel dat niet oneerbiedig hoor maar de problematiek is zo groot. Je kunt ze niet op een trappenhuis zetten waar ook twee gezinnetjes wonen. Voor de maatschappij zijn het gekken en junks. Samenleven is, zowel voor de cliënt als voor de buurman, niet vol te houden.

-Op onze oude locatie, waar we 20 jaar gezeten hebben, kenden we mensen in de buurt en als er iets mis ging, dan werd er contact met ons opgenomen en niet meteen met de politie. Men begreep heel goed dat onze cliënten niet geheel op hun eigen verantwoordelijkheden aangesproken konden worden en dan werden wij aangesproken of gebeld. De buurt was wel betrokken. Nu zitten we in een hele andere buurt en moeten we dat opnieuw opbouwen. () Het grootste deel van onze

bewoners komt de straat nooit meer uit of gaat hoogstens naar de dichtst bijzijnde winkels. Sommigen komen vrijwel helemaal niet meer buiten. Veel cliënten hebben interne dagbesteding.() Dat klinkt hard ja, maar de samenleving zit niet op ze te wachten. En dat is, sinds de crisis, alleen maar erger geworden. Ook de cliënt heeft daar trouwens weinig behoefte aan want ze beseffen heel goed in welke positie ze zitten ze leven vaak al 25 jaar buiten de normale samenleving om.

-Dat kan heel handig zijn en gebeurt ook wel. Vrienden, familie. Er is een aantal cliënten dat daar contact mee heeft. ()Het gaat niet om reguliere banen maar om dagbesteding.() Kijk, het enige moment dat ze met de normale maatschappij te maken krijgen is als ze hier de deur uitlopen en naar de markt of de winkel gaan, of de huisarts of een afspraak in het ziekenhuis. Dan blijkt vaak dat dit al te hoog gegrepen is. Dat een cliënt toch weer gaat bedelen, ondanks dat hij weet dat hij daarvoor een gele kaart krijgt en daarmee dus zijn woning hier op het spel zet.()Dat vind ik lastig. Een zorgboerderij of kwekerij waar mensen dagbesteding doen, dat beschouw ik niet als een onderdeel van de samenleving. Dat is juist geïsoleerd van de samenleving met alleen maar mensen die in hetzelfde schuitje zitten. Niemand gaat ook naar een normaal buurthuis in de wijk. Alle activiteiten vinden op speciale locaties plaats en zijn specifiek voor de doelgroep georganiseerd en vinden daarom juist gescheiden plaats van de rest van de samenleving.

-Vaak is er in het verleden zoveel beschadigd dat er geen familie en vrienden meer over zijn. Of het is verworden tot iets puur functioneels: 'Ik ga even naar mijn moeder want dan krijg ik weer wat geld' of; 'Ik heb mijn zus gebeld en ze komt wat kleren voor me brengen'. Door de verslaving moet er, in hun contacten, altijd wat te halen vallen.() De leefomgeving is vrijwel altijd volledig drugs gerelateerd. ()Ja, dat wordt wel gestimuleerd, we hebben een aandachtsfunctionaris familiebeleid. Die probeert er wat van te maken maar dat gaat erg moeizaam. Dat gaat om cliënten te stimuleren contact te leggen en het uitnodigen van familie om op bezoek te komen. Daar valt volgens mij nog wel veel winst te behalen. Ik denk dat je daarmee de cliënt ook naar een hoger niveau kan tillen.

Synthese

Vijf van de zes zorg coördinatoren geven aan dat dit voor deze doelgroep geen realistisch krachtprincipe is. Het leven van deze clientengroep speelt zich bijna volledig af buiten de reguliere samenleving omdat hun contacten met de reguliere samenleving tot problemen leidt. Vier van de zes zoco's noemt het werken aan het herstel van familiecontacten als onderwerp waar door de begeleiding wel aan gewerkt wordt om de samenleving als hulpbron te reactiveren.

4: Denk je dat je teamleden de kernprincipes achter de methodiek bewust toepassen?

-De basisgedachte, focus op de mogelijkheden en niet op de beperkingen van een cliënt, snapt men wel. De problemen zitten in de toepassing. Aan de toepassing zijn een aantal principes gekoppeld en die hoor ik weinig terug onder medewerkers. Een daarvan is bijvoorbeeld: 'iedereen heeft het vermogen te herstellen' en dat hoor ik nooit terug van de medewerkers. Dat geldt ook voor het principe: 'werken in de leefomgeving van de cliënt'. Ik betwijfel hoe ver de basisprincipes achter de methodiek zijn doorgedrongen in het denken van de begeleiders.

- Ik denk niet volledig. Ik denk dat men de procedures van de methodiek vooral ziet als iets om verantwoording af te leggen. Ik denk niet dat alle teamleden de achterliggende gedachten, de manier van bejegen van de cliënt geheel doorgronden of consequent uitdragen. Ik denk dat ze het meer zien als iets bureaucratisch.

-Ik denk wel dat de juiste competenties aanwezig zijn onder de teamleden. Ik denk eerder dat de kernwaarden van de methodiek nog niet grondig genoeg zijn doorgedrongen.

- De meesten wel maar een aantal ook echt niet.

- Ja, op de oude locatie hadden we altijd al een redelijk dynamische doelgroep waarbij we altijd al 'buiten de box' moesten denken. Dat was altijd al onze kracht om cliënten mee te krijgen die elders heel moeilijk mee te krijgen waren. Altijd proberen we weer een andere manier om cliënten begeleidbaar te krijgen. Dat vloeiende eigenlijk heel mooi over in Herstelwerk en het was voor ons dan ook niet moeilijk ons deze methodiek eigen te maken.

- Ja, dat zijn ze. Alleen voor het toepassen ervan bij onze doelgroep bestaan toch wel lichte twijfels en wordt het een en ander gemist.

Synthese

Vier van de zes zoco's signaleren dan er in hun team problemen bestaan met de toepassing van Herstelwerk. Over de oorzaken bestaat minder eenduidigheid. Sommigen wijten het aan een tekort aan kennis over de principes die aan de methodiek ten grondslag liggen, anderen wijten het aan een gebrek aan toepasbaarheid van deze methodiek bij deze specifieke doelgroep.

5: Welke signalen krijgen jullie van de persoonlijk begeleiders over de toepasbaarheid van deze begeleidingsmethodiek?

-Wat dat betreft hebben we op deze locatie een beetje geluk. De invoering van deze nieuwe methodiek liep parallel met de omvorming van onze woonvoorziening van maatschappelijke opvang (vanuit de gemeente betaald) naar RIBW (door rijk betaald via AWBZ). Ik heb ook heel erg duidelijk het verschil kunnen zien in benadering van vroeger en wat we nu doen qua begeleiding. En het verschil is groot. Mijn antwoord is heel duidelijk: ja, we passen de principes van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek nu duidelijk toe. Nog niet altijd want het is erg verleidelijk om juist niet krachtgericht te denken.

Wat sommige zaken betreft kan je iemand niet aanspreken op zijn krachten, dan moet iemand gewoon terecht gewezen en soms gestraft worden. Sommige dingen kunnen gewoon niet. Daar komt niets krachtgerichts bij kijken.

- Als ik een conclusie moet trekken, dan vind ik herstelwerk als methode goed maar toch vooral gericht op cliënten die meer potentie hebben dan onze doelgroep. In ons zorgpad is er moeilijk mee te werken. Ik merk dat de valkuil is dat volgens de methodiek de begeleider heel hard gaat lopen omdat de cliënt de regie heeft en zelf mag bepalen wat er gebeurt. Collega's vinden het vaak moeilijk om in te grijpen en op de rem te gaan staan omdat dat dan tegen de methodiek in zou gaan. Terwijl de methodiek ook zegt dat je juist cliënten op hun verantwoordelijkheden moet wijzen en altijd medeverantwoordelijk moet maken. Verder is een groot nadeel het papieren gedeelte, de begeleiders kunnen daar mee aan de slag maar onze cliënten kunnen daar niets mee. Het wordt daarom steeds meer als een 'moetje' gezien. () Precies, want die weten dat een cliënt er niet aan meewerkt. Ondanks dat moet de deadline toch gehaald worden. Dan wordt er maar even snel wat ingevuld. 95% van de cliënten doet niet meer dan er klakkeloos een handtekening onder zetten omdat het nou eenmaal verplicht is. () Ja, want het heeft het geen enkele functie meer in het proces van begeleiding en wordt alleen maar als een bureaucratische last beschouwd. Terwijl binnen de methodiek is het juist iets wat de cliënt als zijn eigendom moet zien, het gaat om het vastleggen van zijn eigen doelen en zijn regie daarover. Maar zo zien onze cliënten het helemaal niet. De evaluatie is helemaal een drama want die is heel uitgebreid in ingewikkeld. Cliënten willen daar helemaal niet mee geconfronteerd worden. Hun eerste en enige vraag is: 'Waar moet ik mijn handtekening zetten?' In de kern zou Herstelwerk iets van de cliënt moeten zijn maar dat lukt bijna nooit met onze doelgroep. En dan blijft het iets van de begeleiding.

- Ik ben wel geïnteresseerd in die andere methodieken omdat we in de praktijk toch wel tegen problemen aanlopen met Herstelwerk. De begeleiders lopen continu tegen zaken aan. Zij zouden natuurlijk ook het liefst vooruitgang willen boeken en de methodiek vraagt daar ook om. En als je dat met de methodiek niet voor elkaar krijgt frustreert dat de begeleider. Als je eeuwig moet opschrijven: doelen niet gehaald, geen vooruitgang gemaakt.

- Precies, want die weten dat een cliënt er niet aan meewerkt. Ondanks dat moet de deadline toch gehaald worden. Dan wordt er maar even snel wat ingevuld. 95% van de cliënten doet niet meer dan er klakkeloos een handtekening onder zetten omdat het nou eenmaal verplicht is. () Ja, want het (de planningscyclus) heeft het geen enkele functie meer in het proces van begeleiding en wordt alleen maar als een bureaucratische last beschouwd. Terwijl binnen de methodiek is het juist iets wat de cliënt als zijn eigendom moet zien, het gaat om het vastleggen van zijn eigen doelen en zijn regie daarover. Maar zo zien onze cliënten het helemaal niet. De evaluatie is helemaal een drama want die is heel uitgebreid in ingewikkeld. Cliënten willen daar helemaal niet mee geconfronteerd worden. Hun eerste en enige vraag is: 'Waar moet ik mijn handtekening zetten?' In de kern zou Herstelwerk iets van de cliënt moeten zijn maar dat lukt bijna nooit met onze doelgroep. En dan blijft het iets van de begeleiding.

Synthese

Vier van de zes zoco's hebben deze vraag beantwoord. Zij staan wel achter de principes van Herstelwerk, al levert dat soms problemen op omdat de met de verslaving samenhangende beheersproblematiek zo vaak op de voorgrond staat. Drie van de vier zoco's geven aan dat de planningscyclus niet voldoet.

6: Zijn de competenties in het team aanwezig om de KBM op de juiste wijze toe te passen?

- Ik ben wel geïnteresseerd in die andere methodieken omdat we in de praktijk toch wel tegen problemen aanlopen met Herstelwerk. De begeleiders lopen continu tegen zaken aan. Zij zouden natuurlijk ook het liefst vooruitgang willen boeken en de methodiek vraagt daar ook om. En als je dat met de methodiek niet voor elkaar krijgt frustreert dat de begeleider. Als je eeuwig moet opschrijven: doelen niet gehaald, geen vooruitgang gemaakt.

-Ik denk wel dat de juiste competenties aanwezig zijn onder de teamleden. Ik denk eerder dat de kernwaarden van de methodiek nog niet grondig genoeg zijn doorgedrongen.

Synthese

Slechts twee zoco's hebben hier iets over gezegd. Dat is te weinig om een synthese te formuleren.

7: Beheersmaatregelen en het opleggen van sancties zijn niet krachtgericht maar vaak wel onvermijdelijk bij onze doelgroep. Hoe wordt dat geïntegreerd met een krachtgerichte benadering?

- Ja, daar was ook veel over te doen tijdens de introductie. In tegenstelling tot de vorige begeleidingsmethodiek zit in de procedures die bij deze methodiek horen, geen ruimte voor het benoemen van de problemen. Met name onderwerpen als verleden, verslaving, psychiatrische diagnose, agressie, etc., worden niet beschreven in documenten die bij het krachtgericht werken horen. Dat probleem is nog steeds niet opgelost.

- Nee, sanctiebeleid is niet te combineren met krachtgericht werken. () Nou ja, het is op zich tot knap dat iemand jaren fietsen kan stelen zonder gepakt te worden, daar moet je toch bepaalde krachten en talenten voor inzetten. Als ik dat doe, wordt ik onmiddellijk gepakt.

- Hij gebruikt het om harddrugs te kopen al ontkent hij dat ten stelligste. Maar hij bedelt niet en steelt geen fietsen en berooft geen oude vrouwtjes. We noemen ons zelf een RIBW maar in feite is wat we doen: het beperken van overlast in de samenleving.

-Ja, dat is hun dagelijkse bezigheid. En dat wordt op deze locatie, midden in een wijk, heel lastig. Er bestaat hier een beheerplan en als cliënten zich buiten misdragen, krijgen ze een gele kaart en bij drie gele kaarten mogen ze hier een jaar niet meer wonen. (Ja, sanctiebeleid is moeilijk te combineren met krachtgericht werken.. Ja, dat is hun dagelijkse bezigheid. En dat wordt op deze locatie, midden in een wijk, heel lastig. Er bestaat hier een beheerplan en als cliënten zich buiten misdragen, krijgen ze een gele kaart en bij drie gele kaarten mogen ze hier een jaar niet meer wonen.

Synthese

Vier van de zorg coördinatoren melden dat zij tegen problemen aanlopen om sanctie- en beheersingsmaatregelen te koppelen aan de krachtgerichte begeleidingsprincipes.

8: Je woonvoorziening maakt deel uit van het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' waar doorstroming richting meer zelfstandigheid geen vereiste is. Hoe verhoudt zich dat met de KBM die gericht is op herstel van de regie op het eigen leven?

-Deze woonvoorziening bestaat al vele malen langer dan de methodiek en is ooit opgezet om deze hele kwetsbare doelgroep die het zelfstandig niet redt, een thuis te geven, een menswaardige leefomgeving met warmte en veiligheid. Dat hebben deze mensen hun hele leven gemist. (Ik denk dat ons eerste doel is onze cliënten een thuis te geven, een plek waar je je fijn en veilig voelt. Dat beschouw ik als de missie van onze woonvoorziening.

- Ik denk dat die uitspraak(ons doel is de mensen weer een thuis te geven) in de praktijk wel klopt maar het is denk ik niet goed om dat als uitgangspunt voor de begeleiding te nemen.

-Daar raak je de kern van waar we tegenaan lopen. Voor het overgrote deel van onze doelgroep is deze methodiek niet passend. Bijvoorbeeld heel veel cliënten zijn zeer achterdochtig, het maken van afspraken, het vastleggen op papier, het ondertekenen van documenten, dat is allemaal zeer lastig bij deze doelgroep. Ook met het zelf in handen nemen van de regie is iets waar heel veel van onze cliënten grote moeite mee hebben. Op dit belangrijke punt hebben veel begeleiders grote moeite met de methodiek. Daarom zien ze de uitvoering als een verplichting en niet als een instrument om de begeleiding te ondersteunen. (Ik denk dat het goed is om herstel van de eigen regie op het leven als uitgangspunt te nemen. In de praktijk is het echter moeilijk resultaten te behalen bij de toepassing van deze methodiek bij deze doelgroep. Deze mensen willen en kunnen echt niet zo veel meer. Ze zijn echt gebaat bij bescherming en stabilisatie.

- Ik denk dat ze dat niet kunnen, zeker niet in deze setting. Trouwens niet in deze samenleving. Het is voor mensen buiten deze setting al moeilijk om zich tegenwoordig staande te houden, laat staan deze zeer kwetsbare mensen.

- Vooral in het begin was er heel veel weerstand tegen. Men moest eraan wennen dat de vooruitgang meestal heel klein zijn. De verwachtingen waren te hoog gespannen. Zo was het ook gebracht bij de invoering. We gaan cliënten helpen om terug te keren in de maatschappij. Dat gaf een terugslag, teamleden raakten teleurgesteld en zetten de hakken in het zand. Een tijdje daarna werd men realistischer in de verwachtingen. Men beseftte beter dat het om de cliënt gaat en wat die kan en wil en dat je daar bij aan moet sluiten. (Stabiliseren, beschermen en overlast beperken. Maar uiteindelijk proberen we hier een prettige woonsituatie te creëren en niet veel meer. Daar waar dat mogelijk blijkt proberen we cliënten ook te laten doorstromen maar dat is geen uitgangspunt hier.

- Voor ons betekent herstel iets anders dan voor wat daar normaal voor door gaat. Normaal gaat het om een zichtbare verbetering of stijgende lijn. Bij ons concentreert het zich meer op het voorkomen van verslechtingen. (Ja, Mensen komen bij ons vanuit zeer instabiele omstandigheden. Dan komen ze bij ons en het proces van stabilisatie kan dan vaak nog jaren doorlopen. Heel langzaam zie je dan dat er enige vooruitgang ontstaat, cliënten gaan dan hele kleine stapjes vooruit zetten. (Precies, we zijn eigenlijk een stukje van het netwerk van de cliënt geworden. velen hebben geen familiebanden meer en wij zijn daar de vervanging van.

- In rehabilitatiegericht werken, Wat veel overeenkomsten heeft met Herstelwerk, kunnen verantwoordelijkheden en taken overgenomen worden als iemand dat zelf niet redt. Dat kan je dus op alle niveaus van zelfstandigheid van een cliënt inzetten; van iemand waarbij bijna alles overgenomen moet worden tot iemand die vrijwel volledig zelfstandig is. De mate van eigen regie wordt aangepast aan de mogelijkheden van een cliënt. Met Herstelwerk kijken we alleen naar de krachten en niet naar de tekortkomingen. Hoe kunnen we dan bepalen wat iemand wel en niet aankan? En in hoeverre iemand de eigen regie kan nemen?

- Dat wordt besproken in de werkbegeleiding. Als het een grote kwestie is, dan wordt het in het teamoverleg of cliëntenoverleg besproken en dan gaan we wel uit van de wensen van een cliënt. We proberen dan wel zoveel mogelijk mee te gaan in het toekomstbeeld van de cliënt. Je weet nooit waar het toe kan leiden. De ervaring leert dat de motivatie vaak ontbreekt maar dan nog is het niet aan ons om te zeggen: 'Nee, dat is geen haalbaar doel'. We gaan dan proberen hoe ver we kunnen komen. Meestal proberen we dan de vertaalslag naar kleinere stapjes te maken en daarover suggesties te doen aan de cliënt. (We hebben in totaal 29 cliënten, 14 intern en 15 extern. En ik denk dat het 10 tot 15 % lukt om meer zelfstandigheid te realiseren.

Synthese

Het creëren van een stabiele en warme thuishaven voor deze cliënten is wel een belangrijke opdracht maar is niet de kern van het begeleidingsproces. Het begrip eigen regie is heel breed. In dit zorgpad worden taken van de cliënt overgenomen, in die zin heeft cliënt niet meer de regie over alle facetten van het leven. Cliënt heeft daar wel toestemming voor gegeven, in die zin heeft hij de regie behouden. De begeleiding richt zich hier op het teruggeven van zoveel mogelijk regie. Dat betreft meestal kleine stapjes vooruit.

9: Hoe groot is het percentage waarbij het daadwerkelijk lukt vooruitgang te boeken in de richting van herstel van de eigen regierol in het leven?

-Ik zie wel resultaten maar of dat ook door deze methodiek komt? Herstel betekent niet dat je weer terugkeert in de positie van de modale burger. Het gaat er meer om dat je vorderingen maakt, hoe klein de stapjes die je zet ook zijn. Zeker zie ik hier in huis dat cliënten stapjes vooruit zetten: sommigen gaan voor het eerst dagbesteding doen of dat, ondanks terugval, steeds weer opnieuw gaan proberen. Het is ook duidelijk dat onze ondersteuning daarbij waardevol is en vruchten afwerpt. Dat is mooi om te zien, hoe mensen toch door dagbesteding krachten in zichzelf ontdekken en, met behulp van enige aanmoediging, toch allerlei nieuwe krachten in zichzelf aanboren.

-Het gaat op deze afdeling alleen over het herstel van vrij basale functies en ik denk daarbij niet dat uiteindelijke re-integratie in de maatschappij realistisch is. () Ik zie wel resultaten maar of dat ook door deze methodiek komt? Herstel betekent niet dat je weer terugkeert in de positie van de modale burger. Het gaat er meer om dat je vorderingen maakt, hoe klein de stapjes die je zet ook zijn. Zeker zie ik hier in huis dat cliënten stapjes vooruit zetten: sommigen gaan voor het eerst dagbesteding doen of dat, ondanks terugval, steeds weer opnieuw gaan proberen. Het is ook duidelijk dat onze ondersteuning daarbij waardevol is en vruchten afwerpt. Dat is mooi om te zien, hoe mensen toch door dagbesteding krachten in zichzelf ontdekken en, met behulp van enige aanmoediging, toch allerlei nieuwe krachten in zichzelf aanboren.

- Er is wel vooruitgang, maar wel met heel erg kleine stapjes. Als begeleider moet je verwachtingen enorm omlaag bijstellen in vergelijking met wat we vroeger deden toen we nog MO waren. Zo bleek laatst, toen we dachten dat een cliënt die een wond had, dat wel zelf kon verzorgen, hij dat toch niet goed deed. We spraken hem aan op het nemen van de eigen regie maar dat bleek toch niet goed te gaan. Ook dat moesten we dus overnemen. Het gaat dus om hele kleine stapjes. Zo hadden we laatst iemand die nog nooit van zijn leven gewerkt had. Hij had dringend geld nodig en toen hebben we hem aan de dagbesteding gekregen. Dat bleek hij onverwacht bijzonder goed te doen. Dan bereik je toch enige mate van herstel. Dag en nachtritme is weer goed. Hij eet en drinkt weer normaal. Hij verzorgt zichzelf weer terwijl daar voorheen geen sprake van was. () Ja zeker, wat ik zeg: normale voedingspatroon, dag en nachtritme, betere verzorging. Hij wast zelfs zijn handen voor het eten!() Bij sommigen heeft Herstelwerk wel effect ja. Er zijn ook cliënten die schijten en pissen alles onder en daar werkt het helemaal niet om hen krachtgericht te benaderen.

-Ja, anders zouden ze niet hier terecht komen. Voor iemand die tien jaar niet buiten geweest is, is een ommetje maken van tien minuten een enorme stap voorwaarts. ()Het doel is niet doorstroming. Er is een groep cliënten die de wens hebben uitgesproken dat ze bij ons hun laatste dagen willen slijten omdat ze zich hier gelukkig voelen.

Synthese

Alle zorg coördinatoren vinden dat de term herstel hier niet doelt op terugkeer in de samenleving want dat is gene realistisch doel maar op kleine stapjes vooruit: betere hygiëne, laagdrempelige dagbesteding, beter dag en nachtritme. Etc. percentages worden niet genoemd.

10: In hoeverre lukt het de begeleiding om de zelfredzaamheid van de cliënt daadwerkelijk te vergroten?

- Werken aan de zelfredzaamheid deden we ook al voordat deze methodiek werd ingevoerd. Ik denk niet dat deze methodiek daar plotseling verandering in heeft gebracht.

- Ja, maar de doelen zijn bijzonder klein. En ondanks dat blijven ze soms eindeloos doorlopen omdat ze niet behaald worden. Het is echt een grote uitzondering als het wel lukt om een echte stap vooruit te zetten.

- Dat hangt van de capaciteiten van een cliënt af. Als de cliënt verstandelijk beperkt is of de verslaving zo lang en heftig is, dan houd je daar rekening mee. De doelen die de cliënt zichzelf stelt daar proberen we aan te werken.

- Nee, er zit vaak geen enkele beweging in. 80% van onze doelgroep is alleen maar bezig met de verslaving en heeft echt helemaal geen behoefte om te leren wassen, koken, schoonmaken, etc.

- Hier zijn de cliënten wel heel erg betrokken bij het invullen van de krachteninventarisaties, evaluaties en actieplannen maar dan merk je dat ze dat toch heel erg anders invullen dan wij. Wij als begeleiders vinden dat meestal geen reëel beeld. ()Bijvoorbeeld, of de situatie mooier voordoen dan het in werkelijkheid is. Struisvogelpolitiek met betrekking tot de verslaving. Zoals: 'ja, ik ben al dertig jaar verslaafd maar volgend jaar ben ik dat niet meer'.

Synthese

Alle zoco's relativeren de resultaten: doelen zijn klein en worden vaak niet behaald. De doelen die cliënt stelt zijn vaak niet realistisch.

11: Welk percentage bewoners stroomt vanuit jullie voorziening door naar een woonlocatie waar een grotere zelfredzaamheid vereist is? (bijvoorbeeld begeleid wonen met ambulante begeleiding)

Vraag is niet gesteld in de interviews.

12: En welk percentage stroomt door naar een leefsituatie met minder zelfstandigheid? (bijvoorbeeld opname in psychiatrische kliniek of gevangenis)

Vraag is niet gesteld in de interviews

13: Wat zijn de grootste belemmeringen bij cliënt om de eigen regie in handen te nemen?

-

14: Een van de grootste belemmeringen is de verslaving. De grootste motiverende factor in het bestaan van onze cliënten is vaak het bevredigen van de verslaving en niet het herstel van de eigen regie op het leven. Hoe wordt deze factor betrokken bij het vormgeven van de krachtgerichte begeleiding?

-Ik denk dat je wel degelijk bijvoorbeeld een probleem als verslaving ook in deze methodiek moet betrekken en dus zou moeten bespreken met cliënt.

- Ik denk dat iedereen zich er erg bewust van is en daar ook over communiceert. Het ontbreekt aan een echte visie. Ik denk niet dat we instrumenten hebben om cliënten daarin daadwerkelijk te begeleiden. Het ontbreekt aan kennis en instrumenten bij de begeleiding. Ook externe partijen ondersteunen ons daarbij niet voldoende. Het hele team vindt dat een lastige situatie. Juist door de verslaving die zo allesoverheersend is, mislukken negen van de tien begeleidingsinitiatieven. Daar hebben we duidelijk nog geen grip op.

- Cliënten worden hier alleen maar opgenomen op basis van hun problematiek en eigenlijk kan ik niet zoveel met deze methodiek om deze problemen aan te pakken.

- Niet, we zijn niet gericht op het herstellen van verslaving. Het wordt niet genegeerd maar we zijn al lang blij als iemand zijn methadon inneemt op voorschrift van de GGZ. That's it! Verder kunnen ze eventueel nog een gesprek hebben met een deskundige verslavingszorg maar voor de rest doen we er niet veel mee. Dat is heel jammer.

De methodiek geeft niet in alle gevallen de handvaten om verder te komen met de cliënten. Als je vast komt te zitten in actieplannen die nooit worden nagekomen en die elk half jaar weer hetzelfde zijn, dan kom je niet verder.

- Ja, dat is laag. De begeleiding mist ook erg de informatie over de levensloop van cliënten. In de oude methodiek zat de persoonsbeschrijving waarin een uitgebreide levensloop was opgenomen. Dat is totaal afwezig binnen Herstelwerk. Ook voor de doorstroom van cliënten naar andere woonvoorzieningen is dat belangrijk want, voordat je iemand opneemt, moet je wel weten of iemand past binnen een voorziening.

Synthese

Vijf van de zes zoco's hebben hier antwoord op gegeven. Allen zijn de mening toegedaan dat er in de begeleiding te weinig specifieke aandacht voor de verslaving is en dat de kennis over verslaving onvoldoende is.

15: Worden de volgende instrumenten uit de verslavingszorg ingezet bij jullie begeleiding:

A Bespreekbaar maken verslaving in het begeleidingstraject

-Wij bieden geen behandeling en vanuit de begeleiding wordt daar ook weinig mee gedaan.

-Ik ben daar weinig over tegengekomen in wat ik gelezen heb over de methodiek. De methodiek reikt weinig gereedschappen aan om verslaving aan te pakken terwijl dat wel de eerste stap is die nodig is om te gaan werken aan het oppakken van de eigen regie. () Er is nu een samenwerkingsverband met GGZ. Vroeger hadden we een samenwerkingsverband met Jellinek verslavingszorg die hier in huis een soort outreach programma had en bewoners probeerde te ondersteunen bij het meer vat krijgen op hun verslaving. Dat is op een gegeven moment stopgezet. Daarna is er jarenlang geen verslavingszorg geboden en pas onlangs is GGZ de verslavingszorg hier in de voorziening aan het ontwikkelen. Maar dat staat nog in de kinderschoenen. Er worden klinische lessen gegeven aan het team ter bevordering van de kennis over verslaving maar van de daadwerkelijke begeleiding van cliënten maakt het nog geen onderdeel uit.

- Gebeurt eigenlijk nauwelijks. () Dat komt voor maar is geen standaard onderdeel van de begeleiding. Het is ook geen onderdeel van de methodiek.

- Niet structureel, het komt alleen ter sprake bij incidenten. Dan bespreken we het maar daarbij komen we niet tot de kern van het probleem maar bestrijden de symptomen. Daarvoor ontbreekt het ons aan kennis en instrumenten.

- Ja, ook wel. We hebben een aparte verslavingsdeskundige in huis van GGZ-Ingeest. Vroeger was die rechtstreeks verbonden aan onze locatie maar nu is de caseload uitgebreid buiten de deur. Maar we kunnen altijd een beroep op haar doen, rechtstreeks of via haar collega's van GGZ die hier werken. Er worden detoxen geregeld via de GGD en via GGZ-Ingeest.

-Nee. Als de cliënt expliciet aangeeft dat hij er aan wil gaan werken, dan gaan ze naar deskundigen toe. Wij zijn eigenlijk bezig met wat anders. Het gaat om die oude HVO-technieken. Cliënten kunnen taken doen in huis en krijgen daarvoor een vergoeding. Cliënten zijn gemotiveerd voor deze taken omdat ze geld nodig hebben om te kunnen scoren. Indirect zijn wij als begeleiders dus bezig deze mensen aan hun dope te helpen. Dat vind ik lastig.

- De meeste cliënten hier wonen hier al jaren en de geschiedenis is bekend en staat op papier vanuit de oude methodiek (8 FM). Bij nieuwe mensen komt er veel informatie vanuit het verslag van het intakegesprek. Zou het zo zijn dat een nieuwe cliënt hier binnen komt en je start de methodiek op, dan kan je geen risico-inventarisatie maken want je kent de cliënt nog niet. Er ontbreekt gewoon een stuk achtergrondinformatie over de cliënt.

- Bijvoorbeeld, als bij een cliënt de verslavingsproblematiek op de voorgrond staat maar hij wel duidelijke wensen heeft, dan heb je genoeg stof voor gesprek en dan bepaal je samen in het gesprek welke stappen je samen gaat zetten.

Synthese

Zie synthese vraag 14

B Groepstherapie (Liebermann)

- Nee, enkele jaren geleden hebben we dat geprobeerd maar dat is langzaam doodgebloed.

- Dat zou wel waardevol zijn. We hebben echter de capaciteit en de instrumenten niet. Dat komt ook omdat er qua registratie en bureaucratie steeds hogere eisen aan ons gesteld worden. Ook de bezuinigingen hebben ervoor gezorgd dat onze caseload omhoog is gegaan. Dat betekent dat de capaciteit om te investeren in daadwerkelijke begeleiding steeds minder wordt.

- Nee

-Nee, bijna alle cliënten zitten nog midden in het stabiliseringsproces en zijn op dit moment nog niet geïnteresseerd in dit soort cursussen.

- Nee

-Ik werk nu drie maanden hier en heb dat nog niet meegemaakt.

Synthese

Op geen enkele locatie wordt hier mee gewerkt

C Motiverende gespreksvoering

- Medewerkers krijgen ene cursus maar er wordt niet actief mee gewerkt.

- Die competenties zijn wel aanwezig bijna iedereen heeft daarin een cursus gehad.

- We krijgen daar cursussen in. Regelmatige opfriscursussen zouden wel mooi zijn.

- Daar hebben we een cursusje in gehad.

- Het grootste gedeelte van onze begeleiders is HBO geschoold en hebben dat in hun opleiding meegekregen. Er bestaat ook een interne cursus en twee of drie jaar geleden hebben enkele begeleiders die gevolgd. Daar wordt niet expliciet aandacht aan besteed.

-Iedereen heeft de cursus gehad. Maar ik denk niet dat het voldoende is. Ik heb begrepen van de GGZ dat ze daar ook over aan het nadenken zijn.

- Ik weet niet of collega's daarin getraind zijn maar ik denk wel dat het toegepast wordt.

Synthese

Alle zoco's geven aan dat bijna alle PB-ers daar een cursus in gedaan hebben maar dat dit niet voldoende is om de gesprekstechnieken te leren beheersen.

D Voor en nadelen balans: welke sterke en zwakke kanten heeft cliënt die problemen in stand houden

- Ken ik niet.

- Nee, dat gebruiken wij niet.

- Ken ik ja maar gebruiken we niet, helaas.

- Nee

-In Herstelwerk zit, dan wel als een niet officieel document, de risico-inventarisatie waarin je aangeeft wat er zou gebeuren als cliënt geen begeleiding zou krijgen. Hoe zou het dan gaan met de verslaving, met de inname van medicatie, hoe zou het lichamelijk gaan. Dat soort zaken zit daar wel in. Dan ga je afwegen wat de voor en nadelen zijn. Ik denk dat dit in de meeste methodieken wel is opgenomen.

Synthese

Vier zoco's geven aan dit hulpmiddel niet te kennen. Een zoco geeft aan dat het instrument risico-inventarisatie dat nu een informeel onderdeel is van Herstelwerk op die manier ingezet zou kan worden.

E Bemoeizorg/ingrijpen

- Dat is vrij ongebruikelijk. Er zijn enkele voorbeelden dat er drank wordt ingenomen. Maar dat zijn excessen, het is zeker geen beleid. Bewoners mogen gewoon gebruiken op hun kamer.
- Nee, alleen op psychisch vak wordt ingegrepen maar dat doet de behandelaar of de rechter. Ook op verkeerd gedrag grijpen wij in. Verder hebben wij niet echt mogelijkheden om in te grijpen. Het gaat om drang, niet om dwang
- Ja, dat gebeurt. Wij nemen alcohol in en gooien het weg. Dat is in samenspraak met de bewonerscommissie afgesproken. Cliënten mogen maar drie bier mee naar binnen nemen. Hij kan wel elk uur drie nieuwe halen maar in de praktijk werkt dat niet zo. Het helpt wel degelijk. ()We mogen niet fouilleren. Formeel mogen ze met z'n tweeën op een kamer gebruiken. ()We proberen cliënten ook in de detox te krijgen en we krijgen steeds meer extreme alcoholisten. Het is beperkt wat we kunnen doen want ze hebben allemaal volledig zelfbeschikkingsrecht.
- Met alle twee. Soms moeten mensen zich bijvoorbeeld twee keer per week laten wegen om te zorgen dat ze niet te veel vermageren. We hebben hier ook mensen met een RM (rechtelijke machtiging) en las ze zichzelf of derden in gevaar brengen, kunnen ze gedwongen worden opgenomen. Als mensen die hun eigen eetgeld krijgen, te sterk vermageren omdat ze geen eten kopen maar drugs, moeten ze weer in de groep gaan eten.
- Bijvoorbeeld iemand in huis heeft een obsessieve verzamelwoede voor voeding. Dat is ernstig en daar grijpen we in. Elke dag komen we zijn kamer controleren en halen alle bedorven voedsel weg.
- Gedrag is daar leidend. Er zijn ernstige zorgmijders. Laatst was er een cliënt die zo dronken wordt dat hij omvalt en zijn hoofd ernstig stoot. Hij stuurt de ambulance gewoon weg terwijl het bloed uit zijn hoofd gutst. Voor zo iemand moeten we een RM regelen. Uiteindelijk is hij verplicht opgenomen.
- Volgende maand krijg ik een ervaringsdeskundige in dienst, daar ben ik blij mee maar het is wordt beleidsmatig ingezet.
- Soms is dat beter voor een cliënt en het gebeurt en dat is niet altijd slecht.

Synthese

De zoco's wijzen op de mogelijkheid dat de rechter ingrijpt, dan wordt de cliënt gedwongen of vrijwillig opgenomen. In de begeleiding bestaat geen eenduidig beleid. Op de eigen kamer mogen cliënten harddrugs gebruiken, voor het overige lijkt de gevolgde beleidslijn: gedrag is bepalend waarbij de huisregels een richtlijn zijn. Er lijkt geregeld ingegrepen als het gedrag de grenzen te ver te buiten gaat: bij vervuiling kamers of dronkenschap. Het beleid betreffende bemoeizorg is gebaseerd op incidenten en beheersbaarheid, niet op het bieden van verslavingszorg aan de individuele client.

F Inzet familie en vrienden

- De mogelijkheden zijn beperkt maar als ze er zijn worden die zeker benut.
- Zijn vrijwel nooit aanwezig. Als die er wel zijn, stimuleren we dat zeer.
- Nee, gebeurt niet.
- Hebben we het over gehad: is belangrijk

Synthese

Inzet van familie en vrienden wordt door drie zoco's als belangrijk instrument gezien. De mogelijkheden zijn beperkt omdat de meeste cliënten weinig/geen familiecontacten meer hebben.

G Inzet lotgenoten en ervaringsdeskundigen

- Nauwelijks.
- Nee
- dat doen we heel weinig
- Een keer in de week hebben we een overwegingsgroep en daar wordt het drugsgebruik bespreekbaar gemaakt en daar wordt dieper in gegaan welke mechanismen er spelen en hoe je er meer controle op kan krijgen. Dat wordt geleid door een SPV-er, een psychologe en een ervaringsdeskundige. Die komt een keer per twee weken bij elkaar en daar kunnen onze cliënten aan deelnemen. Het is slecht bezocht en degene die er wel komen krijgen als beloning een pakje shag. Ik heb niet het idee dat er veel gebeurt met datgene Wat daar besproken wordt.

Synthese

Drie van de zes zoco's geven aan dat dit niet gebeurt. Op een vierde locatie is er een 'overwegingsgroep' waarbij een SPV-er, een psycholoog en een ervaringsdeskundige aanwezig zijn. Cliënten worden voor hun aanwezigheid beloond met ene pakje shag. De bijeenkomst is slecht bezocht.

H Crisiskaarten of terugval preventieplannen

- Daar willen we een start mee gaan maken binnenkort.
- Binnenkort gaan we daarmee beginnen, op initiatief van de GGZ. Het is mij nu nog onduidelijk wat dat inhoudt.

- We zijn bezig dat in te voeren.
- Nee
- Nee. Alleen de GGD doet de methadon screening, maar niet als hulpmiddel om de begeleiding op verslaving vorm te geven.
- Dat is op zich niet verkeerd maar dat zit bij ons verweven in de behandelplanbesprekingen waar de cliënt aan deelneemt.

Synthese

Drie zoco's geven aan dat ze bezig zijn dit instrument in te voeren.

I Screening: testen op drugsgebruik

- Nee, op die manier wordt het niet ingezet.
- Nee
- Nee
- Wel op individueel niveau maar niet als vast onderdeel van de begeleiding.
- Ja, dat doen we ook wel. Alcohol blazen en urinetesten.

Synthese

Vijf zoco's geven aan dat screening op drugsgebruik niet beleidsmatig wordt ingezet. Drie zoco's geven aan dat het op individueel niveau wel wordt ingezet.

J Counseling: ondersteuning bij trek, terugval en risicosituaties

- Vroeger (2007- 2009) deed Jellinek dat, er was toen elke week een specialist in verslavingszorg die de bewoners opzocht en hen ondersteunde in het beter leren omgaan met hun verslaving. Maar sinds die tijd niet meer.
- Nee
- Nee
- Nee
- Daar zijn we niet zoveel mee bezig. Als een cliënt aangeeft dat hij zo'n zin heeft, dan zeggen wij dat het zijn eigen verantwoordelijkheid is. We stellen hoogstens de vraag of het hem/haar wel verstandig lijkt. Je probeert de cliënt op andere gedachten te brengen.

Synthese

Vijf van de zes zoco's geven aan dat Counseling niet beleidsmatig wordt ingezet.

16: Op welke manier verstoort de psychiatrische stoornis het streven naar herstel?

- Ook door de psychiatrische stoornissen ontstaan drempels voor het werken aan de eigen regie, zoals het gebrek aan energie, het gebrek aan concentratievermogen, de fixatie op het hier en nu en de onmogelijkheid om te kunnen plannen. Veel stoornissen hebben een groot effect op de stemming en het gevoelsleven. Dat wordt veroorzaakt door het ziektebeeld zelf of door de medicatie die daartegen wordt ingenomen. Of je nu autistisch bent, schizofreen of een persoonlijkheidstoornis hebt, het blijft daarom heel moeilijk om de motivatie hoog te houden. Het activeren en motiveren van deze cliënten is wel een van de belangrijkste opgaven van de begeleiders en deze methodiek zou daarvoor een middel moeten zijn. De methodiek beidt de mogelijkheden daarover in gesprek te gaan met de cliënt. Dat is op zichzelf prima maar het is niet voldoende.
- Het komt geregeld voor dat cliënten leven in psychoses en wanen. Een rationele input op de begeleiding is dan niet te verwachten. Toch komen hun ideeën dan in de documenten te staan en dat heeft vaak een grote invloed op het realiteitsgehalte. Dat heeft op de lange duur geen positieve invloed op de motivatie van de cliënt.

Synthese

Twee zoco's hebben deze vraag beantwoord en geven aan dat psychiatrische symptomen zoals lusteloosheid, gebrek aan concentratievermogen en wanen het proces van herstel belemmeren.

17: Vormt de psychiatrische stoornis een integraal onderdeel van de krachtgerichte begeleiding en wordt de stoornis hierin besproken?

- Nee, niet direct. Wel dat we het bespreekbaar maken als mensen er last van hebben in hun functioneren. We motiveren ook het innemen van de voorgeschreven anti-psychotica. Daar gaan we wel over in gesprek. Het echt bespreken van de stoornis is ook iets dat meer thuishoort bij de behandelaar.
- Alleen als zich problemen voordoen
- We signaleren heel veel en koppelen dat terug naar GGZ maar het is ook onderdeel van de begeleiding. Juist omdat er sprake is van een psychiatrische stoornis, vraagt dat veel van de begeleiding. Daar wordt ook onderling tussen de begeleiders veel over gesproken.
- Ja, wel besproken maar vanuit de begeleiding wordt daar geen therapie op gezet want dat doet de behandelaar.

Ja. Daarvoor hebben we behandelplanbesprekingen en daar zitten ook de betrokken woonbegeleiders bij.

- Dat is vaak een moeilijk onderwerp. Ik ervaar dat een cliënt het veel liever heeft over zijn verslaving dan over zijn beperkingen, of dat nou psychiatrische problemen betreft of gaat over verstandelijke beperkingen. Het grootste deel van onze cliënten heeft nauwelijks tot geen ziekte inzicht.
- Ik heb hiervoor gewerkt op een woonvoorziening waar psychiatrie meer op de voorgrond staat. Daar kreeg je als begeleider vaak te horen van cliënt zelf dat hij last had van stemmen. Daar bestond meer ziekte-inzicht. Hier staat verslaving op de voorgrond en wordt de psychiatrische stoornis niet onderkend of ze zijn er helemaal niet mee bezig. We hebben hier meer te maken met gedragsproblematiek. Onaangepast en egocentrisch gedrag, etc.

Synthese

Zoco's geven op deze vraag zeer van elkaar afwijkende antwoorden. Sommigen vinden dit een onderwerp voor de behandelaar, anderen zeggen dat de meeste cliënten geen enkel ziekte-inzicht hebben en er dus ook niet over willen/kunnen praten. Er wordt wel over gesproken maar meer onderling en met de behandelaar. Het lijkt onduidelijk waar de grens ligt tussen behandeling en begeleiding.

18: Wordt er in de begeleiding gebruik gemaakt van de volgende instrumenten betreffende de psychiatrische stoornis;

A Bespreekbaar maken psychiatrische stoornis in begeleidingstraject

Zie antwoorden op vraag 17

B Geïntegreerde behandeling: multidisciplinair overleg over cliënten

- Daar is geen sprake van. Er is geen Multidisciplinair overleg.
- Drie keer in de week is de GGZ in huis en daar hebben we uitgebreid overleg mee.
- Ja, en eens per drie weken is er een MDO (Multi Disciplinair Overleg) met de psychiater, de SPV-er, de arts van de GGD, soms het ACT en de begeleiding. Daar worden de cliënten ingebracht die tijdens de TKB zijn besproken en natuurlijk urgente gevallen.
- Een van de gevolgen is dat ik de ouderwetse MDO (Multi disciplinair overleg) weer heb ingevoerd. Weliswaar niet zo frequent als vroeger maar in ieder geval is er elk kwartaal een MDO ingepland met arts, psychiater, SPV-er, begeleiders en cliënt.
- We hebben TKB's en dan gaan we helemaal uit van de krachten van een cliënt en daarbinnen is weinig ook voor het ziektebeeld en de problematiek die daarmee samenhangt. En pas als je de problemen goed in kaart hebt, kan je op basis daarvan bepalen welke stappen gezet moeten worden. Je kunt altijd de positieve kanten van een cliënt belichten maar dat gaat dan vaak over de constatering dat het bijvoorbeeld een heel aardige man of vrouw is die netjes zijn of haar taken in huis doet. Maar qua ontwikkeling helemaal niets wil omdat de enige zorg is dat er genoeg drugs beschikbaar blijven. Als je de ziekte van iemand goed wil belichten, dan heb je daarbij die psychiater en huisarts nodig en dat is wat in een MDO gebeurt.
- Begeleiden doe je in samenwerking met cliënt en het is wel een heel mondige cliëntèle. Zij weten ons aan te spreken en ik vind dat we hen ook op hun gedrag moeten aanspreken. De problematiek is wel vaak bekend en als iemand al dertig jaar in het circuit van verslavingszorg zit en er een heel dossier bestaat, dan adresseren we dat. Daarom hebben we elke twee weken een MDO met een arts van de GGD, een verpleegkundige van de GGD, de behandelend psychiater en een psychiatrisch verpleegkundige. Daar zit verder de teammanager bij en de zoco en zoveel mogelijk mensen van het team. ()Ja, alleen normaal gesproken heb je dat niet maar wij hebben het elke twee weken. () Ja, in dat overleg worden acties afgesproken en die gaan vaak over zaken die de begeleiding moet uitvoeren. En in het volgende overleg worden de resultaten besproken.() Gemiddeld zo'n vijftien cliënten worden er besproken. Dan wordt doorgenomen wat er speelt. Dat kan iets kleins zijn, bijvoorbeeld een keelontsteking maar kan ook gaan over gedragsproblematiek. Het wordt natuurlijk ook benoemd als het goed gaat met cliënten.

Synthese

Op drie van de vijf locaties heeft men een (soort) MDO. Op twee locaties niet. In de TKB richt men zich op de positieve krachten en niet op de problemen. Drie zoco's geven aan dat het organiseren van een MDO belangrijk wordt gevonden omdat het een onmisbare aanvulling is op de TKB. Een MDO richt zich juist veel meer op de psychische en/of lichamelijke problemen.

C Koppeling behandel- en begeleidingsplannen

- Nee, op dat vlak bestaat geen samenwerking. Die plannen staan geheel los van elkaar. We vinden elkaar wel als er sprake is van incidenten of toenemende onrust. Naar mijn mening was dat in de oude methodiek iets beter geregeld. Toen was er wel sprake van een actieve bijdrage van de behandelaars in onze begeleidingsmethodiek, bijvoorbeeld hun aanwezigheid bij de cliëntbespreking. Dat gebeurt nu niet meer. Volgens mij is daar ook weinig belangstelling voor vanuit de GGZ.

- Geen, dat gaat totaal langs elkaar heen. Dat zijn twee geheel gescheiden systemen. Je hebt wonen en je hebt behandelen.
- Er is eigenlijk geen afstemming tussen behandeling en begeleiding, dat zijn vrijwel geheel gescheiden werelden.
- Ja, ook de GGD levert een behandelplan af dat gericht is op de somatische kant van een cliënt. Deze drie documenten worden samen besproken tijdens de behandelplanbesprekingen. Er wordt verwacht dat cliënt daar bij zit maar in negen van de tien gevallen is dat niet zo.

Synthese

Vier zoco's hebben deze vraag beantwoord. Drie van hen geven aan dat er geen of nauwelijks een koppeling bestaat. Op de vierde locatie worden GGZ behandelplan, GGD behandelplan en begeleidingsplan wel besproken en op elkaar afgestemd.

D Signaleringsplannen

- Ja, die zijn twee jaar geleden ingevoerd.
- Nee. Formeel zijn die er maar ze worden nauwelijks ingezet als instrument.
- Ja
- Ja

Synthese

Vier van de zes zoco's hebben deze vraag beantwoord. Op drie locaties wordt er gewerkt met signaleringsplannen. Op de vierde locatie is het aanwezig maar wordt er nauwelijks iets mee gedaan.

19: Welke opmerking zou jij zelf nog willen toevoegen over het onderwerp; 'De toepasbaarheid van de krachtgerichte begeleidingsmethodiek bij cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming'.

- De doelstellingen en intenties van de methodiek zijn prima. Maar ik betwijfel of deze methodiek het juiste middel is om daar bij deze doelgroep resultaten mee te boeken.
- Als ik een conclusie moet trekken, dan vind ik herstelwerk als methode goed maar toch vooral gericht op cliënten die meer potentie hebben dan onze doelgroep. In ons zorgpad is er moeilijk mee te werken. Ik merk dat de valkuil is dat volgens de methodiek de begeleider heel hard gaat lopen omdat de cliënt de regie heeft en zelf mag bepalen wat er gebeurt. Collega's vinden het vaak moeilijk om in te grijpen en op de rem te gaan staan omdat dat dan tegen de methodiek in zou gaan. Terwijl de methodiek ook zegt dat je juist cliënten op hun verantwoordelijkheden moet wijzen en altijd medeverantwoordelijk moet maken. Verder is een groot nadeel het papieren gedeelte, de begeleiders kunnen daar mee aan de slag maar onze cliënten kunnen daar niets mee. Het wordt daarom steeds meer als een 'moetje' gezien.

Synthese

Twee zoco's hebben deze vraag beantwoord. Zij geven aan dat Herstelwerk een mooie methodiek is maar hebben grote twijfels over de toepasbaarheid ervan bij de doelgroep in hun zorgpad. Een zoco geeft aan dat de planningscyclus steeds meer ervaren wordt als een bureaucratische verplichting.

Bijlage 15

INTERVIEWS GGZ, CODERING EN SYNTHESE

Inhoud

-Topiclist	BLZ 112
-Interviews GGZ.	BLZ 113 - 127
Interviews SPV-ers: 7, 8, 9	
Interviews psychiaters: 10, 11	
-Samenvoeging antwoorden per vraag in topiclist	BLZ 128

Methode van analyse: codering

De vragen in de topiclist zijn rood genummerd. Voor de antwoorden die gegeven zijn in de interviews staat ook een rood nummer. Dat nummer geeft aan welke antwoord gekoppeld is aan welke vraag van de topiclijst. In de samenvoeging zijn de antwoorden op elke specifieke vraag van alle geïnterviewden samengebracht. Zo is een overzicht verkregen op de antwoorden van alle geïnterviewden op elke specifieke vraag.

Topiclist GGZ

inleiding

1 Je werkt voor GGZ-Ingeest. GGZ-Ingeest heeft een contract met HVO-Querido om de behandeling te doen van de cliënten die bij HVO-Querido wonen?

2 Heeft GGZ genoeg capaciteit/tijd om de kwaliteit van de behandeling te garanderen?

3 Wordt er veel op bezuinigd in deze tijd?

4 Welke doelgroepen behandel je?

5 Op wat voor locaties bevinden jouw cliënten zich?

6 Hoe zou je de doelgroep binnen ons zorgpad omschrijven?

Stoornis

7 De meeste van onze cliënten zijn door hun psychiatrische stoornis blijvend beschadigd. Wat zijn nog de behandelmogelijkheden? Gaat het daarbij voornamelijk om het stabiliseren van cliënten dmv en juiste instelling van psychopharmica?

8 In hoeverre is deze doelgroep in staat, na te zijn gestabiliseerd, te herstellen en daadwerkelijk stappen te zetten richting re-integratie in de maatschappij? Waar moeten we aan denken als we het hebben over 'herstel' bij deze doelgroep?

Verslaving

9 Afhankelijkheid van middelen wordt gezien als een psychiatrische stoornis?

10 De meeste cliënten zijn al vele jaren ernstig verslaafd. Wat kan behandeling nog betekenen voor deze groep?

11 In hoeverre heeft de verslaving onherstelbare schade aangericht in relatie tot hun mogelijkheden om te herstellen?

12 Hoe kunnen we aan herstel werken zolang verslaving en de daarmee vaak gepaard gaande gedragsproblemen zo dominant op de voorgrond staan?

13 De begeleidingsmethodiek is een basismethodiek en daarom niet toegesneden op de doelgroep met een dubbele diagnose. Er zijn wel methodieken beschikbaar die ook krachtgericht zijn en wel specifiek voor deze doelgroep zijn ontwikkeld. Het verschil is dat daarin een scala van instrumenten wordt aangereikt om cliënten te begeleiden bij hun verslavingsproblemen. Herstelwerk biedt deze instrumenten niet. Op dit moment is GGZ-Ingeest bezig deze instrumenten te introduceren op onze locaties. Welke instrumenten zijn dat?

Methodiek

- 14 Ken je de begeleidingsmethodiek die wij gebruiken (in grote lijnen)?
- 15 Denk je dat volledige re-integratie in de maatschappij van onze doelgroep een haalbare optie is?
- 16 In deze methodiek is sprake van een cyclus, in welke fase zitten de meesten van onze cliënten?
- 17 De methodiek gaat ervan uit dat cliënt de eigen regie heeft over zijn begeleiding. Is dat eigenlijk wel mogelijk bij deze doelgroep? Er wordt altijd een aanzienlijk deel van de regie overgenomen. Dat is de reden dat ze bij ons wonen.
- 18 De methodiek richt zich op de krachten van een cliënt en niet op de problemen. Maar hoe ga je daarmee om als de problemen zo op de voorgrond staan? Het lijkt alsof de woonbegeleiding zich uitsluitend richt op de krachten en de problemen negeert. Hoe kan je de problemen op een krachtgerichte manier benaderen?

Samenwerking

- 19 Een psychiater richt zich op een probleem: de behandeling van een stoornis, in dit geval een dubbele stoornis. Volgens herstelwerk richt de begeleiding zich op de krachten in een cliënt. Is dat misschien een vruchtbare taakverdeling?
- 20 In hoeverre wordt er samengewerkt tussen behandelaars en woonbegeleiders?
- 21 Zou het goed zijn om behandelplan en begeleidingsplan beter op elkaar af te stemmen?

Interview 7

Met: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige

3 maart 2014

6 Hoe omschrijf jij de doelgroep van deze RIBW's?

Hier zitten voornamelijk mensen die door een verslaving en een psychiatrische stoornis ernstig beschadigd zijn en veel begeleiding nodig hebben.

7 De methodiek is gericht op herstel van de eigen regie van de cliënt. Zie jij kansen voor deze cliënten om uiteindelijk terug te keren in de maatschappij?

Dat lijkt een hopeloze missie maar zo zie ik het niet. Want ik zie wel degelijk kansen voor herstel. Als je als buitenstaander hier naar binnen zou kijken en je leest over de achtergronden dan kan ik me voorstellen dat je denkt dat herstel een hopeloze missie is. Want het is en een zware categorie psychiatrie en het is een zware categorie middelen afhankelijkheid. Je moet wel erg optimistisch zijn ingesteld om te denken: 'Nou, daar kan ik nog wel wat van maken'. Maar ik heb dat optimisme wel.

7 Maar als je kijkt naar de uitstroomcijfers dan is de realiteit dat doorstroom naar meer zelfstandigheid nauwelijks voorkomt?

Ben ik niet helemaal met je eens. Ik zie hier vandaan mensen naar een satelliet woning gaan waar ze toch de eerste stap zetten naar een meer zelfstandige woonvorm. En ik moet eerlijk zeggen dat, als ik van de 45 cliënten er één stappen kan laten zetten richting meer zelfstandigheid, dan vind ik mijn missie al geslaagd.

7 Dat perspectief is dan duidelijk.

Ja, maar het mogen er ook meer zijn.

7 Natuurlijk, maar de begeleiding hier is gericht op hele kleine stapjes vooruit.

Ja, maar je zult altijd kleine stapjes moeten doen om uiteindelijk grote doelen te bereiken, zeker met de mensen die in deze RIBW's wonen.

14 Je kent de begeleidingsmethodiek die wij gebruiken?

Ja.

17 *Wat zijn je ervaringen ermee?*

Je moet elkaar als hulpverleners blijven motiveren om erin te geloven dat het mogelijk is om met haalbare doelen mensen te motiveren om gebruik te maken van hun eigen krachten om te werken aan hun herstel. Dat vergt veel energie en inzet maar met kleine succesjes houd je de moed erin. Ik begrijp wel waar je heen wilt, natuurlijk zitten hier mensen met ernstige problemen, met psychoses en zware verslavingen van vaak al jongs af aan.

Het is leuk om te vertellen dat, toen ik hier pas werkte, dat is al heel wat jaren geleden, aan bijna iedereen vroeg: 'Joh, hoe zit het nou met je vader en moeder?' en eigenlijk antwoordde iedereen dat ook de vader ernstig verslaafd was geweest, meestal aan alcohol. Dat bevestigt nog maar eens de theorie dat verslaving echt een erfelijke en biologische achtergrond heeft. En het is verrekke moeilijk om daaraan te werken. Dat gaat altijd met vallen en opstaan. Ik vind dat we steeds meer handvaten krijgen om daar toch mee aan de slag te gaan. Ik ben daar niet pessimistisch over gestemd. Al lukt het maar bij 1 cliënt.

Als je een terugval preventieplan op gaat stellen, dan ben ik al blij als je iets kan bereiken op het gebied van controle over het gebruik. We hebben hier een voorbeeld van iemand die toch wel een liter jenever dronk per dag en die nu alleen nog maar zwak alcoholische dranken drinkt. En hij laat zich nu weer opnemen op de Jellinek om weer abstinente te raken en toch weer gaat proberen te werken aan zijn herstel. Dat doet me goed.

18 *De filosofie achter herstelwerk is dat je je moet richten op de krachten die in een cliënt aanwezig zijn en niet op de problemen. Een van de zaken waar begeleiders op stuiten is dat de problemen zo allesoverheersend zijn en er daardoor nauwelijks ruimte is om je te richten op de krachten.*

Ja, dat is ook hartstikke moeilijk en dat lukt ook niet bij iedereen. Ten minste: vooralsnog niet. Je moet elkaar daar in blijven motiveren en stimuleren. Hoe je er als buitenstaander en misschien ook wel als hulpverlener tegenaan kijkt is vaak dat er niets te bereiken valt. En inderdaad is het vaak op dit moment niet mogelijk. Maar er is altijd verandering mogelijk van de situatie in de toekomst. Kijk er over een paar maanden, desnoods een paar jaar, nog een keer naar en misschien is dan wel wat mogelijk. De gevoeligheid voor verslaving zal altijd blijven bestaan. Bij de mensen die hier zitten zijn vaak al vele malen psychotisch geweest en welke medicatie ook uitgeprobeerd wordt, er zal altijd een flinke restpsychose over blijven. Dat klopt. En toch denk ik dat het de moeite waard is om er om de zoveel tijd bij stil te staan om te bekijken of er krachten aan te boren zijn die gebruikt kunnen worden om het herstel in te zetten.

Ja...

18 Volgens mij ben jij heel sceptisch en ben je mij aan het interviewen. Je hebt eigenlijk al een standpunt ingenomen of je probeert mij dingen te laten zeggen. Het lijkt alsof je al hebt geconcludeerd dat het onmogelijk is herstel te bereiken en dat ook op gaat schrijven.

Ik probeer een beetje omdat ik het wel heb over de vragen die hier spelen.

17 Nou, volgens mij leven die dingen hier helemaal niet. De teamleider hier zet juist heel positief in op het ontwikkelen van allerlei hulpmiddelen om aan de slag te gaan met herstel. GGZ is bezig daar vorm aan te geven. Er is hier zeker wel een geloof in herstel. Natuurlijk is er ook sprake van enige realiteitszin, iedereen beseft dat het ene hele moeilijke doelgroep is om resultaat mee te boeken. Natuurlijk, maar ik bespeur hier geen houding van: 'Jongens, dit is een onmogelijke missie'.

Oké, mijn volgende vraag: de methodiek wil dat je je op de krachten richt en daarbij blijven de problemen buiten beeld. Hoe gaat het de hulpverleners lukken om die twee zaken; de krachten en de problemen samen op te pakken?

18 Ik doe dit werk nu 40 jaar en een van de eerste gouden regels was om mensen aan te spreken op de dingen die ze wel kunnen en doe dat niet op de dingen die ze niet kunnen. En dat principe past men ook gewoon toe in deze methodiek, ten minste, dat probeert men toe te passen. Ook al heb je iemand met een zware stoornis en verslaving en zware gedragsproblemen, dan is het soms moeilijk om op zoek te gaan naar wat diegene wel goed kan. Toch vind ik hier woonbegeleiders dat vinden en daarmee aan de slag gaan. Dat is de basis, dat is de kracht.

Ja, dat is de kern van deze methodiek?

18 Ja, maar dat is al eeuwen oud hoor, daar is niets nieuws aan.

Probleem is dat nu de problemen nu genegeerd worden terwijl de stoornis en de verslaving toch juist een onderdeel behoren te zijn van de begeleiding.

18 Ja, daar loop ik wel tegenaan, tegen begeleiders die denken, GGZ is er voor de psychiatrie en daar hoef ik als begeleider niets mee. En omdat GGZ nu heeft gezegd dat ze ook de verslavingszorg gaat doen, komt dat ook meer bij ons te liggen en minder bij de woonbegeleiding. Maar ik heb natuurlijk helemaal geen wondermiddel maar ik kan wel met de woonbegeleider mee kijken om samen te bepalen hoe dat aangepakt moet worden. Soms worden de doelen veel te hoog

gesteld en dat geef ik dan ook terug aan begeleiders hier. Dat is niet altijd even leuk. Maar als iemand zich als een hark gedraagt dan heb ik daar geen wondermiddelen tegen. Natuurlijk, we hebben tegenwoordig heel veel pillen, helaas zij er nog steeds behoorlijk veel psychiatrische ziektebeelden die behoorlijk resistent zijn tegen alle vormen van medicatie. En dus slaat de medicatie niet aan en blijven mensen chronisch psychotisch. En als ze dan ook nog eens afhankelijk zijn van een middel, dan hebben we een zware dobber. Maar dat is de doelgroep waar we hier mee werken.

20Je had het net al over de afstemming tussen begeleiding en behandeling. Hoe is dat geregeld hier.

Daar besteed ik veel tijd aan. Dat mag formeel niet want al mijn tijd moet een op een besteed worden aan cliënten. Ik denk dat ik toch wel 50% van mijn tijd besteed aan praten met woonbegeleiders en dat is niet eens altijd direct werk gerelateerd. Ik besteed ook een hoop tijd aan het gemotiveerd en enthousiast houden van de begeleiders. Ik begeleid de woonbegeleiders in hun moeilijke werk met deze lastige cliënten. Dat is vaak gericht op het mee helpen denken over bijvoorbeeld aanpassingen in benadering of bejegening of hen te enthousiasmeren. Dat zie ik wel als mijn taak.

Zou je kunnen spreken van een geïntegreerde benadering.

*20*Dat is wel mijn streven ja.

Maar dat verloopt niet via een multi disciplinair overleg.

*20*In principe zijn daar wel afspraken over. Ik voel mij daarin wel gedekt en gedragen door mijn leidinggevenden om het op deze manier te doen.

Maar er is geen regulier overleg.

*20*Ik heb een soort brugfunctie tussen woonbegeleiders, zoco's en de psychiater, ik vertaal het een en ander in beide richtingen. En ik word weer gevoed door de psychiater om dat weer richting de woonbegeleiders te brengen. Er is wel degelijk overleg en ik vervul daar een soort brugfunctie in.

Herstelwerk is een basismethodiek maar er zijn andere methodieken beschikbaar die ook krachtgericht zijn maar specifiek ontwikkeld voor de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose. Het instrumentarium in deze methodieken is veel uitgebreider.

*13*Ik heb hier wel een aantal keren operante conditionering toegepast, dat is een instrument ontwikkeld door gedragswetenschappen, om mensen te leren hun gedrag te veranderen. Positief gedrag wordt beloond en negatief gedrag wordt genegeerd. Dan zie je aan het begin een toename van het negatieve gedrag omdat dat in het verleden altijd werd bekrachtigd, men kreeg de aandacht al was het op basis van negatief gedrag. Een oude methodiek die soms wel succesvol kan zijn. Dat passen we hier wel met enige regelmaat toe. Dat komt denk ik ook omdat de teamleidster hier een orthopedagoog is en de kennis heeft.

Wat is het hoofddoel van de begeleiding hier.

*15*Dat is om hier een zo humaan mogelijke woonsituatie te bieden. Want het gaat hier om wonen en niet om behandelen. Dat doen we wel maar de hoofdzak is wonen en je mag hier verslaafd zijn.

Je mag hier ook harddrugs gebruiken op je kamer.

Ja, en daar wordt je niet op afgerekend.

Maar de methodiek is gericht op herstel.

*16*Ja, dat hebben we wel altijd in ons achterhoofd zitten maar we verwachten niet dat iedereen die hier woont binnen een gestelde termijn herstelt. Als je dat gaat doen, dan werk je hier niet lang want dan loop je stuk. Dat gaat niet lukken. Er gaan mensen dood aan hun ziektes. Dit is de onderkant van de samenleving, we werken met de zelfkant van de samenleving. Die zelfkant die laten we hier wonen en gebruiken maar we bieden ze ook perspectief. Door die twee ziektes, verslaving en stoornis, is niet iedereen hier bij machte om aan dat perspectief te werken. Maar het is wel onze taak dat perspectief te blijven aanbieden. En het is de kunst dat op een manier te doen zodat het ons zelf niet frustrereert en ook de cliënt niet knettergek maakt omdat hij verplicht is elke week een gesprek te hebben over zijn vorderingen. Dat is maatwerk, soms doen we dat minimaal en soms zien we plotseling een kans opdoemen. Maar primair blijft deze RIBW gericht op wonen aan de zelfkant van de maatschappij.

Verslaving wordt tegenwoordig beschouwd als een psychiatrische stoornis.

*9*Het is altijd al een psychiatrische stoornis geweest, alleen dachten ook veel mensen dat het toch ook aan jezelf ligt. We waren er al van overtuigd dat het een psychiatrisch ziektebeeld is en nu is ook duidelijk dat er een erfelijke, biologische component aan zit. Jaren geleden werd daar in de verslavingsklinieken wel anders over gedacht maar dat is nu wel over. Ik

heb het nog wel meegemaakt dat er gezegd werd± 'je kunt wel opgenomen worden in onze verslavingskliniek maar dan moet je eerst nuchter zijn. Hoe dom kan je zijn maar dat heb ik in het verleden wel tientallen keren meegemaakt. Weet je, dan begrijp je het niet maar dat is nu anders.

We hebben enige tijd geen verslavingszorg in huis gehad. Jullie, als GGZ, zijn het nu aan het ontwikkelen. Hoe gaat dat eruit zien?

10Nou, zoals ik het net helemaal omschreven heb. Verwacht geen wonderen. Natuurlijk gaan we wel instrumenten inzetten als terugval preventieplan, trekregistratie. Zo zijn er wel een aantal interventies die je kunt gebruiken om cliënten te stimuleren om te gaan werken aan hun verslaving. Wat we als eerste hebben gedaan is het trainen van alle woonbegeleiders hier. Daar komt nog niet echt veel uit. Maar als voorbeeld kunnen we nu wel een bewoner nemen die zwaar alcoholist is en nu bereid is om eraan te gaan werken. Dan kan je ook heel goed zien hoe de theorie in de praktijk werkt. Cliënten beginnen enthousiast, krijgen een terugval, etc. het gaat precies volgens het boekje. Zoals met de psychiatrische stoornis die niet meer zal verdwijnen, kunnen we ook geen wonderen verwachten met cliënten die al zo lang en zo zwaar verslaafd en ook beschadigd zijn. Ook specialistische verslavingsklinieken kunnen dat niet.

Wat je zegt is dat je de problemen niet moet negeren maar ook krachtgericht moet benaderen.

11Laten we beginnen met de constatering dat door stoornis en middelenmisbruik de krachten behoorlijk zijn aangetast. Daar zijn we het allemaal over eens. Deze mensen zijn dus behoorlijk gehandicapt door deze twee stoornissen. Maar als het je niet lukt de problemen aan te pakken, dan is het toch ook prima dat het je wel lukt ze bijvoorbeeld naar dagbesteding te krijgen. Dat is mijn taak; hoe houd ik woonbegeleiders enthousiast. Natuurlijk ben ik ook realistisch, ik zie best de mislukkingen en frustraties waar je tegenaan loopt in dit werk.

En in welke fase van de methodiek zitten we dan.

8De meeste cliënten zitten nog niet eens in de overwegingfase en dat is de eerste stap.

Interview 8

Met: ambulant verpleegkundige (HBO-V) van GGZ-Ingeest

19 maart 2014

Wat houdt jouw werk in?

1Ik ben ambulant verpleegkundige bij een FACT team van GGZinGeest, ik heb de HBO-V gedaan en ik werk voornamelijk met ambulante patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. De meeste van mijn patiënten hebben een zelfstandige woning. Ook heb ik cliënten van Cordaan. Bij de Overtoomse hof, bij Nieuw Sloten en ook ambulante patiënten van Cordaan.

In hoeverre ken je de begeleidingsmethodiek die wij binnen HVO-Querido gebruiken?

14Ik ken de basisprincipes redelijk goed.

Hoe zou jij de doelgroep omschrijven die in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' van HVO-Querido verblijft?

6Cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening gecombineerd met verslavingsproblematiek.

Past de begeleidingsmethodiek bij deze doelgroep?

17Over het algemeen wel, zeker. Op het gebied van verslavingszorg kunnen we nog wel stappen zetten.

GGZ doet de behandeling van bijna alle cliënten die hier wonen. Doel van de begeleiding is stabilisatie en bescherming. De methodiek heeft de focus op herstel. Waar denk jij dat het zwaartepunt ligt in de begeleiding?

11Het liefst toch wel op herstel. De meeste cliënten die hier verblijven zijn stabiel dus dan zou er ruimte moeten zijn voor herstel.

Herstel is een heel breed begrip. Wat bedoelen we als we het hebben over herstel bij deze doelgroep?

11Ten eerste stabiel houden en ook wel het aanleren van woonvaardigheden of het opstarten van dagactiviteiten. Of het verbeteren van de dagstructuur, het opstarten van contacten met de familie.

Wat houdt de psychiatrische behandeling in van onze cliënten?

7Over het algemeen gaat het om medicamenteuze behandeling maar ook wel herstelgericht zoals ondersteunende gesprekken, crisis signaleringsplannen en ook over de verslaving wordt wel gesproken met de cliënt. Zo zijn de woonbegeleiders op dit moment bezig met het maken van terugval preventieplannen waarbij wij hen ondersteunen.

In hoeverre is herstel mogelijk?

7Het is een hele moeilijke doelgroep zeker in het licht van herstel. Ik denk dat heel veel winst al is behaald als mensen stabiel blijven. En bijvoorbeeld niet meer alcohol of drugs gaan gebruiken. Ik denk wel dat herstel mogelijk is maar het gaat om kleine stapjes.

Waar denk je dan aan, wat voor stapjes?

8Bijvoorbeeld minder drugs of alcohol gaan gebruiken, dat iemand zich uiteindelijk toch lichamelijk laten onderzoeken terwijl hij/zij daar veel weerstand tegen heeft. Of behandeling accepteren. Heel veel ligt op het gebied van motivatie.

Het ideaal is uiteindelijke re-integratie in de maatschappij, is dat een reële optie?

8Nee, voor de meeste mensen hier niet. Ze zitten niet voor niets hier in een RIBW.

Er zijn twee factoren die het herstel dwarsbomen: verslaving en psychiatrische stoornis.

Wat is de invloed van een psychiatrische stoornis op het streven naar herstel?

7Deze mensen zijn vaak al heel erg langdurig bekend in de psychiatrie, het zijn chronische patiënten die vaak al meerdere psychoses hebben doorgemaakt waardoor cognitief ook het een en ander achteruit is gegaan. Ook door drugs en/of alcoholgebruik worden de cognitieve functies aangetast. Ik denk dat het ook mensen zijn die al zoveel psychoses hebben doorgemaakt en al zo lang verslaafd zijn dat sommige dingen echt niet meer kunnen.

Ze zijn beschadigd en dat is niet te herstellen?

7Ja, beschadigd en soms is dat niet meer te herstellen. Dus het draait om herstel waar bepaalde grenzen aan zitten.

De methodiek is krachtgericht, het legt de focus op de krachten die in een cliënt aanwezig zijn. Maar er zijn twee problemen die de ontwikkeling van die positieve krachten in de weg zitten. Hoe ga je om met de problemen in het vormgeven aan je begeleiding?

12Ja, dat is een goede vraag. Het is altijd de kunst om te kijken naar wat iemand wel kan. Maar daarbij is het ook goed te bedenken dat het vaak twee stappen vooruit, een stap terug is. Het gaat om een manier van benaderen, altijd van het positieve aspect uitgaan. Het is vaak moeilijk om er doorheen te kijken en de positieve krachten te ontdekken. Omdat alle problemen als stoornis, verslaving en de daarbij vaak gepaard gaande gedragsproblemen, zo dominant op de voorgrond treden.

Maar moet je die problemen negeren?

18Het zijn wel onderdelen van de persoon en die kan je niet los zien van de positieve krachten. Het gaat meer om met die zaken te manoeuvreren, je kunt ze niet echt loskoppelen.

En wat denk je van ook de problemen krachtgericht benaderen?

18Ja, dan negeer je ze in elk geval niet. Dat is beter dan de twee helemaal van elkaar los te koppelen.

Herstellwerk is een cyclische methodiek waarbij aan het begin de fase staat waarin gezocht wordt naar het vinden van de motivatie om te gaan werken aan het eigen herstel. Maar hoe krijg je het voor elkaar cliënten te motiveren daaraan te werken ondanks de grote problemen die hun leven overheersen?

18Veel geduld en een lange adem. Daarbij kunnen we technieken inzetten als motiverende gespreksvoering. Dat is zeker bij verslaving een beproefde methode. Dat kost wel veel tijd om mensen gemotiveerd te krijgen en dan moet je ze nog gemotiveerd houden. Soms is iemand de ene dag gemotiveerd en is dat de volgende dag geheel verdwenen. Het vasthouden van de motivatie is misschien nog wel moeilijker dan het bespreekbaar maken.

Verslaving wordt tegenwoordig beschouwd als een psychiatrische stoornis.

9Klopt.

Vroeger was de behandeling gescheiden: de ene organisatie deed behandeling van de stoornis en de andere de verslavingszorg en jullie als GGZ proberen nu ook de verslavingszorg te gaan aanbieden. Gaat dat lukken?

13Ik hoop het wel, wij gaan daar ook extra training in krijgen. Er loopt ook een project binnen onze GGZ over dubbele diagnose. Daarnaast worden we extra geschoold in motiverende gespreksvoering en herstelgericht werken. En we bieden

aan de woonbegeleiders klinische lessen aan. Daarnaast zijn we bezig met het invoeren van het terugval preventieplan en dat kan een heel handig hulpmiddel zijn. We ontwikkelen verschillende instrumenten om te kunnen inzetten. Maar het blijft natuurlijk een doelgroep met ernstige problemen en daarom blijft het lastig om grote resultaten te boeken op het gebied van herstel.

Bestaat er een koppeling tussen de behandelplannen van GGZ en de begeleidingsplannen van de woonbegeleiders?

20 Dat kan nog wel beter gekoppeld worden. In ieder geval heb ik voorgesteld dat de woonbegeleiders een kopie krijgen van onze behandelplannen. Ik denk wel dat er een overeenkomst bestaat over de doelen maar het wordt niet naast elkaar gelegd. Het zou wel goed zijn als persoonlijk begeleiders dat kunnen meenemen in hun begeleiding.

Er is niet zoiets als een multidisciplinair overleg?

20 Nee, natuurlijk proberen we er altijd wel voor te zorgen dat de persoonlijk begeleider ook aanwezig is als de psychiater het behandelplan bespreekt met de cliënt.

Maar dat is alleen gericht op het behandelplan?

20 Ja, maar verder is er geen multidisciplinair overleg over individuele cliënten.

Onlangs is dat wel overeengekomen: we gaan starten met elk kwartaal een MDO om enkele cliënten in breed verband te kunnen bespreken.

20 Dat zou goed zijn, die koppeling kan zeker nog verbeteren.

Een van de basisprincipes in de methodiek is dat cliënt de regie voert over de begeleiding.

17 Ja, dat is erg moeilijk met mensen die verslaafd zijn. Dat is het ideale plaatje. Ook GGZ werkt vanuit dat principe: de cliënt stelt zelf de doelen op die hij wil bereiken.

Maar is dat niet lastig als het enige doel dat cliënt vaak heeft het verkrijgen van drugs is?

17 Maar ik denk dat je met doorvragen toch wel achter andere behoeftes kan komen. Drugs verkrijgen is wel het hoofddoel maar niet het enige doel. Elke cliënt heeft wel eens de gedachte: 'Moet ik nou niet stoppen of in ieder geval minderen' en twijfelt of hij/zij wel zo door moet leven.

En dat is dan het moment?

17 Juist, dat is het moment voor de begeleiding om dat verder op te pakken en te stimuleren.

Dus je zegt: het kan heel lang zo zijn dat cliënt niet te motiveren is en alleen maar denkt: 'allemaal leuk en aardig maar ik wil scoren' en dat je dan als begeleider niet vooruit komt. En dat het vaak wachten is totdat zich een opening aandient?

17 Ja, je kunt ook proberen enige drang te gebruiken om iemand te stimuleren daarover na te gaan denken.

Maar er zijn ook cliënten die zo chronisch psychotisch zijn dat een rationeel gesprek over eigen regie en doelen helemaal niet mogelijk is.

17 Ja, bij chronisch psychotische mensen kan je niet anders dan een deel van de regie overnemen. Zij hebben daarbij sturing nodig.

Ten slotte:

17 Het is een hele moeilijke doelgroep en je moet altijd blijven aftasten wat je kunt bereiken.

Interview 9

Met: ambulant verpleegkundige (HBO-V) van GGZ-Ingeest

5 maart 2014

1 Wat is je functie?

Ik ben ambulant verpleegkundige binnen een FACT team van een GGZ instelling

Waar staat de term FACT voor?

1Functional Assertive Community Treatment

Dat betekent dat we ons als GGZ met alles bezighouden wat binnen een wijk met psychiatrie te maken heeft. Dat betekent soms contact leggen met mensen die veel gesignaleerd worden op straat en waar klachten over binnenkomen, het betekent ook dat we behandeling doen binnen RIBW's als die van HVO-Querido om als consulent cliënten te begeleiden en teams te ondersteunen, het kan ook betekenen dat mensen via de huisarts bij ons worden aangemeld voor psychiatrische zorg als therapieën, hulp bij medicatie of andere soorten van ondersteuning.

Dus als onderdeel van je werk, kom je ook bij een RIBW instelling zoals die van HVO-Querido over de vloer als die in je wijk ligt. En daar begeleid je cliënten met een dubbele diagnose?

4Ja.

Hoe vaak ben je bij ons?

5Regulier ben ik twee keer per week bij HVO-Querido maar als er iets aan de hand is, komen we ook.

Ik werk op twee HVO-Querido locaties in de wijk, bij elk werk ik een dagdeel per week. Maar ik ken ook andere locaties van HVO-Querido.

Dus je kent onze doelgroep goed en hoe zou je die omschrijven?

6Veel comorbiditeit, dubbele diagnose, verslaafd en psychiatrie met veel gedragsproblemen. Een groep die niet zelfstandig kan functioneren in de maatschappij. Zij hebben meestal al een heel GGZ traject achter de rug. Het zijn kwetsbare mensen die, uitzonderingen daargelaten, bij alle dagelijkse facetten van het leven hulp nodig hebben.

Twee jaar geleden is bij HVO-Querido een nieuwe begeleidingsmethodiek ingevoerd, ken je de methode 'Herstelwerk'?

14Krachtgericht ja, die ken ik. Ik heb ook een paar keer bij HVO-Querido overleggen gezeten tijdens de introductiefase.

Het doel van de begeleiding op onze woonvoorzieningen is stabilisatie en bescherming van de cliënten. De methodiek is gericht op herstel. Hoe sluiten die op elkaar aan?

8Herstelgericht werken is, volgens mij, de enige reden waarom mensen in de zorg gaan werken, om mensen te helpen om verder te komen. Ik denk dat het voor jullie doelgroep vaak te hoog gegrepen is om aan hen te vragen zelf doelen te stellen en deze ook zelf op te pakken. Maar de visie er achter vind ik wel heel mooi. Ik mis heel erg het kopje 'hulpverlener'. Dat je als hulpverlener je eigen mening kan geven over de doelen die cliënt zich stelt. Sommige cliënten zijn zo kwetsbaar en blijven dertig jaar in een kliniek. Maar soms gebeurt er dan toch plotseling iets waardoor ze wel weer zelfstandiger kunnen functioneren. Met die mogelijkheid moet je altijd blijven rekening houden. Maar wat ik mis is de input in het proces waar de hulpverlener een realistische inschatting maakt van de doelen die cliënt zich stelt. "wij verwachten niet deze persoon op korte termijn dusdanig herstel laat zien" Aan de hand van zijn krachtgerichte doelen die je dan vastgelegd na een begeleidingsgesprek zou ik het kopje: inschatting van de begeleider erbij willen hebben. Zodat je kan aangeven in de cyclus dat je de doelen niet realistisch of te hoog gegrepen vindt. En dat je dan als hulpverlener gaat kijken hoe je de cliënt wat meer krachtgericht kan laten denken.

De methodiek is heel erg gericht op de eigen regie?

17De methodiek is gericht op mensen die eigenlijk zelf wel de regie kunnen nemen. Dus er wordt bij jullie een stukje overgeslagen. We willen allemaal dat de zorg goedkoper wordt en dat cliënten uit die groepen gaan en zelfstandiger worden. Maar als je cliënten zelf doelen laat stellen die veel te hoog gegrepen zijn en, na een half jaar, tijdens de evaluatie, blijkt dat ze weer niet gehaald zijn, dan maak je juist iets stuk in plaats van dat je ze helpt richting meer zelfstandigheid.

Dat gaat specifiek over het vaststellen van de doelen die cliënt zichzelf stelt?

17Natuurlijk mag elk mens zijn eigen doelen stellen maar ik vind wel dat je als hulpverlener daar 'notities' aan moet kunnen toevoegen. Als een cliënt zich ten doel stelt zelfstandig te gaan wonen en de hulpverlener weet dat hij/zij nog niet eens in staat is om zelf een eitje te bakken, dan vind ik dat je als begeleiding de doelen daaraan aan moet passen en niet alleen maar moet opschrijven wat de cliënt wil.

Dus toch de regie, althans gedeeltelijk, overnemen van de cliënt?

17Ja, in klinieken gebeurt dat ook gewoon. Deze mensen komen niets voor niets bij jullie terecht, ze hebben dan meestal al een heel traject achter de rug binnen GGZ. De GGZ zegt over deze cliënten: misschien wordt het ooit nog wel eens beter maar voor nu kan deze cliënt niet zelfstandig wonen. Zelfs niet met de begeleiding van een FACT team zoals wij dus hij/zij heeft meer hulp nodig. Als je van zo'n patiënt bij binnenkomst vraagt krachtgerichte doelen op te gaan stellen, want dat moet bij jullie binnen zes weken, dan is dat waanzin. Het is gewoon niet realistisch.

Als je de hele cyclus die in de methodiek zit bekijkt, van overwegen tot herstel, in welk deel daarvan zit onze begeleiding?

15 Dat is per cliënt denk ik anders maar voor een heel groot gedeelte moet je ze eerst eens proberen bewust te maken van het feit dat ze iets zouden moeten gaan doen om te herstellen. Dat is, zeker bij heel veel verslaafden, ver te zoeken want die zijn hun hele leven alleen maar bezig met het verkrijgen en gebruiken van drugs. Als je aan zo iemand gaat vragen om zijn doelen nou eens op papier te zetten dan kom je nergens. Dat is tijdverspilling en dat vind ik zonde.

Ik begrijp natuurlijk wel dat je als organisatie eist dat er iets op papier komt. Dat is bij GGZ ook zo en iedereen begrijpt dat zoiets de eerste keer allemaal niet helemaal kloppend zal zijn. Het lijkt me beter in die zes weken samen met cliënt te gaan kijken welke stapjes in de richting van herstel er gezet kunnen worden. dat lijkt me heel wat nuttiger dan de vraag te bespreken wat iemand wil bereiken. Iedereen wil een eigen huis, een goed inkomen, een vrouw en kinderen. En als je net uit een kliniek komt waar je twee jaar gezeten hebt en je wil zulke doelen gaan bespreken, dat lijkt me echt zonde van de tijd.

Het zijn cliënten met comorbiditeit of dubbele diagnose. Dat zijn problemen die herstel in de weg zitten. De methodiek schrijft voor je te richten op de positieve krachten die altijd ook aanwezig zijn in een cliënt. Maar omdat de problemen met verslaving en stoornis zo overheersend zijn, is er vaak weinig ruimte om je te richten op de positieve krachten. Vaak wordt de methodiek door de begeleiding zo geïnterpreteerd dat, omdat de methodiek zich niet richt op de problemen, de problemen genegeerd worden. We negeren de problemen en we gaan gewoon kijken of we iemand aan de dagbesteding krijgen. Kan dat?

12 Ik vind dat je herstelgericht kan werken aan verslaving en ik vind ook dat je moeilijke gesprekken kan hebben met een cliënt die herstelgericht zijn. Je kan best benoemen dat een cliënt verslaafd is en bespreken welke gevolgen dat heeft voor zijn denken en handelen. Herstelgericht werken betekent niet dat je nooit iets negatiefs mag zeggen. Het kan best krachtgericht zijn om naar een cliënt te gaan en te zeggen: "Jezus, heb je nou gisteren weer al je extra geld uitgegeven aan cocaïne?" Natuurlijk is de manier van bejegenen afhankelijk van de cliënt maar het kan prima krachtgericht zijn.

Je zegt dus eigenlijk dat je de problemen niet moet negeren maar juist krachtgericht moet benaderen?

18 Juist.

Tot nu toe is er geen directe samenhang tussen behandel- en begeleidingsplannen. Hoe zie jij dat?

20 Ik denk dat de koppeling begeleiding HVO en behandeling GGZ nog wel iets strakker kan worden.

Maar op zich is het goed dat je ieder een apart stuk doet. De verantwoordelijkheden liggen ook anders. De kan de begeleiding naast cliënt gaan staan en zeggen: "Neem die medicatie nou gewoon in want dat heb je afgesproken met GGZ". Dan kan je als begeleider makkelijker uit die situatie stappen. Andersom kan ik dat als GGZ ook omdat ik me niet hoeft te bemoeien met het schoonhouden van de eigen kamer of het feit dat iemand weigert corvee te doen. Inhoudelijk qua behandeling zijn we alle twee uit op 'herstel' en wie waar de verantwoordelijkheid voor heeft, is niet zo belangrijk.

Je werkt als het ware vanuit een andere invalshoek?

20 Ja, je doet ieder een ander stuk van de begeleiding en ik denk dat dit goed is voor de cliënt.

Maar de onderlinge communicatie over de begeleiding is genoeg?

21 Nee, communicatie kan altijd beter. Het mooiste zou zijn dat de persoonlijk begeleider altijd aanwezig is als ik in gesprek ga met een cliënt. Ten eerste kan ik de interactie zien tussen cliënt en begeleider, de begeleider kan zien welke gesprekstechnieken we inzetten en je kan multidisciplinair overleggen.

Maar bij de behandelplanbespreking is altijd ook de persoonlijk begeleider aanwezig. Dat is dan toch een soort MDO?

21 Een MDO is veel breder, daarbij zit het hele team bij elkaar om een cliënt te bespreken en het is altijd goed om op zo'n manier een breed scala aan input te krijgen. Ik heb wel op MDO's gezeten waarbij de ene deelnemer zegt dat het helemaal niet goed gaat met cliënt terwijl de ander het tegenovergestelde beweerde.

Ik denk dat je MDO's ook prima kan inzetten naast de methodiek. Bij jullie wordt de methodiek te veel gezien als een geheel, ik vind dat je het zou moeten zien als een onderdeel. Op een traject zet ik in wat ik nodig vindt. Het kan zijn dat cliënt dat zelf aangeeft maar het kan ook zijn dat ik dat moet doen. Als een cliënt vindt dat ik helemaal geen gelijk heb, prima. We kunnen daarover altijd in discussie. Het blijft maatwerk, een wietverslaving heeft een heel andere benadering nodig dan een cocaïne verslaafde, de ene heeft een psychose met stemmen, de andere met beelden. De benadering is nu te veel standaard.

Op onze woonvoorziening is heel lang geen professionele verslavingszorg geweest.

10 Dat is wat kort door de bocht, vind ik. Wat vind jij onder professioneel verslavingszorg vallen?

Vroeger kwam bij ons, naast GGZ, de Jellinek over de vloer die onze bewoners begeleidde op het gebied van verslaving. Die zijn verdwenen en het heeft twee jaar geduurd voordat dit gat echt opgevuld werd. Daardoor is ook een gat ontstaan in de kennis van het begeleidingsteam die de verslaving lijkt te benaderen als een natuurverschijnsel. Nu is GGZ dat gat langzaam aan het opvullen.

16Oke, maar dat vind ik heel wat anders. Dat gaat ook over het uitwisselen van informatie. Dan gaat HVO-Querido nu eindelijk zien wat er gebeurt op dit gebied. En dat is heel wat anders dan te stellen dat er niets gebeurde. Natuurlijk zijn wij bezig verslavingszorg te geven maar jullie cliënten blinken nou niet uit in gemotiveerdheid om van de verslaving af te komen. Dus dan blijf je meestal in het eerste gedeelte van de motiverende gespreksvoering hangen. Op zo'n moment ziet HVO-Querido niet wat er gebeurt.

Hetzelfde proces zie je in de begeleiding, het lukt vaak niet het proces van herstel van de grond te krijgen.

14Dat zie je bij ons ook vaak. Dan moet er een nieuw plan komen want het gaat niet goed. Dan wordt er iets bedacht waarvan ik denk: dat doen we al lang. Als je het hebt over herstelgericht werken en je gaat daar hulpverleners op trainen, dan snap je er niets van. Want dat is natuurlijk wat wij altijd al doen. Dat moeten we doen met alle handvatten en middelen die we daarvoor hebben. Krachtgericht zoals jullie dat invoeren beperkt dat. Binnen GGZ heb je dat probleem minder, ook daar wordt je natuurlijk doodgegooid met steeds nieuwe zaken die men wil invoeren maar dat wordt gezien als 'een onderdeel van', 'een uitbreiding van het instrumentarium'.

Je zegt Herstelwerk beperkt dat, bedoel je dat het zo strak wordt ingekaderd dat je ruimte om te manoeuvreren ernstig beperkt wordt?

14Ja, als je de hulpverlener zo buitenspel zet en het overlaat aan een cliënt die nou juist heeft aangetoond dat hij al jaren niet zelfstandig kan functioneren, dan snap ik dat echt niet.

Hoe ziek mensen ook zijn, ik probeer altijd te bedenken wat ik kan verzinnen om ze toch weer een stapje vooruit te laten zetten. Maar dat zijn wel processen van jaren. Ik denk dat het vooral frustrereert om binnen zes weken een mooi plan op te moeten stellen. En ze dan een half jaar later. Tijdens de evaluatie, onder de neus te wrijven dat het weer niet is gelukt, dat is niet echt krachtgericht. Dat wisten we van tevoren en dat hadden we moeten voorkomen.

Dat betekent dat je de doelen moet bijstellen?

14Dat betekent dat je de cliënt zeker zijn eigen doelen moet laten formuleren maar dat er een kopje bij moet staan met de visie van de hulpverlener. Waarin staat hoe de doelen in realistische termen vertaald kunnen worden en wat we kunnen inzetten om de cliënt hierbij te gaan helpen.

Je bedoelt dat je dan kan zeggen: 'maar jouw doelen zijn niet zo haalbaar?'

16Het woordje 'maar' moet je dan natuurlijk niet gebruiken, het goede woord is 'en'. En hoe we dat allemaal kunnen bereiken, daar gaan we het eens uitgebreid over hebben'. Dat geeft positief aan dat je cliënt wilt bijstaan en het schept ruimte om met voorstellen te komen van subdoelen die wel haalbaar zijn.

Dan kom je haast automatisch op doelen die te maken hebben met de problemen verslaving en stoornis en dan is het zoeken naar manieren en instrumenten om daar mee aan de slag te gaan?

13Ja.

Oké, maar hoe ga je dan daadwerkelijk aan de slag met de problemen die herstel in de weg staan?

18Als je doelen moet stellen, dan heb je een probleem of je wilt iets bereiken. Maar je kan het ook allebei 'ik wil iets bereiken' noemen. Dan is het allebei krachtgericht. Dus op een moment dat jij een probleem bespreekt, dan ben je al krachtgericht bezig want je laat cliënt meedenken over het bereiken van een oplossing voor zijn/haar probleem. Alleen maar zaken overnemen is natuurlijk niet krachtgericht, dan krijg je alleen maar meer hospitalisatie.

En wat van instrumenten als screening, Liebermann cursussen, etc.? daar heeft de begeleiding behoefte aan en op dit moment is dat te weinig beschikbaar. Ook omdat de kennis daarover ontbreekt.

13Dat klinkt als een vraag?

Er gebeurt zeker wat op dit gebied: we hebben allerlei klinische lessen gehad, we zijn bezig terugval preventieplannen in te voeren, we gaan vier MDO's per jaar inplannen. Er worden pogingen ondernomen om de kennis van de begeleiding te vergroten.

13Dat is altijd goed. Ik geef ook klinische lessen het is bijvoorbeeld verbazingwekkend om te constateren hoe beperkt de begeleiding is in het toepassen van gesprekstechnieken. Velen kennen eigenlijk maar een manier van communiceren. Dan kan je wel een heleboel technieken en kennis gaan overdragen maar als je het fundament al niet beheerst, want dat zijn de

gesprekstechnieken, dan blijf je tegen dezelfde problemen aanlopen. Verbaal moet je ijzersterk zijn als begeleider. Niets 'maar', negatieve ondertonen weglaten, gericht zijn op mogelijkheden, enz. dat is uiteindelijk de basis. Als je dat niet beheerst zal je steeds weer vastlopen. Dan op zoek gaan naar andere hulpmiddelen zal je dan niet helpen.

Tenslotte?

14Nou, samenvattend zou ik willen zeggen: het is een hele mooie methodiek maar zie het als een onderdeel van de begeleiding. Zie het niet als een allesbepalend kader want dat kan in de hulpverlening niet.

Interview 10

Met: psychiater GGZ-Ingeest 1
24 maart 2014

Jij bent psychiater en werkt bij GGZ-Ingeest en hebt een contract met HVO-Querido om onze bewoners psychiatrisch te behandelen?

1Klopt.

Wat doe je nog meer?

5Ik werk op twee RIBW's (regionale inrichting voor beschermd wonen) voor dubbele diagnose. Daarnaast werk ik voor het FACT team, dat is ambulante behandeling van mensen die thuis wonen. Ook werk ik 14 uur in een psychiatrische kliniek met een gesloten en open afdeling en ik draai diensten voor de stedelijke crisisdienst. En ik ben waarnemend geneesheer-directeur. Ik ben veel bezig met drang en dwangmaatregelen als gedwongen opnemingen.

5*En FACT werkt voor patiënten die nog thuis wonen?*

Ja, deze patiënten behoren tot de groep EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen), door hun stoornis disfunctioneren zij op verschillende levensgebieden.

6*Je kent ook onze bewonersgroep die beschermd wonen in een RIBW goed?*

Ja.

Hoeveel tijd hebben jullie beschikbaar voor behandeling op deze locatie waar 72 patiënten wonen?

3Daar heb ik ongeveer 4 uur, dat is inclusief een half uur reistijd.

En SPV-ers?

3Ja, dat zijn er twee en die werken ieder 4 uur per week op deze locatie.

Wat denk je van deze capaciteit voor deze doelgroep?

3Natuurlijk vind ik dat te weinig. Onze manager kijkt op basis van de beschikbare middelen en financiën hoeveel capaciteit beschikbaar gesteld kan worden voor deze RIBW.

Als je maar 3,5 uur hebt dan moet je vooral gaan kijken naar wat het doel is van de behandeling en welke middelen moet ik daarvoor inzetten en wat kan ik delegeren aan de ambulante psychiatrische begeleiders. En voor hen geldt weer dat ze goed moeten kijken wat ze kunnen overlaten aan de woonbegeleiders. We doen natuurlijk ook aan deskundigheidsbevordering, het vergroten van kennis en vaardigheden onder woonbegeleiders zodat zij meer handvatten krijgen om te kunnen werken met deze patiënten.

Waar is de behandeling van deze doelgroep op gericht, op stabilisatie of herstel?

7Voor een groot deel is het doel het stabiel houden van de patiënten, het voorkomen dat patiënten opnieuw achteruit gaan. Dus het primaire doel is stabiel houden maar daar hoort altijd bij dat je blijft kijken naar mogelijkheden voor herstel, vooral op sociaal gebied. Want op het gebied van psychiatrie, bijvoorbeeld schizofrenie, daarvan weten we dat het therapieresistent is. Dus dat we de psychose niet weg gaan krijgen met de middelen die nu beschikbaar zijn.

We hopen toch dat mensen meer gaan genieten van hun leven, leuke dagbesteding of leuke sociale contacten. En dat ze enige controle krijgen over hun drugsgebruik, dat ze niet de slaaf zijn van de middelen maar er met enige mate gebruik van leren maken en daar ook van kunnen genieten. Maar we weten dat de controle daarover bij deze verslaafden niet meer aanwezig is. Dus is de behandeling gericht op het voorkomen van meer drugsgebruik.

Als ik het probeer samen te vatten is de behandeling in eerste instantie gericht op het creëren van een enigszins humaan leven en niet direct op het herstel van de eigen regie op het leven?

8Ik vind dat een patiënt die hier wordt opgenomen eigenlijk al bezig is met herstel. Wij weten waar deze patiënten vandaan komen. Ik heb de afgelopen jaren meegemaakt dat patiënten uit de psychiatrie hier naar toe zijn verhuisd. En dat is voor hen ook een hele grote stap richting herstel. In de kliniek zijn de eerste stappen gezet en dan is de overgang naar een RIBW als deze een hele grote stap vooruit. En vervolgens moet je hier blijven kijken wat je kunt doen om dit herstel nog verder te bevorderen. En dat doe je bijvoorbeeld met het aanbieden van dagbesteding en het onder controle brengen van middelengebruik.

Maar de psychiatrische stoornis die onze bewoners hebben zal niet meer verdwijnen?

7Nee, deze patiënten hebben schizofrenie, een bipolaire stoornis of een persoonlijkheidsstoornis (en autisme maar die wonen hier niet veel) en dat zijn allemaal chronische stoornissen. Natuurlijk fluctueren de symptomen wel, we hebben hier patiënten die, als ze hun medicijnen niet innemen, nog veel psychotischer worden en agressief.

Psychopharmica is een belangrijk onderdeel van jullie behandeling?

7Ja, vind ik wel, om ze stabiel te houden.

Herstelwerk is een basismethodiek bedoeld voor iedereen die op een of andere manier ondersteuning nodig heeft. Het beschrijft een traject van groei voor mensen die heel dicht op de arbeidsmarkt staan maar ook voor mensen die in de gesloten setting van een psychiatrische kliniek zitten. Waar zou je onze doelgroep plaatsen?

8Vanuit mijn optiek gezien zitten ze in een eindfase, in de laatste fase van een psychiatrische behandeling. Maar daarmee wil ik niet zeggen dat ze in een eindfase zitten van herstel. Want juist in deze fase, waarin er een status quo is bereikt betreffende hun psychiatrische stoornis, denk ik dat het hele belangrijk is om te kijken of ze op verschillende levensgebieden misschien nog gedeeltelijk verder kunnen herstellen. Door bijvoorbeeld dagbesteding of hernieuwde opbouw van sociale contacten met bijvoorbeeld familie. Juist omdat de psychiatrische symptomen en de behandeling wat meer op de achtergrond zijn komen te staan, ontstaat er ruimte (veel meer dan voorheen) om je bezig te houden met deze levensgebieden. Om te proberen de patiënt in zijn/haar krachten te zetten en te kijken: wat wil hij/zij nou? Voor de patiënt is het natuurlijk niet de eindfase, ten minste, dat kan ik mij niet voorstellen. De patiënt heeft toch in ieder geval gedachten over hoe de komende zes maanden er wat betreft hem/haar uit moet gaan zien. Ze hebben vaak geen lange termijn doelen, valt me altijd op maar wel korte termijn. Iets minder roken of iets minder drinken.

Over verslaving of middelen afhankelijkheid, zoals het nu genoemd wordt, is een psychiatrische stoornis?

9Nee, nu heet het weer verslaving en inderdaad is het een psychiatrische stoornis.

De meeste van onze cliënten zijn al heel lang verslaafd. Wat zie jij als de mogelijkheden om deze patiënten nog te behandelen? Gaat het daarbij om definitief 'afkicken', het bereiken van volledige abstinentie of meer om het beter leren omgaan en in de hand houden ervan?

11Wat daarbij heel belangrijk is om met de patiënt uit te zoeken wat hij/zij zelf belangrijk vindt. Al heeft een patiënt een lange voorgeschiedenis met bijvoorbeeld detox opnames, vind ik dat je altijd toch opnieuw moet bespreken. De verslaving is dan therapieresistent gebleken maar ik vind dat je toch altijd met de patiënt in gesprek moet blijven over hoe hij/zij kijkt naar het huidige middelengebruik en of hij/zij het anders zou willen. En als hij het anders wil, dan moet je goed kijken hoe reëel dat is. Maar je moet daarmee dan altijd wel aan de slag gaan. Als iemand van drie liter bier per dag drinkt en weet dat hij daarvan heel sacherijnig wordt en vervelend gaat doen. En hij weet dat als hij het terug kan brengen tot anderhalve liter en dat hij zich daarmee een stuk beter en vrolijker gaat voelen. Dat kan een heel legitiem doel zijn in een behandeling. En wat me opvalt door dit soort dingen te bespreken in deze setting, worden patiënten direct geconfronteerd met hun problemen waardoor ze sneller bereid zijn daarmee aan de slag te gaan. In de setting van de kliniek zijn ze drugs en alcohol vrij. Dan zijn ze afgekickt en komen ze hier. Dan vallen ze vaak weer terug. Ik vind het juist een uitdaging om hen, in deze woonsetting, handvatten te beiden om dit gebruik dan onder controle te houden. Heel soms maak je mee dat ze echt gemotiveerd zijn om te stoppen. En dan vind ik dat we goed moeten kijken hoe we ze daarbij kunnen ondersteunen. Soms betekent dat overplaatsing. Dat hebben we een keer gedaan, dat was een jongen die wilde alleen stoppen met cocaïne en niet met cannabis. Nou dat is voor een jaar gelukt. Of dat zo zal blijven weten we niet maar dat jaar is meegenomen.

Het gaat om het zoeken van aansluiting bij het motivatieniveau van de cliënt?

16Ja, je moet achter de actuele hulpvraag komen. Als gezegd wordt dat die er niet is, kan je gesprekstechnieken inzetten om daar toch achter te komen. Daarna kan je dan kijken wat een reëel behandeldoel is en welke instrumenten kan je inzetten om daaraan samen te gaan werken.

De laatste jaren is begeleiding op de verslaving niet echt in beeld geweest. Sinds de invoering van Herstelwerk richt de begeleiding zich op positieve krachten dus niet op de verslaving. Leidt dat niet tot het negeren van zo'n groot probleem? Hoe kunnen begeleiders hun cliënten bijstaan in het beter omgaan met hun problemen?

17, 18Ik denk dat het heel erg goed is om je te focussen op de krachten van mensen en vooral op wat iemand wil bereiken. Als een patiënt bijvoorbeeld zegt: 'Ik wil eigenlijk weer gaan werken', dat je bespreekt wat daarvoor nodig is. Bijvoorbeeld qua zelfzorg, middelengebruik, sociale vaardigheden, medicatiegebruik. En zo wordt de verslaving een onderdeel van het begeleidingsplan. Patiënten met een beetje ziekte-inzicht, begrijpen wat daarvoor nodig is. Je kunt niet stoned naar je werk dus dat doe ik alleen na mijn werk. Dus je moet niet de focus leggen op het feit dat iemand niet mag gebruiken maar hoe hij het zo kan inrichten dat hij toch aan zijn doelen kan gaan werken. Je voert het gesprek zo dat de patiënt zelf al met de oplossingen komt want die zijn zo logisch als wat. Dat is het 'benoemen' en vervolgens ga je samen bespreken hoe je dat voor elkaar zou kunnen krijgen. Hoe ga ik terug van 10 naar drie joints per dag. Vaak hebben patiënten daar zelf best ideeën over en de begeleider kan vanuit zijn kennis ook ideeën aandragen.

Maar vaak krijg je toch de sociaal wenselijke antwoorden? Dan blijkt in de praktijk dat de verslaving en de daarmee gepaard gaande gedragsproblematiek zo op de voorgrond staat dat er nauwelijks ruimte over blijft om je bezig te houden met herstelgerichte activiteiten? Dat is vaak een groot dilemma voor de begeleiding.

12Ja, dat kan ik me voorstellen. Je moet een enorm groot doorzettingsvermogen hebben als hulpverlener. De problemen met verslaving zijn zo ernstig en hardnekkig dat het niet reëel is op korte termijn te denken. Ik kan me heel goed voorstellen dat het voor begeleiders frustrerend is om te zien dat er geen stappen vooruit gezet lijken te worden. Maar het is goed om dan een bredere focus te nemen, heeft een patiënt de afgelopen drie jaar een stap vooruit gezet? Ik denk dat je dan toch in verreweg de meeste gevallen enige vorm van vooruitgang gaat zien. Maar het blijven hele kleine stapjes.

Op dit moment is GGZ-Ingeest bezig met het inzetten van meer instrumenten om patiënten beter te kunnen begeleiden in hun verslaving. Bijvoorbeeld het terugval preventieplan.

13Het terugvalpreventieplan komt van leefstijltraining en komt van verslavingszorg als Jellinek en de Breider stichting. Daarnaast is motiverende gespreksvoering erg belangrijk. Ik zelf vind dat het niet zo zeer draait om het ontwikkelen van instrumenten maar vooral om het ontwikkelen van gespreksvaardigheden en daar is de motiverende gespreksvoering een belangrijk onderdeel van. Hoe maak je echt contact, hoe ontdek je in welke motivatiefase de patiënt verkeert en wat kan je zelf doen om het positieve naar boven te brengen. Dat is echt een heel belangrijk proces. De begeleider zelf is eigenlijk het belangrijkste instrument. En die gespreksvaardigheden ontwikkel je alleen maar door het in de praktijk te doen, door daar feedback op te krijgen, door samen een terugvalpreventieplan te evalueren. Ik denk, dat als we goed de verslavingsproblematiek willen gaan behandelen, we eerst moeten weten hoe we dit moeten bespreken met onze patiënten.

Dat kan je leren, dat is een techniek. Je stelt voor de expertise bij begeleiders daarin te verbeteren?

13Ja, en dat bereik je niet met alleen een klinische les. Je zult de vaardigheden moeten ontwikkelen en dat kan alleen maar door het in de praktijk te doen. Ik heb al voorgesteld om elke week een half uur te nemen voor een besprekingsmoment met de woonbegeleider over de communicatie met de patiënt over de terugvalpreventieplannen. Dan kunnen we samen de problemen bespreken en bekijken hoe we verder komen. Bijvoorbeeld als een patiënt een enorme weerstand heeft, dan moet je zeker niet in gesprek gaan over een terugvalpreventieplan maar dan moet je iets anders gaan doen. Het gaat erom dat de begeleider zelf het instrument is. Als je wilt dat het onderdeel wordt van jouw gedragsrepertoire, dan moet je ermee aan de slag in de praktijk. Een klinische les is daarvoor bij lange na niet genoeg. Daarom hebben we voorgesteld er in de praktijk mee aan de slag te gaan. En wij willen de begeleiders daarbij ondersteunen. Ontwikkel gespreksvaardigheden, leer herkennen in welke fase de patiënt zich bevindt en weet wat je in elk stadium het beste kan doen om effectief te zijn.

Bestaat er een afstemming tussen behandelplan en begeleidingsplan?

21Tijdens de behandelplanbespreking is zowel cliënt als begeleider aanwezig en dan worden ook de persoonlijke begeleidingsdoelen besproken. Ook wordt gekeken hoe het begeleidingsplan past bij het behandelplan. En eigenlijk past dit altijd bij elkaar want ze gaan vaak over dagbesteding, sociale contacten, middelengebruik. Zo wordt het begeleidingsdoel een onderdeel van het behandelplan.

Dat vraag ik altijd aan een patiënt: wat wil je nou gaan bereiken dit jaar.

Er is net afgesproken dat we MDO bijeenkomsten gaan opstarten?

21Nee, dat hebben we nog niet afgesproken, dat ligt nog bij het management.

Een van de kernwaarden van Herstelwerk is dat cliënt zelf de regie voert over zijn begeleidingsproces. In hoeverre denk je dat dit uitvoerbaar is bij onze doelgroep?

17 Dat hangt ervan af hoe je dat interpreteert. De cliënt moet voelen dat het vrijwillig gebeurt. Eigen regie betekent dat je zelf de baas bent over je leven en ook de behandeling. En ook dat degene die meer kennis heeft over je verslaving jou serieus neemt. Stel ik ga naar de huisarts om een probleem te bespreken waar ik zelf geen verstand van heb of in ieder geval niet voor ben opgeleid, dan kan het best zo zijn dat de huisarts zegt: 'Ik adviseer u het volgende te doen'. Je kunt zelf bepalen of je dat advies opvolgt. Het gaat er dus om de patiënt goed te informeren. Je speelt een adviserende rol, je legt allerlei mogelijkheden voor maar uiteindelijk beslist de patiënt. Dit doe je natuurlijk zolang er geen sprake is van gevaar voor de patiënt zelf of zijn omgeving. Alleen bij gevaar kunnen wij de regie overnemen.

Sommige patiënten moet je verleiden maar ook dan sluit je aan bij je patiënt, ga je geen dwang uitoefenen en doe je dat op zo'n manier dat het natuurlijk verloopt voor de patiënt en ervan overtuigd blijft dat hij/zij het zelf bepaalt.

17 Soms komt het voor dat patiënten zo psychotisch zijn en geen antipsychotica willen en daarover niet met je in gesprek willen, dat je op een zeker moment toch voorstelt de dosis te verhogen en dat ze dan toch plotseling ja zeggen. Zo kan je soms wat bereiken met het uitoefenen van enige drang, een beetje directief maar toch vraag je het aan de patiënt. De patiënt moet altijd blijven voelen dat hij/zij het zelf besloten heeft. En het klopt ook, het zijn wel de feiten. En zo kan je de regie teruggeven.

Dat is vanuit het perspectief van de behandelaar is er een grens en dat is gevaar. Vanuit het perspectief van de begeleider zijn er ook grenzen die te maken hebben met hygiëne of onaanvaardbaar gedrag en overlast in de buurt.

12 Ja, ook jullie hebben grenzen. En wat doe je op het moment dat die wordt bereikt? Dat vind ik een hele uitdaging dat je de patiënt op zo'n manier motiveert dat de eindregie nog steeds bij hem/haar ligt. Je moet het zo communiceren dat patiënt toestemming geeft dat jij in een bepaalde situatie de regie overneemt. Als je in een kamer komt en je zegt dat het erg veis is en voorstelt het samen op te ruimen en de patiënt zegt daar ja op, dan neem je de handeling over maar blijft de regie bij de patiënt. Als de patiënt nee zegt, dan moet je gaan bekijken wat je kunt inzetten om de persoon te motiveren. En dat is heel erg moeilijk als de patiënt niet meer goed kan beoordelen of iets heel erg vies is of niet. En toch is de uitdaging iemand dan zo in zijn kracht te zetten dat hij/zij toch akkoord gaat door het zelf te doen of toe te staan dat iemand anders dat samen met hem/haar doet.

Helaas is dat niet altijd mogelijk. Soms zijn patiënten zo psychotisch dat rationeel handelen echt heel ver weg is.

17 Maar zelfs dan moet je steeds proberen die regie weer terug te geven. Je kunt bijvoorbeeld bij alles vragen of het weggegooid kan worden of dat hij/zij het nog wil houden, of een kleding stuk in de was of in de kast kan. Probeer steeds weer een stukje regie terug te geven.

Heb je nog een afsluiting?

17 Ik merk zelf dat je altijd een goede balans moet proberen te vinden tussen autonomie en ingrijpen. Dat is altijd weer, bij elke patiënt, een zoektocht. Bij de een werkt dit en bij de ander dat. Maar altijd met respect voor de patiënt en het leven die hij/zij leidt. Maar je hebt altijd ook een bepaald verantwoordelijkheidsgevoel als mens en dat moet je opzij schuiven. Maar als het echt erg vies wordt, dan moet je toch ingrijpen maar dan op een zo mild mogelijke manier.

Deze discussie speelt vooral als het gaat over sanctiebeleid want dat is het ultieme voorbeeld van iemand niet in zijn krachten te laten. Als je respectvol met iemand om wilt gaan moet je altijd proberen sancties te voorkomen en proberen wat te bereiken via overleg en argumenten. Alleen dan kan er sprake zijn van groei.

12 Dat is helemaal waar en daarom is het belangrijk de communicatie te blijven ontwikkelen. Maar je hebt gelijk, soms lukt het echt niet en dat is erg vervelend. Straffen doe je eigenlijk uit machteloosheid. Je zegt daarmee eigenlijk dat je niet meer weet hoe je anders je doel kan bereiken.

Interview 11

Met: psychiater GGZ-Ingeest 2

7 mei 2014

1 Jij behandelt de cliënten in deze RIBW voor mensen met een dubbele diagnose?

Ja, klopt, dat doen we met een team waar ook een aantal psychiatrisch verpleegkundigen deel van uitmaken. Ik ben eindverantwoordelijk voor dit team.

Wat doen jullie nog meer?

4 Allerlei groepen, vooral mensen die meer op 'care' staan dan op 'cure'. Psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen. Autisme is ook een specialiteit van ons. Naast deze RIBW hebben we niet veel cliënten waarbij verslaving de hoofddiagnose is. Maar natuurlijk wel veel comorbiditeit.

2 *Hoeveel tijd hebben jullie beschikbaar voor cliënten?*

Er komt drie dagdelen in de week een verpleegkundige op de voorziening en een keer per week een arts. Daarnaast doe ik zelf de jaargesprekken en dan zie ik in een vrij korte tijd alle cliënten.

Behandelplanbesprekingen?

20 Ja, die doe ik en dan kijk ik met cliënt terug op het afgelopen jaar en maken we een plan voor het nieuwe jaar. Daarnaast doen we met z'n allen en eens per vier weken een MDO. Daarin worden de cliënten besproken die in de eigen krachthinventarisaties van het begeleidingsteam naar voren zijn gekomen. Daarnaast bespreken we cliënten waarbij sprake is van actuele ontwikkelingen.

Dus er is een duidelijke koppeling tussen behandeling en begeleiding?

20 Vind je dat er over het algemeen genoeg tijd beschikbaar is voor de behandeling van cliënten?

Ja, dat vind ik wel. Ik vind dat ze in deze RIBW enorm goed personeel hebben en daardoor kunnen wij ons op een steeds kleiner gebied richten, alleen maar het stukje psychiatrie en veel minder coaching, confrontatie en ook op het gebied van verslaving doen ze een groot gedeelte. Daarom vind ik onze tijd voldoende.

20 *PB-ers zijn aanwezig bij behandelplanbesprekingen?*

We nodigen ze wel uit maar ze hebben wisseldiensten dus dat lukt lang niet altijd.

7 *Als je het hebt over 'care' en 'cure', waar plaats je deze RIBW?*

De scheidslijn is kunstmatig maar het schuift meer in de richting van 'care'. Ik ben wel erg voor herstelgericht werken, ook voor deze doelgroep. Als je niet uitkijkt krijg je een enorme hospitalisatie. De kunst is om ze toch in beweging te krijgen al zijn de stappen die ze zetten niet zo groot of gaan ze in ieder geval niet achteruit. In ieder geval vind ik dat je ze moet blijven stimuleren. Ik zie dat er ook wel stappen gezet worden.

Deze cliënten hebben een dubbele stoornis want, naast de psychiatrische stoornis als schizofrenie, wordt ook verslaving gezien als een stoornis?

Klopt.

15 *In hoeverre is herstel mogelijk gezien de psychische beschadiging van deze mensen?*

Dat hangt ervan af hoe je herstel definieert. Ze hebben wel een enorme handicap maar herstel kan ook kleine stapjes vooruit betekenen en dat is vaak wel te bereiken. Bijvoorbeeld het contact met familie herstellen of dagbesteding gaan doen. Het doel is niet een vaste baan, trouwen, en kinderen krijgen.

18 *Herstelwerk als methodiek richt zich op de positieve krachten in een cliënt. Vaak staan de problemen zo op de voorgrond dat deze positieve krachten onder dreigen te sneeuwen en het als persoonlijk begeleider moeilijk is om je op de positieve krachten te blijven richten. Hoe moeten zij hier mee omgaan?*

Je moet zeker niet gaan wachten met herstelgericht werken tot de ernstige psychiatrische problemen voorbij zijn. Dat gaat gelijk op, je moet de stoornis behandelen maar tegelijkertijd ook de herstelgerichte begeleiding opstarten. Want omdat mensen ergens gemotiveerd voor raken, werken ze haast automatisch ook aan hun herstel.

16 *Bij ernstig verslaafde cliënten speelt de begeleiding zich af in de motivatiefase: hoe krijg je het voor elkaar ze te motiveren om aan hun eigen herstel te gaan werken i.p.v. aan hun verslaving?*

Ja, toch blijven zoeken naar wat iemand drijft in dit leven en dat proberen aan te boren. Dat is de enige manier om cliënten in beweging te krijgen. Wat je ook vaak ziet is dat de hulpverlener enorm in beweging komt, dat die enorm hard aan het werken is omdat hij denkt dat dit beter is voor de patiënt. Dat gaat niet werken want dan wordt je volledig uitgeperst. Zo loert er ook het gevaar dat jij de doelen gaat maken voor de patiënt want dat gaat ook niet werken. Je kunt als PB-er wel mooie plannen maken maar je moet altijd wel aansluiting zoeken bij de motivatie van de patiënt. En soms is dat heel erg gering en dat is moeilijk maar dan blijf je zoeken naar een opening om de motivatie op gang te brengen. Uiteindelijk gaat het wel om de wensen van de patiënt en niet om die van de hulpverlener.

16 *Bijvoorbeeld de motivatie van een cliënt om dagbesteding te doen is anders dan die van de patiënt. Het doel van de hulpverlener is herstel maar het doel van de patiënt is extra geld om een bolletje cocaïne te kunnen kopen. Is dat aansluiting zoeken bij de motivatie van de patiënt?*

Ja, dan sluit je daarbij aan. Hoe dan ook, dagbesteding betekent het oppakken van een dag en nachtritme en het aangaan van verantwoordelijkheden. En als misschien dan blijkt dat het extra verkregen geld nog steeds niet genoeg is en het bv de financiële problemen nog steeds niet oplost, dan sluit je daar weer bij aan.

16 *Maar dat is vanuit het perspectief van de hulpverlener, niet vanuit dat van de patiënt?*

Ja, maar als hij door extra werken minder financiële problemen heeft en minder snel in de problemen komt omdat hij op die momenten niet op straat rondhangt, wie zijn wij dan om te zeggen dat het niet de juiste motivatie reden is. Het doel is niet per se abstinentie maar ook het bewuster met verslaving leren omgaan. Doel is dan gecontroleerd gebruik en dat is een prima doel en dat is dan wel degelijk een gemeenschappelijk doel.

18Bij een deel van onze doelgroep zijn de beheersbaarheidsproblemen zo groot dat je nauwelijks nog toekomt een herstelgericht werken. Hoe breek je daardoor heen, als mensen ongewenst gedrag vertonen als bedelen en dealen?

Een RIBW moet heel duidelijk zijn grenzen aangeven. En optreden als iemand daar overheen gaat. Daardoor loopt de lijdensdruk op en gaat iemand eieren voor zijn geld kiezen door zich aan te passen. Herstelwerk wil niet zeggen dat je de grenzen niet aangeeft.

18Maar daarbij gaat het om het om het onderdrukken van negatieve krachten?

Met grenzen aangeven zeg je: tot hier en niet verder. En daarover in gesprek gaan: Wat vind je er zelf van dat je elke keer weer geschorst wordt en hoe wil je dat gaan voorkomen? Je hebt nu eenmaal huisregels en alle patiënten kennen de consequenties als ze daar overheen gaan. De patiënt gaat zich afvragen of hij die consequenties wel wil. Laatst was er hier een bewoner van een RIBW die zoveel schorsingen had gehad dat hij niet meer in de RIBW kon blijven wonen. Het was ook duidelijk dat hij nergens anders meer welkom was en dus dakloos zou worden als hij zo door zou gaan. Dat zorgde voor een enorme ommekeer bij die man.

18Die heeft eieren gekozen voor zijn geld?

Precies en dan ga je kijken hoe je hem kan ondersteunen om dat vol te houden. Het gaat nu al vier maanden goed. Wat mij betreft staat beheersingsmaatregelen en een krachtgerichte benadering niet haaks op elkaar.

19Mijn laats vragen gaan over de samenwerking tussen behandelaars en begeleiders. Hoe is de verslavingszorg hier vormgegeven?

Vroeger werd dat vooral bij ons neergelegd door de begeleiding; doe wat want hij gebruikt zoveel. Nu wordt dat ook steeds meer door de begeleiders zelf opgepakt via motiverende gespreksvoering en zoeken ze naar openingen om daar samen met de cliënt mee verder te komen.

19Vroeger werd het vooral neergelegd bij de behandelaar, nu ook steeds meer bij de begeleiding, het begint te lijken op een geïntegreerde behandeling?

Ja, en weet je, een mentor (PB-er) heeft veel meer contact met een patiënt dan wij. Begeleiders zitten in een veel betere positie om het daar met de patiënt over te hebben omdat ze bijna deel uitmaken van het leven van een patiënt. Dat moet je zeker niet alleen bij de behandelaar houden want dan laten we echt iets liggen.

20Vind je PB-ers voldoende getraind is motiverende gespreksvoering?

Ik vind het over het algemeen natuurtalenten maar ik weet niet hoeveel training ze echt hebben gehad. Maar dat is niet veel, nee. Maar ik vind wel dat ze het goed doen.

20Over die koppeling tussen begeleiding en behandeling, ze bespreken eerst patiënten in het teamoverleg en dat zetten ze dan door naar jullie overleg?

Het begeleidingsteam bespreekt alle patiënten en daar komen vragen uit naar voren die besproken worden in het MDO. Daar wordt elke cliënt minstens een keer per jaar regulier besproken en natuurlijk daarnaast de cliënten die veel in beeld zijn of waar specifieke vragen over zijn. Dat staat geheel los van de jaarlijkse behandelplanbesprekingen.

SAMENVOEGING ANTWOORDEN PER VRAAG UIT DE TOPICLIST

1/Jij behandelt de cliënten in deze RIBW voor mensen met een dubbele diagnose?

-Ja, klopt, (ik ben psychiater en) dat doen we met een team waar ook een aantal psychiatrisch verpleegkundigen deel van uitmaken. Ik ben eindverantwoordelijk voor dit team.

-Ik ben ambulant verpleegkundige binnen een FACT team van een GGZ instelling. ()Dat betekent dat we ons als GGZ met alles bezighouden wat binnen een wijk met psychiatrie te maken heeft. Dat betekent soms contact leggen met mensen die veel gesignaleerd worden op straat en waar klachten over binnenkomen, het betekent ook dat we behandeling doen binnen RIBW's als die van HVO-Querido om als consulent cliënten te begeleiden en teams te ondersteunen, het kan ook betekenen dat mensen via de huisarts bij ons worden aangemeld voor psychiatrische zorg als therapieën, hulp bij medicatie of andere soorten van ondersteuning.

-Ik ben psychiater en Ik werk op twee RIBW's (regionale inrichting voor beschermd wonen) voor dubbele diagnose. Daarnaast werk ik voor het FACT team, dat is ambulante behandeling van mensen die thuis wonen. Ook werk ik 14 uur in een psychiatrische kliniek met een gesloten en open afdeling en ik draai diensten voor de stedelijke crisisdienst. En ik ben waarnemend geneesheer-directeur. Ik ben veel bezig met drang en dwangmaatregelen als gedwongen opnemingen.

-Ik ben ambulant verpleegkundige bij een FACT team van GGZinGeest, ik heb de HBO-V gedaan en ik werk voornamelijk met ambulante patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. De meeste van mijn patiënten hebben een zelfstandige woning. Ook heb ik cliënten van Cordaan. Bij de Overtoomse hof, bij Nieuw Sloten en ook ambulante patiënten van Cordaan.

2/3Hoeveel tijd hebben jullie beschikbaar voor cliënten?

-Er komt drie dagdelen in de week een verpleegkundige op de voorziening en een keer per week een arts. Daarnaast doe ik zelf de jaargesprekken en dan zie ik in een vrij korte tijd alle cliënten. ()Ja, ik vind dat we genoeg tijd hebben. Ik vind dat ze in deze RIBW enorm goed personeel hebben en daardoor kunnen wij ons op een steeds kleiner gebied richten, alleen maar het stukje psychiatrie en veel minder coaching, confrontatie en ook op het gebied van verslaving doen ze een groot gedeelte. Daarom vind ik onze tijd voldoende.

-Regulier ben ik twee keer per week bij HVO-Querido maar als er iets aan de hand is, komen we ook.

Ik werk op twee HVO-Querido locaties in de wijk, bij elk werk ik een dagdeel per week. Maar ik ken ook andere locaties van HVO-Querido.

-Daar heb ik ongeveer 4 uur, dat is inclusief een half uur reistijd. ()Ja, er zijn twee SPV-ers en die werken ieder 4 uur per week op deze locatie. ()Natuurlijk vind ik dat te weinig. Onze manager bekijkt op basis van de beschikbare middelen en financiën hoeveel capaciteit beschikbaar gesteld kan worden voor deze RIBW. Als je maar 3,5 uur hebt dan moet je vooral gaan kijken naar wat het doel is van de behandeling en welke middelen moet ik daarvoor inzetten en wat kan ik delegeren aan de ambulante psychiatrische begeleiders. En voor hen geldt weer dat ze goed moeten kijken wat ze kunnen overlaten aan de woonbegeleiders. We doen natuurlijk ook aan deskundigheidsbevordering, het vergroten van kennis en vaardigheden onder woonbegeleiders zodat zij meer handvatten krijgen om te kunnen werken met deze patiënten.

4/5 Welke doelgroepen behandel je?

-Allerlei groepen, vooral mensen die meer op 'care' staan dan op 'cure'. Psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen, persoonlijkheidstoornissen. Autisme is ook een specialiteit van ons. Naast deze RIBW hebben we niet veel cliënten waarbij verslaving de hoofddiagnose is. Maar natuurlijk wel veel comorbiditeit.

-Ja, deze patiënten behoren tot de groep EPA (ernstige psychiatrische aandoeningen), door hun stoornis disfunctioneren zij op verschillende levensgebieden.

6 Hoe zou je de doelgroep in ons zorgpad willen omschrijven?

-Hier zitten voornamelijk mensen die door een verslaving en een psychiatrische stoornis ernstig beschadigd zijn en veel begeleiding nodig hebben.

-Veel comorbiditeit, dubbele diagnose, verslaafd en psychiatrie met veel gedragsproblemen. Een groep die niet zelfstandig kan functioneren in de maatschappij. Zij hebben meestal al een heel GGZ traject achter de rug. Het zijn kwetsbare mensen die, uitzonderingen daargelaten, bij alle dagelijkse facetten van het leven hulp nodig hebben.

-Cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening gecombineerd met verslavingsproblematiek.

7 De meeste van onze cliënten zijn door hun psychiatrische stoornis blijvend beschadigd. Wat zijn nog de behandel mogelijkheden? Gaat het daarbij voornamelijk om het stabiliseren van cliënten dmv en juiste instelling van psychopharmica?

-De scheidslijn tussen *care* en *cure* is kunstmatig maar het schuift meer in de richting van 'care'. Ik ben wel erg voor herstelgericht werken, ook voor deze doelgroep. Als je niet uitkijkt krijg je een enorme hospitalisatie. De kunst is om ze toch in beweging te krijgen al zijn de stappen die ze zetten niet zo groot of gaan ze in ieder geval niet achteruit. In ieder geval vind ik dat je ze moet blijven stimuleren. Ik zie dat er ook wel stappen gezet worden.

-Dat lijkt een hopeloze missie maar zo zie ik het niet. Want ik zie wel degelijk kansen voor herstel. Als je als buitenstaander hier naar binnen zou kijken en je leest over de achtergronden dan kan ik me voorstellen dat je denkt dat herstel een hopeloze missie is. Want het is een zware categorie psychiatrie en het is een zware categorie middelen afhankelijkheid. Je moet wel erg optimistisch zijn ingesteld om te denken: 'Nou, daar kan ik nog wel wat van maken'. Maar ik heb dat optimisme wel. ()

Ben ik niet helemaal met je eens. Ik zie hier vandaan mensen naar een satelliet woning gaan waar ze toch de eerste stap zetten naar een meer zelfstandige woonvorm. En ik moet eerlijk zeggen dat, als ik van de 45 cliënten er één stappen kan laten zetten richting meer zelfstandigheid, dan vind ik mijn missie al geslaagd. ()Ja, maar je zult altijd kleine stapjes moeten doen om uiteindelijk grote doelen te bereiken, zeker met de mensen die in deze RIBW's wonen.

-Voor een groot deel is het doel het stabiel houden van de patiënten, het voorkomen dat patiënten opnieuw achteruit gaan. Dus het primaire doel is stabiel houden maar daar hoort altijd bij dat je blijft kijken naar mogelijkheden voor herstel, vooral op sociaal gebied. Want op het gebied van psychiatrie, bijvoorbeeld schizofrenie, daarvan weten we dat het therapieresistent is. Dus dat we de psychose niet weg gaan krijgen met de middelen die nu beschikbaar zijn. ()We hopen toch dat mensen meer gaan genieten van hun leven, leuke dagbesteding of leuke sociale contacten. En dat ze enige controle krijgen over hun drugsgebruik, dat ze niet de slaaf zijn van de middelen maar er met enige mate gebruik van leren maken en daar ook van kunnen genieten. Maar we weten dat de controle daarover bij deze verslaafden niet meer aanwezig is. Dus is de behandeling gericht op het voorkomen van meer drugsgebruik.

-Nee, deze patiënten hebben schizofrenie, een bipolaire stoornis of een persoonlijkheidsstoornis (en autisme maar die wonen hier niet veel) en dat zijn allemaal chronische stoornissen. Natuurlijk fluctueren de symptomen wel, we hebben hier patiënten die, als ze hun medicijnen niet innemen, nog veel psychotischer worden en agressief. ()Ja (psychofarmica is een belangrijk onderdeel van de behandeling), vind ik wel, om ze stabiel te houden.

-Het liefst toch wel op herstel. De meeste cliënten die hier verblijven zijn stabiel dus dan zou er ruimte moeten zijn voor herstel. ()Deze mensen zijn vaak al heel erg langdurig bekend in de psychiatrie, het zijn chronische patiënten die vaak al meerdere psychoses hebben doorgemaakt waardoor cognitief ook het een en ander achteruit is gegaan. Ook door drugs en/of alcoholgebruik worden de cognitieve functies aangetast. Ik denk dat het ook mensen zijn die al zoveel psychoses hebben doorgemaakt en al zo lang verslaafd zijn dat sommige dingen echt niet meer kunnen. ()Ja, beschadigd en soms is dat niet meer te herstellen. Dus het draait om herstel waar bepaalde grenzen aan zitten.

Synthese

Gestabiliseerd houden, het voorkomen van terugval, is de belangrijkste focus. Tegelijkertijd is het van belang de focus altijd ook gericht te hebben op mogelijkheden tot herstel. Deze cliënten zijn wel ernstig beschadigd dus de mogelijkheden tot herstel zijn beperkt.

8 In hoeverre is deze doelgroep in staat, na te zijn gestabiliseerd, te herstellen en daadwerkelijk stappen te zetten richting re-integratie in de maatschappij? Waar moeten we aan denken als we het hebben over 'herstel' bij deze doelgroep?

-Herstelgericht werken is, volgens mij, de enige reden waarom mensen in de zorg gaan werken, om mensen te helpen om verder te komen. Ik denk dat het voor jullie doelgroep vaak te hoog gegrepen is om aan hen te vragen zelf doelen te stellen en deze ook zelf op te pakken. Maar de visie er achter vind ik wel heel mooi. Ik mis heel erg het kopje 'hulpverlener'. Dat je als hulpverlener je eigen mening kan geven over de doelen die cliënt zich stelt. Sommige cliënten zijn zo kwetsbaar en blijven dertig jaar in een kliniek. Maar soms gebeurt er dan toch plotseling iets waardoor ze wel weer zelfstandiger kunnen functioneren. Met die mogelijkheid moet je altijd blijven rekening houden. Maar wat ik mis is de input in het proces waar de hulpverlener een realistische inschatting maakt van de doelen die cliënt zich stelt. "wij verwachten niet deze persoon op korte termijn dusdanig herstel laat zien" Aan de hand van zijn krachtgerichte doelen die je dan vastgelegd na een begeleidingsgesprek zou ik het kopje: inschatting van de begeleider erbij willen hebben. Zodat je kan aangeven in de cyclus dat je de doelen niet realistisch of te hoog gegrepen vindt. En dat je dan als hulpverlener gaat kijken hoe je de cliënt wat meer krachtgericht kan laten denken.

-Ik vind dat een patiënt die hier wordt opgenomen eigenlijk al bezig is met herstel. Wij weten waar deze patiënten vandaan komen. Ik heb de afgelopen jaren meegemaakt dat patiënten uit de psychiatrie hier naar toe zijn verhuisd. En dat is voor hen ook een hele grote stap richting herstel. In de kliniek zijn de eerste stappen gezet en dan is de overgang naar een RIBW als deze een hele grote stap vooruit. En vervolgens moet je hier blijven kijken wat je kunt doen om dit herstel nog verder te bevorderen. En dat doe je bijvoorbeeld met het aanbieden van dagbesteding en het onder controle brengen van middelengebruik.

-Vanuit mijn optiek gezien zitten ze in een eindfase, in de laatste fase van een psychiatrische behandeling. Maar daarmee wil ik niet zeggen dat ze in een eindfase zitten van herstel. Want juist in deze fase, waarin er een status quo is bereikt betreffende hun psychiatrische stoornis, denk ik dat het hele belangrijk is om te kijken of ze op verschillende levensgebieden misschien nog gedeeltelijk verder kunnen herstellen. Door bijvoorbeeld dagbesteding of hernieuwde opbouw van sociale contacten met bijvoorbeeld familie. Juist omdat de psychiatrische symptomen en de behandeling wat meer op de achtergrond zijn komen te staan, ontstaat er ruimte (veel meer dan voorheen) om je bezig te houden met deze levensgebieden. Om te proberen de patiënt in zijn/haar krachten te zetten en te kijken: wat wil hij/zij nou? Voor de patiënt is het natuurlijk niet de eindfase, ten minste, dat kan ik mij niet voorstellen. De patiënt heeft toch in ieder geval gedachten over hoe de komende zes maanden er wat betreft hem/haar uit moet gaan zien. Ze hebben vaak geen lange termijn doelen, valt me altijd op maar wel korte termijn. Iets minder roken of iets minder drinken.

-Je moet een enorm groot doorzettingsvermogen hebben als hulpverlener. De problemen met verslaving zijn zo ernstig en hardnekkig dat het niet reëel is op korte termijn te denken. Ik kan me heel goed voorstellen dat het voor begeleiders frustrerend is om te zien dat er geen stappen vooruit gezet lijken te worden. Maar het is goed om dan een bredere focus te nemen, heeft een patiënt de afgelopen drie jaar een stap vooruit gezet? Ik denk dat je dan toch in verreweg de meeste gevallen enige vorm van vooruitgang gaat zien. Maar het blijven hele kleine stapjes.

-Ten eerste stabiel houden en ook wel het aanleren van woonvaardigheden of het opstarten van dagactiviteiten. Of het verbeteren van de dagstructuur, het opstarten van contacten met de familie.

- Nou, zoals ik het net helemaal omschreven heb. Verwacht geen wonderen. Natuurlijk gaan we wel instrumenten inzetten als terugval preventieplan, trekregistratie. Zo zijn er wel een aantal interventies die je kunt gebruiken om cliënten te stimuleren om te gaan werken aan hun verslaving. Wat we als eerste hebben gedaan is het trainen van alle woonbegeleiders hier. Daar komt nog niet echt veel uit. Maar als voorbeeld kunnen we nu wel een bewoner nemen die zwaar alcoholist is en nu bereid is om eraan te gaan werken. Dan kan je ook heel goed zien hoe de theorie in de praktijk werkt. Cliënten beginnen enthousiast, krijgen een terugval, etc. het gaat precies volgens het boekje. Zoals met de psychiatrische stoornis die niet meer zal verdwijnen, kunnen we ook geen wonderen verwachten met cliënten die al zo lang en zo zwaar verslaafd en ook beschadigd zijn. Ook specialistische verslavingsklinieken kunnen dat niet.

Synthese

Vanuit de optiek van de psychiatrie, zijn deze patiënten al gestabiliseerd en een eind op weg met herstel. Dat wil niet zeggen dat ze in de eindfase van hun herstel definitief bereikt is. Het gaat daarbij om kleine stapjes: het aanleren van woonvaardigheden, mogelijk herstel van contacten met de familie, misschien het opstarten van dagbesteding. Er is zeer veel geduld nodig want de vooruitgang gaat meestal zeer langzaam en de kans op terugval is groot.

9 Afhankelijkheid van middelen wordt gezien als een psychiatrische stoornis?

-Het is altijd al een psychiatrische stoornis geweest, alleen dachten ook veel mensen dat het toch ook aan jezelf ligt. We waren er al van overtuigd dat het een psychiatrisch ziektebeeld is en nu is ook duidelijk dat er een erfelijke, biologische component aan zit. Jaren geleden werd daar in de verslavingsklinieken wel anders over gedacht maar dat is nu wel over. Ik heb het nog wel meegemaakt dat er gezegd werd± 'je kunt wel opgenomen worden in onze verslavingskliniek maar dan moet je eerst nuchter zijn. Hoe dom kan je zijn maar dat heb ik in het verleden wel tientallen keren meegemaakt. Weet je, dan begrijp je het niet maar dat is nu anders.

-Nee, nu heet het weer verslaving en inderdaad is het een psychiatrische stoornis.

Synthese

Verslaving of afhankelijkheid van middelen wordt beschouwd als een psychiatrische stoornis.

10 De meeste cliënten zijn al vele jaren ernstig verslaafd. Wat kan behandeling nog betekenen voor deze groep?

-

11 In hoeverre heeft de verslaving onherstelbare schade aangericht in relatie tot hun mogelijkheden om te herstellen?

Laten we beginnen met de constatering dat door stoornis en middelenmisbruik de krachten behoorlijk zijn aangetast. Daar zijn we het allemaal over eens. Deze mensen zijn dus behoorlijk gehandicapt door deze twee stoornissen. Maar als het je niet lukt de problemen aan te pakken, dan is het toch ook prima dat het je wel lukt ze bijvoorbeeld naar dagbesteding te krijgen. Dat is mijn taak; hoe houd ik woonbegeleiders enthousiast. Natuurlijk ben ik ook realistisch, ik zie best de mislukkingen en frustraties waar je tegenaan loopt in dit werk.

-Wat daarbij heel belangrijk is om met de patiënt uit te zoeken wat hij/zij zelf belangrijk vindt. Al heeft een patiënt een lange voorgeschiedenis met bijvoorbeeld detox opnames, vind ik dat je altijd toch opnieuw moet bespreken. De verslaving is dan therapieresistent gebleken maar ik vind dat je toch altijd met de patiënt in gesprek moet blijven over hoe hij/zij kijkt naar het huidige middelengebruik en of hij/zij het anders zou willen. En als hij het anders wil, dan moet je goed kijken hoe reëel dat is. Maar je moet daarmee dan altijd wel aan de slag gaan. Als iemand van drie liter bier per dag drinkt en weet dat hij daarvan heel sacherijig wordt en vervelend gaat doen. En hij weet dat als hij het terug kan brengen tot anderhalve liter en dat hij zich daarmee een stuk beter en vrolijker gaat voelen. Dat kan een heel legitiem doel zijn in een behandeling. En wat me opvalt door dit soort dingen te bespreken in deze setting, worden patiënten direct geconfronteerd met hun problemen waardoor ze sneller bereid zijn daarmee aan de slag te gaan. In de setting van de kliniek zijn ze drugs en alcohol vrij. Dan zijn ze afgekickt en komen ze hier. Dan vallen ze vaak weer terug. Ik vind het juist een uitdaging om hen, in deze woonsetting, handvatten te beiden om dit gebruik dan onder controle te houden. Heel soms maak je mee dat ze echt gemotiveerd zijn om te stoppen. En dan vind ik dat we goed moeten kijken hoe we ze daarbij kunnen ondersteunen. Soms betekent dat overplaatsing. Dat hebben we een keer gedaan, dat was een jongen die wilde alleen stoppen met cocaïne en niet met cannabis. Nou dat is voor een jaar gelukt. Of dat zo zal blijven weten we niet maar dat jaar is meegenomen.

Synthese

Deze patiënten zijn ernstig gehandicapt door hun dubbele stoornis. De krachten om te herstellen zijn ernstig aangetast. De doelen moeten daaraan aangepast worden. Het is soms al een hele overwinning voor een cliënt dat hij zijn alcoholconsumptie kan terugbrengen van 10 naar 5 halve liters per dag. Dat is een al belangrijk succes. En heel soms gebeurt er een echt wonder en herstelt een patient bijna volledig.

12. Hoe kunnen we aan herstel werken zolang verslaving en de daarmee vaak gepaard gaande gedragsproblemen zo dominant op de voorgrond staan?

-Ik vind dat je herstelgericht kan werken aan verslaving en ik vind ook dat je moeilijke gesprekken kan hebben met een cliënt die herstelgericht zijn. Je kan best benoemen dat een cliënt verslaafd is en bespreken welke gevolgen dat heeft voor zijn denken en handelen. Herstelgericht werken betekent niet dat je nooit iets negatiefs mag zeggen. Het kan best krachtgericht zijn om naar een cliënt te gaan en te zeggen: "Jezus, heb je nou gisteren weer al je extra geld uitgegeven aan cocaïne?" Natuurlijk is de manier van bejegenen afhankelijk van de cliënt maar het kan prima krachtgericht zijn.

-Ja, ook jullie hebben grenzen. En wat doe je op het moment dat die wordt bereikt? Dat vind ik een hele uitdaging dat je de patiënt op zo'n manier motiveert dat de eindregie nog steeds bij hem/haar ligt. Je moet het zo communiceren dat patiënt toestemming geeft dat jij in een bepaalde situatie de regie overneemt. Als je in een kamer komt en je zegt dat het erg vies is en voorstelt het samen op te ruimen en de patiënt zegt daar ja op, dan neem je de handeling over maar blijft de regie bij de patiënt. Als de patiënt nee zegt, dan moet je gaan bekijken wat je kunt inzetten om de persoon te motiveren. En dat is heel erg moeilijk als de patiënt niet meer goed kan beoordelen of iets heel erg vies is of niet. En toch is de uitdaging iemand dan zo in zijn kracht te zetten dat hij/zij toch akkoord gaat door het zelf te doen of toe te staan dat iemand anders dat samen met hem/haar doet. ()Dat is helemaal waar en daarom is het belangrijk de communicatie te blijven ontwikkelen. Maar je hebt gelijk, soms lukt het echt niet en dat is erg vervelend. Straffen doe je eigenlijk uit machteloosheid. Je zegt daarmee eigenlijk dat je niet meer weet hoe je anders je doel kan bereiken.

-Ja, dat is een goede vraag. Het is altijd de kunst om te kijken naar wat iemand wel kan. Maar daarbij is het ook goed te bedenken dat het vaak twee stappen vooruit, een stap terug is. Het gaat om een manier van benaderen, altijd van het positieve aspect uitgaan. Het is vaak moeilijk om er doorheen te kijken en de positieve krachten te ontdekken. Omdat alle problemen als stoornis, verslaving en de daarbij vaak gepaard gaande gedragsproblemen, zo dominant op de voorgrond treden.

Synthese

Dat is bij deze cliënten inderdaad een grote kunst. Bejegening en communicatie spelen daarin een centrale rol. Ook de grote problemen als verslaving kan de begeleiding op een krachtgerichte manier in gesprek brengen.

13. De begeleidingsmethodiek is een basismethodiek en daarom niet toegesneden op de doelgroep met een dubbele diagnose. Er zijn wel methodieken beschikbaar die ook krachtgericht zijn en wel specifiek voor deze doelgroep zijn ontwikkeld. Het verschil is dat daarin een scala van instrumenten wordt aangereikt om cliënten te begeleiden bij hun verslavingsproblemen. Herstelwerk biedt deze instrumenten niet. Op dit moment is GGZ-Ingeest bezig deze instrumenten te introduceren op onze locaties. Welke instrumenten zijn dat?

-Ik heb hier wel een aantal keren operante conditionering toegepast, dat is een instrument ontwikkeld door gedragswetenschappen, om mensen te leren hun gedrag te veranderen. Positief gedrag wordt beloond en negatief gedrag wordt genegeerd. Dan zie je aan het begin een toename van het negatieve gedrag omdat dat in het verleden altijd werd bekrachtigd, men kreeg de aandacht al was het op basis van negatief gedrag. Een oude methodiek die soms wel succesvol kan zijn. Dat passen we hier wel met enige regelmaat toe. Dat komt denk ik ook omdat de teamleidster hier een orthopedagoog is en de kennis heeft.

-Dat is altijd goed. Ik geef ook klinische lessen het is bijvoorbeeld verbazingwekkend om te constateren hoe beperkt de begeleiding is in het toepassen van gesprekstechnieken. Velen kennen eigenlijk maar een manier van communiceren. Dan kan je wel een heleboel technieken en kennis gaan overdragen maar als je het fundament al niet beheerst, want dat zijn de gesprekstechnieken, dan blijf je tegen dezelfde problemen aanlopen. Verbaal moet je ijersterk zijn als begeleider. Niets 'maar', negatieve ondertonen weglaten, gericht zijn op mogelijkheden, enz. dat is uiteindelijk de basis. Als je dat niet beheerst zal je steeds weer vastlopen. Dan op zoek gaan naar andere hulpmiddelen zal je dan niet helpen.

-Het terugvalpreventieplan komt van leefstijltraining en komt van verslavingszorg als Jellinek en de Breider stichting. Daarnaast is motiverende gespreksvoering erg belangrijk. Ik zelf vind dat het niet zo zeer draait om het ontwikkelen van instrumenten maar vooral om het ontwikkelen van gespreksvaardigheden en daar is de motiverende gespreksvoering een belangrijk onderdeel van. Hoe maak je echt contact, hoe ontdek je in welke motivatiefase de patiënt verkeert en wat kan je zelf doen om het positieve naar boven te brengen. Dat is echt een heel belangrijk proces. De begeleider zelf is eigenlijk het belangrijkste instrument. En die gespreksvaardigheden ontwikkel je alleen maar door het in de praktijk te doen, door daar feedback op te krijgen, door samen een terugvalpreventieplan te evalueren. Ik denk, dat als we goed de verslavingsproblematiek willen gaan behandelen, we eerst moeten weten hoe we dit moeten bespreken met onze patiënten. ()Ja, en dat bereik je niet met alleen een klinische les. Je zult de vaardigheden moeten ontwikkelen en dat kan alleen maar door het in de praktijk te doen. Ik heb al voorgesteld om elke week een half uur te nemen voor een besprekingsmoment met de woonbegeleider over de communicatie met de patiënt over de terugvalpreventieplannen. Dan kunnen we samen de problemen bespreken en bekijken hoe we verder komen. Bijvoorbeeld als een patiënt een enorme weerstand heeft, dan moet je zeker niet in gesprek gaan over een terugvalpreventieplan maar dan moet je iets anders gaan doen. Het gaat erom dat de begeleider zelf het instrument is. Als je wilt dat het onderdeel wordt van jouw gedragsrepertoire, dan moet je ermee aan de slag in de praktijk. Een klinische les is daarvoor bij lange na niet genoeg. Daarom hebben we voorgesteld er in de praktijk mee aan de slag te gaan. En wij willen de begeleiders daarbij ondersteunen. Ontwikkel gespreksvaardigheden, leer herkennen in welke fase de patiënt zich bevindt en weet wat je in elk stadium het beste kan doen om effectief te zijn.

-Op het gebied van verslavingszorg kunnen we nog wel stappen zetten.

-Over het algemeen gaat het om medicamenteuze behandeling maar ook wel herstelgericht zoals ondersteunende gesprekken, crisis signaleringsplannen en ook over de verslaving wordt wel gesproken met de cliënt. Zo zijn de woonbegeleiders op dit moment bezig met het maken van terugval preventieplannen waarbij wij hen ondersteunen.() Veel geduld en een lange adem. Daarbij kunnen we technieken inzetten als motiverende gespreksvoering. Dat is zeker bij verslaving een beproefde methode. Dat kost wel veel tijd om mensen gemotiveerd te krijgen en dan moet je ze nog gemotiveerd houden. Soms is iemand de ene dag gemotiveerd en is dat de volgende dag geheel verdwenen. Het vasthouden van de motivatie is misschien nog wel moeilijker dan het bespreekbaar maken. ()Ik hoop het wel, wij gaan daar ook extra training in krijgen. Er loopt ook een project binnen onze GGZ over dubbele diagnose. Daarnaast worden we extra geschoold in motiverende gespreksvoering en herstelgericht werken. En we bieden aan de woonbegeleiders klinische lessen aan. Daarnaast zijn we bezig met het invoeren van het terugval preventieplan en dat kan een heel handig hulpmiddel zijn. We ontwikkelen verschillende instrumenten om te kunnen inzetten. Maar het blijft natuurlijk een doelgroep met ernstige problemen en daarom blijft het lastig om grote resultaten te boeken op het gebied van herstel.

Synthese

Op het gebied van begeleiding rondom verslaving zijn er stappen vooruit te zetten met het inzetten van een scala aan hulpmiddelen als klinische lessen, terugvalpreventieplannen, cursussen motiverende gespreksvoering en eventueel operante conditionering. Motiverende gespreksvoering wordt daarbij gezien als een onmisbare basisvaardigheid.

14 Ken je de begeleidingsmethodiek die wij gebruiken (in grote lijnen)?

-Ja.

-Krachtgericht ja, die ken ik. Ik heb ook een paar keer bij HVO-Querido overleggen gezeten tijdens de introductiefase.

-Ja, als je de hulpverlener zo buitenspel zet en het overlaat aan een cliënt die nou juist heeft aangetoond dat hij al jaren niet zelfstandig kan functioneren, dan snap ik dat echt niet.

Hoe ziek mensen ook zijn, ik probeer altijd te bedenken wat ik kan verzinnen om ze toch weer een stapje vooruit te laten zetten. Maar dat zijn wel processen van jaren. Ik denk dat het vooral frustrereert om binnen zes weken een mooi plan op te

moeten stellen. En ze dan een half jaar later. Tijdens de evaluatie, onder de neus te wrijven dat het weer niet is gelukt, dat is niet echt krachtgericht. Dat wisten we van tevoren en dat hadden we moeten voorkomen.

-Nou, samenvattend zou ik willen zeggen: het is een hele mooie methodiek maar zie het als een onderdeel van de begeleiding. Zie het niet als een allesbepalend kader want dat kan in de hulpverlening niet.

-Ik ken de basisprincipes redelijk goed.

15 Denk je dat volledige re-integratie in de maatschappij van onze doelgroep een haalbare optie is?

-Dat hangt ervan af hoe je herstel definieert. Ze hebben wel een enorme handicap maar herstel kan ook kleine stapjes vooruit betekenen en dat is vaak wel te bereiken. Bijvoorbeeld het contact met familie herstellen of dagbesteding gaan doen. Het doel is niet een vaste baan, trouwen, en kinderen krijgen.

-Dat is om hier een zo humaan mogelijke woonsituatie te bieden. Want het gaat hier om wonen en niet om behandelen. Dat doen we wel maar de hoofdzaak is wonen en je mag hier verslaafd zijn.

-Dat is per cliënt denk ik anders maar voor een heel groot gedeelte moet je ze eerst eens proberen bewust te maken van het feit dat ze iets zouden moeten gaan doen om te herstellen. Dat is, zeker bij heel veel verslaafden, ver te zoeken want die zijn hun hele leven alleen maar bezig met het verkrijgen en gebruiken van drugs. Als je aan zo iemand gaat vragen om zijn doelen nou eens op papier te zetten dan kom je nergens. Dat is tijdverspilling en dat vind ik zonde.

Ik begrijp natuurlijk wel dat je als organisatie eist dat er iets op papier komt. Dat is bij GGZ ook zo en iedereen begrijpt dat zoiets de eerste keer allemaal niet helemaal kloppend zal zijn. Het lijkt me beter in die zes weken samen met cliënt te gaan kijken welke stapjes in de richting van herstel er gezet kunnen worden. dat lijkt me heel wat nuttiger dan de vraag te bespreken wat iemand wil bereiken. Iedereen wil een eigen huis, een goed inkomen, een vrouw en kinderen. En als je net uit een kliniek komt waar je twee jaar gezeten hebt en je wil zulke doelen gaan bespreken, dat lijkt me echt zonde van de tijd.

-Het is een hele moeizame doelgroep zeker in het licht van herstel. Ik denk dat heel veel winst al is behaald als mensen stabiel blijven. En bijvoorbeeld niet meer alcohol of drugs gaan gebruiken. Ik denk wel dat herstel mogelijk is maar het gaan om kleine stapjes. (Bijvoorbeeld minder drugs of alcohol gaan gebruiken, dat iemand zich uiteindelijk toch lichamelijk laten onderzoeken terwijl hij/zij daar veel weerstand tegen heeft. Of behandeling accepteren. Heel veel ligt op het gebied van motivatie.

Synthese

Het is al winst als deze patiënten stabiel blijven. Herstel is bij de meeste cliënten mogelijk maar het draait daarbij meestal om zeer kleine stapjes.

16 In deze methodiek is sprake van een cyclus, in welke fase zitten de meesten van onze cliënten?

- Ja, toch blijven zoeken naar wat iemand drijft in dit leven en dat proberen aan te boren. Dat is de enige manier om cliënten in beweging te krijgen. Wat je ook vaak ziet is dat de hulpverlener enorm in beweging komt, dat die enorm hard aan het werken is omdat hij denkt dat dit beter is voor de patiënt. Dat gaat niet werken want dan wordt je volledig uitgeperst. Zo loert er ook het gevaar dat jij de doelen gaat maken voor de patiënt want dat gaat ook niet werken. Je kunt als PB-er wel mooie plannen maken maar je moet altijd wel aansluiting zoeken bij de motivatie van de patiënt. En soms is dat heel erg gering en dat is moeilijk maar dan blijf je zoeken naar een opening om de motivatie op gang te brengen. Uiteindelijk gaat het wel om de wensen van de patiënt en niet om die van de hulpverlener. (Ja, dan sluit je daarbij aan.

Hoe dan ook, dagbesteding betekent het oppakken van een dag en nachtritme en het aangaan van verantwoordelijkheden. En als misschien dan blijkt dat het extra verkregen geld nog steeds niet genoeg is en het bv de financiële problemen nog steeds niet oplost, dan sluit je daar weer bij aan. (Ja, maar als hij door extra werken minder financiële problemen heeft en minder snel in de problemen komt omdat hij op die momenten niet op straat rondhangt, wie zijn wij dan om te zeggen dat het niet de juiste motivatie reden is. Het doel is niet per se abstinentie maar ook het bewuster met verslaving leren omgaan. Doel is dan gecontroleerd gebruik en dat is een prima doel en dat is dan wel degelijk een gemeenschappelijk doel.

-Ja, dat hebben we wel altijd in ons achterhoofd zitten maar we verwachten niet dat iedereen die hier woont binnen een gestelde termijn herstelt. Als je dat gaat doen, dan werk je hier niet lang want dan loop je stuk. Dat gaat niet lukken. Er gaan mensen dood aan hun ziektes. Dit is de onderkant van de samenleving, we werken met de zelfkant van de samenleving. Die zelfkant die laten we hier wonen en gebruiken maar we bieden ze ook perspectief. Door die twee ziektes, verslaving en stoornis, is niet iedereen hier bij machte om aan dat perspectief te werken. Maar het is wel onze taak dat perspectief te blijven aanbieden. En het is de kunst dat op een manier te doen zodat het ons zelf niet frustriert en ook de cliënt niet knettergek maakt omdat hij verplicht is elke week een gesprek te hebben over zijn vorderingen. Dat is maatwerk, soms doen we dat minimaal en soms zien we plotseling een kans opdoemen. Maar primair blijft deze RIBW gericht op wonen aan de zelfkant van de maatschappij.

-Dat zie je bij ons ook vaak. Dan moet er een nieuw plan komen want het gaat niet goed. Dan wordt er iets bedacht waarvan ik denk: dat doen we al lang. Als je het hebt over herstelgericht werken en je gaat daar hulpverleners op trainen,

dan snap je er niets van. Want dat is natuurlijk wat wij altijd al doen. Dat moeten we doen met alle handvatten en middelen die we daarvoor hebben. Krachtgericht zoals jullie dat invoeren beperkt dat. Binnen GGZ heb je dat probleem minder, ook daar wordt je natuurlijk doodgegooid met steeds nieuwe zaken die men wil invoeren maar dat wordt gezien als 'een onderdeel van', 'een uitbreiding van het instrumentarium'. () Het woordje 'maar' moet je dan natuurlijk niet gebruiken, het goede woord is 'en'. 'En hoe we dat allemaal kunnen bereiken, daar gaan we het eens uitgebreid over hebben'. Dat geeft positief aan dat je cliënt wilt bijstaan en het schept ruimte om met voorstellen te komen van subdoelen die wel haalbaar zijn.

-Ja, je moet achter de actuele hulpvraag komen. Als gezegd wordt dat die er niet is, kan je gesprekstechnieken inzetten om daar toch achter te komen. Daarna kan je dan kijken wat een reëel behandeldoel is en welke instrumenten kan je inzetten om daaraan samen te gaan werken.

Synthese

Cliënten bevinden zich in de opstartfase van de methodiek: de motivatiefase. De begeleiding moet proberen aansluiting te vinden bij het motivatieniveau van de patiënt, op zoek gaan naar de positieve krachten om die te gebruiken om de cliënt te motiveren te gaan werken aan zijn/haar herstel. De begeleiding speelt zich volledig af in de beginfase van de methodiek: het zoeken van aansluiting bij de patiënt.

17 De methodiek gaat ervan uit dat cliënt de eigen regie heeft over zijn begeleiding. Is dat eigenlijk wel mogelijk bij deze doelgroep? Er wordt altijd een aanzienlijk deel van de regie overgenomen. Dat is de reden dat ze bij ons wonen.

-Je moet elkaar als hulpverleners blijven motiveren om erin te geloven dat het mogelijk is om met haalbare doelen mensen te motiveren om gebruik te maken van hun eigen krachten om te werken aan hun herstel. Dat vergt veel energie en inzet maar met kleine succesjes houd je de moed erin. Ik begrijp wel waar je heen wilt, natuurlijk zitten hier mensen met ernstige problemen, met psychoses en zware verslavingen van vaak al jongs af aan. () Het is leuk om te vertellen dat, toen ik hier pas werkte, dat is al heel wat jaren geleden, aan bijna iedereen vroeg: 'Joh, hoe zit het nou met je vader en moeder?' en eigenlijk antwoordde iedereen dat ook de vader ernstig verslaafd was geweest, meestal aan alcohol. Dat bevestigt nog maar eens de theorie dat verslaving echt een erfelijke en biologische achtergrond heeft. En het is verrekke moeilijk om daaraan te werken. Dat gaat altijd met vallen en opstaan. Ik vind dat we steeds meer handvaten krijgen om daar toch mee aan de slag te gaan. Ik ben daar niet pessimistisch over gestemd. Al lukt het maar bij 1 cliënt. () Als je een terugval preventieplan op gaat stellen, dan ben ik al blij als je iets kan bereiken op het gebied van controle over het gebruik. We hebben hier een voorbeeld van iemand die toch wel een liter jenever dronk per dag en die nu alleen nog maar zwak alcoholische dranken drinkt. En hij laat zich nu weer opnemen op de Jellinek om weer abstinente te raken en toch weer gaat proberen te werken aan zijn herstel. Dat doet me goed.

-Nou, volgens mij leven die dingen hier helemaal niet. De teamleider hier zet juist heel positief in op het ontwikkelen van allerlei hulpmiddelen om aan de slag te gaan met herstel. GGZ is bezig daar vorm aan te geven. Er is hier zeker wel een geloof in herstel. Natuurlijk is er ook sprake van enige realiteitszin, iedereen beseft dat het ene hele moeilijke doelgroep is om resultaat mee te boeken. Natuurlijk, maar ik bespeur hier geen houding van: 'Jongens, dit is een onmogelijke missie'.

-De methodiek is gericht op mensen die eigenlijk zelf wel de regie kunnen nemen. Dus er wordt bij jullie een stukje overgeslagen. We willen allemaal dat de zorg goedkoper wordt en dat cliënten uit die groepen gaan en zelfstandiger worden. Maar als je cliënten zelf doelen laat stellen die veel te hoog gegrepen zijn en, na een half jaar, tijdens de evaluatie, blijkt dat ze weer niet gehaald zijn, dan maak je juist iets stuk in plaats van dat je ze helpt richting meer zelfstandigheid. () Natuurlijk mag elk mens zijn eigen doelen stellen maar ik vind wel dat je als hulpverlener daar 'notities' aan moet kunnen toevoegen. Als een cliënt zich ten doel stelt zelfstandig te gaan wonen en de hulpverlener weet dat hij/zij nog niet eens in staat is om zelf een eitje te bakken, dan vind ik dat je als begeleiding de doelen daaraan aan moet passen en niet alleen maar moet opschrijven wat de cliënt wil. () Ja, in klinieken gebeurt dat ook gewoon. Deze mensen komen niets voor niets bij jullie terecht, ze hebben dan meestal al een heel traject achter de rug binnen GGZ. De GGZ zegt over deze cliënten: misschien wordt het ooit nog wel eens beter maar voor nu kan deze cliënt niet zelfstandig wonen. Zelfs niet met de begeleiding van een FACT team zoals wij dus hij/zij heeft meer hulp nodig. Als je van zo'n patiënt bij binnenkomst vraagt krachtgerichte doelen op te gaan stellen, want dat moet bij jullie binnen zes weken, dan is dat waanzin. Het is gewoon niet realistisch. () Dat betekent dat je de cliënt zeker zijn eigen doelen moet laten formuleren maar dat er een kopje bij moet staan met de visie van de hulpverlener. Waarin staat hoe de doelen in realistische termen vertaald kunnen worden en wat we kunnen inzetten om de cliënt hierbij te gaan helpen.

-Dat hangt ervan af hoe je dat interpreteert. De cliënt moet voelen dat het vrijwillig gebeurt. Eigen regie betekent dat je zelf de baas bent over je leven en ook de behandeling. En ook dat degene die meer kennis heeft over je verslaving jou serieus neemt. Stel ik ga naar de huisarts om een probleem te bespreken waar ik zelf geen verstand van heb of in ieder geval niet voor ben opgeleid, dan kan het best zo zijn dat de huisarts zegt: 'Ik adviseer u het volgende te doen'. Je kunt zelf bepalen of je dat advies opvolgt. Het gaat er dus om de patiënt goed te informeren. Je speelt een adviserende rol, je legt allerlei

mogelijkheden voor maar uiteindelijk beslist de patiënt. Dit doe je natuurlijk zolang er geen sprake is van gevaar voor de patiënt zelf of zijn omgeving. Alleen bij gevaar kunnen wij de regie overnemen. (Soms komt het voor dat patiënten zo psychotisch zijn en geen antipsychotica willen en daarover niet met je in gesprek willen, dat je op een zeker moment toch voorstelt de dosis te verhogen en dat ze dan toch plotseling ja zeggen. Zo kan je soms wat bereiken met het uitoefenen van enige drang, een beetje directief maar toch vraag je het aan de patiënt. De patiënt moet altijd blijven voelen dat hij/zij het zelf besloten heeft. En het klopt ook, het zijn wel de feiten. En zo kan je de regie teruggeven. (Ja, ook jullie hebben grenzen. En wat doe je op het moment dat die wordt bereikt? Dat vind ik een hele uitdaging dat je de patiënt op zo'n manier motiveert dat de eindregie nog steeds bij hem/haar ligt. Je moet het zo communiceren dat patiënt toestemming geeft dat jij in een bepaalde situatie de regie overneemt. Als je in een kamer komt en je zegt dat het erg vies is en voorstelt het samen op te ruimen en de patiënt zegt daar ja op, dan neem je de handeling over maar blijft de regie bij de patiënt. Als de patiënt nee zegt, dan moet je gaan bekijken wat je kunt inzetten om de persoon te motiveren. En dat is heel erg moeilijk als de patiënt niet meer goed kan beoordelen of iets heel erg vies is of niet. En toch is de uitdaging iemand dan zo in zijn kracht te zetten dat hij/zij toch akkoord gaat door het zelf te doen of toe te staan dat iemand anders dat samen met hem/haar doet. (Maar zelfs dan moet je steeds proberen die regie weer terug te geven. Je kunt bijvoorbeeld bij alles vragen of het weggegooid kan worden of dat hij/zij het nog wil houden, of een kleding stuk in de was of in de kast kan. Probeer steeds weer een stukje regie terug te geven. (Ik merk zelf dat je altijd een goede balans moet proberen te vinden tussen autonomie en ingrijpen. Dat is altijd weer, bij elke patiënt, een zoektocht. Bij de een werkt dit en bij de ander dat. Maar altijd met respect voor de patiënt en het leven die hij/zij leidt. Maar je hebt altijd ook een bepaald verantwoordelijkheidsgevoel als mens en dat moet je opzij schuiven. Maar als het echt erg vies wordt, dan moet je toch ingrijpen maar dan op een zo mild mogelijke manier.

-Ja, dat is erg moeilijk met mensen die verslaafd zijn. Dat is het ideale plaatje. Ook GGZ werkt vanuit dat principe: de cliënt stelt zelf de doelen op die hij wil bereiken. (Het is een hele moeilijke doelgroep en je moet altijd blijven aftasten wat je kunt bereiken. (Juist, dat is het moment voor de begeleiding om dat verder op te pakken en te stimuleren. (Ja, je kunt ook proberen enige drang te gebruiken om iemand te stimuleren daarover na te gaan denken. (Ja, bij chronisch psychotische mensen kan je niet anders dan een deel van de regie overnemen. Zij hebben daarbij sturing nodig. (Maar ik denk dat je met doorvragen toch wel achter andere behoeftes kan komen. Drugs verkrijgen is wel het hoofddoel maar niet het enige doel. Elke cliënt heeft wel eens de gedachte: 'Moet ik nou niet stoppen of in ieder geval minderen' en twijfelt of hij/zij wel zo door moet leven.

Synthese

Patiënt heeft in principe de eigen regie over het leven totdat er, wegens het ontstaan van gevaar, via de rechter, dwangmiddelen moeten worden ingezet. Dat is de wet. De begeleiding geschiedt dus formeel gehele op vrijwillige basis. De patiënt maakt altijd zijn eigen keuzes. Je kan daar als behandelaar of begeleider invloed op uitoefenen door er sturing op te zetten of zelfs enige drang voor inzetten, maar uiteindelijk is de patiënt volledig toerekeningsvatbaar en dus vrij in zijn keuzes.

18. De methodiek richt zich op de krachten van een cliënt en niet op de problemen. Maar hoe ga je daarmee om als de problemen zo op de voorgrond staan? Het lijkt alsof de woonbegeleiding zich uitsluitend richt op de krachten en de problemen negeert. Hoe kan je de problemen op een krachtgerichte manier benaderen?

-Een RIBW moet heel duidelijk zijn grenzen aangeven. En optreden als iemand daar overheen gaat. Daardoor loopt de lijdensdruk op en gaat iemand eieren voor zijn geld kiezen door zich aan te passen. Herstelwerk wil niet zeggen dat je de grenzen niet aangeeft. (Je moet zeker niet gaan wachten met herstelgericht werken tot de ernstige psychiatrische problemen voorbij zijn. Dat gaat gelijk op, je moet de stoornis behandelen maar tegelijkertijd ook de herstelgerichte begeleiding opstarten. Want omdat mensen ergens gemotiveerd voor raken, werken ze haast automatisch ook aan hun herstel. (Met grenzen aangeven zeg je: tot hier en niet verder. En daarover in gesprek gaan: Wat vind je er zelf van dat je elke keer weer geschorst wordt en hoe wil je dat gaan voorkomen? Je hebt nu eenmaal huisregels en alle patiënten kennen de consequenties als ze daar overheen gaan. De patiënt gaat zich afvragen of hij die consequenties wel wil. Laatst was er hier een bewoner van een RIBW die zoveel schorsingen had gehad dat hij niet meer in de RIBW kon blijven wonen. Het was ook duidelijk dat hij nergens anders meer welkom was en dus dakloos zou worden als hij zo door zou gaan. Dat zorgde voor een enorme ommekeer bij die man. (Precies en dan ga je kijken hoe je hem kan ondersteunen om dat vol te houden. Het gaat nu al vier maanden goed. Wat mij betreft staat beheersingsmaatregelen en een krachtgerichte benadering niet haaks op elkaar.

-Ja, dat is ook hartstikke moeilijk en dat lukt ook niet bij iedereen. Ten minste: vooralsnog niet. Je moet elkaar daar in blijven motiveren en stimuleren. Hoe je er als buitenstaander en misschien ook wel als hulpverlener tegenaan kijkt is vaak dat er niets te bereiken valt. En inderdaad is het vaak op dit moment niet mogelijk. Maar er is altijd verandering mogelijk van de situatie in de toekomst. Kijk er over een paar maanden, desnoods een paar jaar, nog een keer naar en misschien is

dan wel wat mogelijk. De gevoeligheid voor verslaving zal altijd blijven bestaan. Bij de mensen die hier zitten zijn vaak al vele malen psychotisch geweest en welke medicatie ook uitgeprobeerd wordt, er zal altijd een flinke restpsychose over blijven. Dat klopt. En toch denk ik dat het de moeite waard is om er om de zoveel tijd bij stil te staan om te bekijken of er krachten aan te boren zijn die gebruikt kunnen worden om het herstel in te zetten. () Volgens mij ben jij heel sceptisch en ben je mij aan het interviewen. Je hebt eigenlijk al een standpunt ingenomen of je probeert mij dingen te laten zeggen. Het lijkt alsof je al hebt geconcludeerd dat het onmogelijk is herstel te bereiken en dat ook op gaat schrijven. ()Ik doe dit werk nu 40 jaar en een van de eerste gouden regels was om mensen aan te spreken op de dingen die ze wel kunnen en doe dat niet op de dingen die ze niet kunnen. En dat principe past men ook gewoon toe in deze methodiek, ten minste, dat probeert men toe te passen. Ook al heb je iemand met een zware stoornis en verslaving en zware gedragsproblemen, dan is het soms moeilijk om op zoek te gaan naar wat diegene wel goed kan. Toch vind ik hier woonbegeleiders dat vinden en daarmee aan de slag gaan. Dat is de basis, dat is de kracht. ()Ja, daar loop ik wel tegenaan, tegen begeleiders die denken, GGZ is er voor de psychiatrie en daar hoef ik als begeleider niets mee. En omdat GGZ nu heeft gezegd dat ze ook de verslavingszorg gaat doen, komt dat ook meer bij ons te liggen en minder bij de woonbegeleiding. Maar ik heb natuurlijk helemaal geen wondermiddel maar ik kan wel met de woonbegeleider mee kijken om samen te bepalen hoe dat aangepakt moet worden. Soms worden de doelen veel te hoog gesteld en dat geef ik dan ook terug aan begeleiders hier. Dat is niet altijd even leuk. Maar als iemand zich als een hark gedraagt dan heb ik daar geen wondermiddelen tegen. Natuurlijk, we hebben tegenwoordig heel veel pillen, helaas zij er nog steeds behoorlijk veel psychiatrische ziektebeelden die behoorlijk resistent zij tegen alle vormen van medicatie. En dus slaat de medicatie niet aan en blijven mensen chronisch psychotisch. En als ze dan ook nog eens afhankelijk zijn van een middel, dan hebben we een zware dobber. Maar dat is de doelgroep waar we hier mee werken.

-Als je doelen moet stellen, dan heb je een probleem of je wilt iets bereiken. Maar je kan het ook allebei 'ik wil iets bereiken' noemen. Dan is het allebei krachtgericht. Dus op een moment dat jij een probleem bespreekt, dan ben je al krachtgericht bezig want je laat cliënt meedenken over het bereiken van een oplossing voor zijn/haar probleem. Alleen maar zaken overnemen is natuurlijk niet krachtgericht, dan krijg je alleen maar meer hospitalisatie.

-Ik denk dat het heel erg goed is om je te focussen op de krachten van mensen en vooral op wat iemand wil bereiken. Als een patiënt bijvoorbeeld zegt: 'Ik wil eigenlijk weer gaan werken', dat je bespreekt wat daarvoor nodig is. Bijvoorbeeld qua zelfzorg, middelengebruik, sociale vaardigheden, medicatiegebruik. En zo wordt de verslaving een onderdeel van het begeleidingsplan. Patiënten met een beetje ziekte-inzicht, begrijpen wat daarvoor nodig is. Je kunt niet stoned naar je werk dus dat doe ik alleen na mijn werk. Dus je moet niet de focus leggen op het feit dat iemand niet mag gebruiken maar hoe hij het zo kan inrichten dat hij toch aan zijn doelen kan gaan werken. Je voert het gesprek zo dat de patiënt zelf al met de oplossingen komt want die zijn zo logisch als wat. Dat is het 'benoemen' en vervolgens ga je samen bespreken hoe je dat voor elkaar zou kunnen krijgen. Hoe ga ik terug van 10 naar drie joints per dag. Vaak hebben patiënten daar zelf best ideeën over en de begeleider kan vanuit zijn kennis ook ideeën aandragen

-Ja, dan negeer je ze in elk geval niet. Dat is beter dan de twee (problemen en krachten) helemaal van elkaar los te koppelen. ()Het zijn wel onderdelen van de persoon en die kan je niet los zien van de positieve krachten. Het gaat meer om met die zaken te manoeuvreren, je kunt ze niet echt loskoppelen.

Synthese

Naast een vrije wil en zelfbeschikkingsrecht die, zoals voor elk vrij mens gelden, zijn er ook regels en wetten waar iedereen zich aan moet houden. Buiten is dat de wet en binnen de voorziening zijn dat de huisregels en daar tekent de patiënt zelf voor. Houdt hij./zij zich daar niet aan, dan kiest de patiënt ervoor de consequenties daarvan te aanvaarden. Die consequenties moeten er dan ook zijn. Op den duur zullen de meeste patiënten dan eieren voor hun geld gaan kiezen.

Als een patient zich doelen heeft gesteld, dan betekent dat vrijwel altijd dat hij/zij ook wat aan de problemen, zoals de verslaving, zal moeten doen. Het is de kunst die twee factoren te integreren in het vormgeven van de begeleiding.

19 Een psychiater richt zich op een probleem: de behandeling van een stoornis, in dit geval een dubbele stoornis. Volgens herstelwerk richt de begeleiding zich op de krachten in een cliënt. Is dat misschien een vruchtbare taakverdeling?

-Vroeger werd dat vooral bij ons neergelegd door de begeleiding; doe wat want hij gebruikt zoveel. Nu wordt dat ook steeds meer door de begeleiders zelf opgepakt via motiverende gespreksvoering en zoeken ze naar openingen om daar samen met de cliënt mee verder te komen. ()Ja, en weet je, een mentor (PB-er) heeft veel meer contact met een patiënt dan wij. Begeleiders zitten in een veel betere positie om het daar met de patiënt over te hebben omdat ze bijna deel uitmaken van het leven van een patiënt. Dat moet je zeker niet alleen bij de behandelaar houden want dan laten we echt iets liggen.

-Oke, maar dat vind ik heel wat anders. Dat gaat ook over het uitwisselen van informatie. Dan gaat HVO-Querido nu eindelijk zien wat er gebeurt op dit gebied. En dat is heel wat anders dan te stellen dat er niets gebeurde. Natuurlijk zijn wij bezig verslavingszorg te geven maar jullie cliënten blinken nou niet uit in gemotiveerdheid om van de verslaving af te

komen. Dus dan blijf je meestal in het eerste gedeelte van de motiverende gespreksvoering hangen. Op zo'n moment ziet HVO-Querido niet wat er gebeurt.

Synthese

Ook de begeleiding gaat steeds meer begeleiden op de problemen. Ze zijn daar ook beter toe in staat dan de behandelaar die veel verder af staat van de patiënt. GGZ kan hen daarvoor de instrumenten en kennis overdragen om daar op een professionele manier mee aan de slag te gaan..

20 In hoeverre wordt er samengewerkt tussen behandelaars en woonbegeleiders?

-Ja, die doe ik en dan kijk ik met cliënt terug op het afgelopen jaar en maken we een plan voor het nieuwe jaar. Daarnaast doen we met z'n allen en eens per vier weken een MDO. Daarin worden de cliënten besproken die in de eigen krachthinventarisaties van het begeleidingsteam naar voren zijn gekomen. Daarnaast bespreken we cliënten waarbij sprake is van actuele ontwikkelingen.

() We nodigen ze (de PB-ers) wel uit (voor de behandelplanbesprekingen) maar ze hebben wisseldiensten dus dat lukt lang niet altijd. ()Ik vind het over het algemeen natuurtalenten maar ik weet niet hoeveel training ze echt hebben gehad. Maar dat is niet veel, nee. Maar ik vind wel dat ze het goed doen. ()Het begeleidingsteam bespreekt alle patiënten en daar komen vragen uit naar voren die besproken worden in het MDO. Daar wordt elke cliënt minstens een keer per jaar regulier besproken en natuurlijk daarnaast de cliënten die veel in beeld zijn of waar specifieke vragen over zijn. Dat staat geheel los van de jaarlijkse behandelplanbesprekingen.

- Daar besteed ik veel tijd aan. Dat mag formeel niet want al mijn tijd moet een op een besteed worden aan cliënten. Ik denk dat ik toch wel 50% van mijn tijd besteed aan praten met woonbegeleiders en dat is niet eens altijd direct werk gerelateerd. Ik besteed ook een hoop tijd aan het gemotiveerd en enthousiast houden van de begeleiders. Ik begeleid de woonbegeleiders in hun moeilijke werk met deze lastige cliënten. Dat is vaak gericht op het mee helpen denken over bijvoorbeeld aanpassingen in benadering of bejegening of hen te enthousiasmeren. Dat zie ik wel als mijn taak. ()Ik heb een soort brugfunctie tussen woonbegeleiders, zoco's en de psychiater, ik vertaal het een en ander in beide richtingen. En ik word weer gevoed door de psychiater om dat weer richting de woonbegeleiders te brengen. Er is wel degelijk overleg en ik vervul daar een soort brugfunctie in.

-Ik denk dat de koppeling begeleiding HVO en behandeling GGZ nog wel iets strakker kan worden.

Maar op zich is het goed dat je ieder een apart stuk doet. De verantwoordelijkheden liggen ook anders. De kan de begeleiding naast cliënt gaan staan en zeggen: "Neem die medicatie nou gewoon in want dat heb je afgesproken met GGZ". Dan kan je als begeleider makkelijker uit die situatie stappen. Andersom kan ik dat als GGZ ook omdat ik me niet hoeft te bemoeien met het schoonhouden van de eigen kamer of het feit dat iemand weigert corvee te doen. Inhoudelijk qua behandeling zijn we alle twee uit op 'herstel' en wie waar de verantwoordelijkheid voor heeft, is niet zo belangrijk. ()Ja, je doet ieder een ander stuk van de begeleiding en ik denk dat dit goed is voor de cliënt.

-Dat kan nog wel beter gekoppeld worden. In ieder geval heb ik voorgesteld dat de woonbegeleiders een kopie krijgen van onze behandelplannen. Ik denk wel dat er een overeenkomst bestaat over de doelen maar het wordt niet naast elkaar gelegd. Het zou wel goed zijn als persoonlijk begeleiders dat kunnen meenemen in hun begeleiding. ()Nee (er is geen MDO), natuurlijk proberen we er altijd wel voor te zorgen dat de persoonlijk begeleider ook aanwezig is als de psychiater het behandelplan bespreekt met de cliënt. ()Ja, maar verder is er geen multidisciplinair overleg over individuele cliënten. () Dat zou goed zijn, die koppeling kan zeker nog verbeteren.

Synthese

Behandelplanbesprekingen: daarbij is vaak de begeleider aanwezig maar lang niet altijd

Afstemming behandelplan en begeleidingsplan: het begeleidingsplan zou een op een moeten voortvloeien uit het behandelplan: in de praktijk bestaat er weinig directe koppeling tussen de twee plannen.

MDO: op drie locaties is sprake van een regulier MDO.

Aanwezigheid begeleider bij gesprek tussen patiënt en behandelaar: is lang niet altijd het geval.

Informeel overleg: gebeurt veel door de geregelde aanwezigheid van SPV-ers en psychiaters op locatie.

Alle geïnterviewden vinden dat er in de samenwerking en de afstemming tussen behandeling en begeleiding nog stappen vooruit gezet kunnen worden.

21 Zou het goed zijn om behandelplan en begeleidingsplan beter op elkaar af te stemmen?

-Communicatie kan altijd beter. Het mooiste zou zijn dat de persoonlijk begeleider altijd aanwezig is als ik in gesprek ga met een cliënt. Ten eerste kan ik de interactie zien tussen cliënt en begeleider, de begeleider kan zien welke gesprekstechnieken we inzetten en je kan multidisciplinair overleggen. ()Een MDO is veel breder, daarbij zit het hele team bij elkaar om een cliënt te bespreken en het is altijd goed om op zo'n manier een breed scala aan input te krijgen. Ik heb wel op MDO's

gezetten waarbij de ene deelnemer zegt dat het helemaal niet goed gaat met cliënt terwijl de ander het tegenovergestelde beweerde.

Ik denk dat je MDO's ook prima kan inzetten naast de methodiek. Bij jullie wordt de methodiek te veel gezien als een geheel, ik vind dat je het zou moeten zien als een onderdeel. Op een traject zet ik in wat ik nodig vindt. Het kan zijn dat cliënt dat zelf aangeeft maar het kan ook zijn dat ik dat moet doen. Als een cliënt vindt dat ik helemaal geen gelijk heb, prima. We kunnen daarover altijd in discussie. Het blijft maatwerk, een wietverslaving heeft een heel andere benadering nodig dan een cocaïne verslaafde, de ene heeft een psychose met stemmen, de andere met beelden. De benadering is nu te veel standaard.

-Tijdens de behandelplanbespreking is zowel cliënt als begeleider aanwezig en dan worden ook de persoonlijke begeleidingsdoelen besproken. Ook wordt gekeken hoe het begeleidingsplan past bij het behandelplan. En eigenlijk past dit altijd bij elkaar want ze gaan vaak over dagbesteding, sociale contacten, middelengebruik. Zo wordt het begeleidingsdoel een onderdeel van het behandelplan.

Dat vraag ik altijd aan een patiënt: wat wil je nou gaan bereiken dit jaar.

Synthese

Zie vraag 20.

Bijlage 16: INTERVIEW SPECIALIST

Inhoud:

Inleiding	blz. 139
Gecodeerd interview van de specialist	blz. 139
Topiclist	blz. 143
Samenvoeging en samenvatting t.b.v. rapport	blz. 144

INLEIDING

De vragen die opgenomen zijn in de topiclist (zie blz. 7) vloeien voort uit de uitkomsten van de interviews van de zorg coördinatoren en de enquête onder de persoonlijk begeleiders. Het interview (zie blz. 1) is na afloop gecodeerd om de antwoorden een op een terug te koppelen aan de vragen in de topiclist. Daarna zijn de door de geïnterviewde gegeven antwoorden per vraag samengebracht. (zie blz. 10) Tenslotte is een korte samenvatting geformuleerd op elk door de specialist gegeven antwoord. Alleen deze samenvatting is uiteindelijk opgenomen in het rapport zelf.

INTERVIEW SPECIALIST gecodeerd

9 april 2014

Positie: twee functies:

-teamlid van unit opleiden & ontwikkelen

-zorg coördinator in zorgprogramma 5: Volwassenen met psychosociale kwetsbaarheid met/zonder verslaving

Wat is jouw functie?

1 Ik werk in twee functies binnen HVO-Querido. Ik ben 2/3 dagen in de week zorgcoördinator en ik ben twee dagen in de week interne trainer, o.a. voor de krachtgerichte basismethodiek. Ik maak deel uit van de unit O&O. De unit valt onder HRM en we zijn verantwoordelijk voor alle trainingen die worden gegeven binnen HVO-Querido. We geven zelf interne trainingen of we huren externe trainers in.

En het trainen van begeleiders in de methodiek is daar een onderdeel van?

2 Ja, dat is op dit moment onze belangrijkste bezigheid. We zijn maar met zijn drieën en hebben geen capaciteit om ook nog andere trainingen te geven. In de toekomst willen we ons wel gaan aansluiten bij de andere bestaande trainingen om die ook krachtgericht in te richten. We hebben nu bijvoorbeeld algemene terugkomdagen maar willen in de toekomst echt onderwerpen op de agenda gaan zetten om daarin de krachtgerichte factor te integreren.

Mijn onderzoek beperkt zich tot het zorgpad stabilisatie en bescherming. Naast de functie als trainer werk je ook als zorgcoördinator in de praktijk. In welk zorgpad is dat?

Dat is psychiatrie en verslaving. Wij hebben zowel stabilisatie als ontwikkeling in ons programma.

En het gaat om ambulante begeleiding?

Ja.

Herstelwerk is ongeveer twee jaar geleden ingevoerd binnen de organisatie. Hoe staat het er voor?

2 Alle teams zijn getraind. De Aak is de laatste omdat daarvoor een aangepaste training ontwikkeld is. Verder zijn de teams allemaal getraind. Hoe ver zijn we? Je kunt altijd verder ontwikkelen. Voor de volledige implementatie staat ongeveer vijf jaar. We zijn nu twee jaar op weg en wat ik wel merk in de teams, en dat vind ik het belangrijkste, dat er al gewerkt wordt met de nieuwe houding. Vorig jaar zijn de eerste terugkomdagen geweest en ik merk dat er, een jaar na de invoering, al veranderingen zijn te merken. We hebben vanaf het begin gevraagd wat er goed ging en kleine successen met ons te delen. Aan het begin bleef het dan vrij stil maar het jaar daarna vond iedereen het al een stuk gemakkelijker om zulke zaken te delen met de groep. Dan blijkt dat er al een hoop kennis is overgedragen en dat men er al beter heeft leren omgaan met de methodiek. Vroeger was bij zo'n vraag altijd het antwoord: 'maar dat is toch logisch, dat is toch vanzelfsprekend dat het goed ging, hoezo moeten we het over mijn aandeel hebben? Het gaat er toch om dat het is gelukt?'. Nu vindt niemand het meer vreemd om het er over te hebben wat zijn/haar eigen bijdrage is geweest om in het bereiken van een doel. Wat je ook verder van de methodiek mag denken, dit vind ik al een gunstig effect.

Daarbij gaat het om het principe dat je je meer richt op de positieve punten en niet altijd alleen maar de problemen benoemt?

2Ja, en ik merk het ook in de vragen die we krijgen tijdens de bijscholingen. Bijvoorbeeld dat men bezig is met het herschrijven van de huisregels. Die zijn vaak in het geheel niet krachtgericht opgesteld en men maakt nu zelf het initiatief om die krachtgericht te gaan herschrijven. En hoe dat dan bijvoorbeeld samen met de cliënten kan worden gedaan. Dat zijn, in mijn opinie, goede ontwikkelingen. Er is zeker wel wat in beweging gezet.

Een van de problemen die men meldt vanaf de werkvloer is dat men het zicht op het gehele beeld van een cliënt verliest omdat men alleen nog maar de beschikking heeft over krachteninventarisatie en actieplannen. De persoonsbeschrijving en achtergrond van een cliënt raakt buiten beeld.

4B Ja, dat signaal krijgen we veel en ik denk ook dat het een terecht signaal is. Interessant is om te bekijken hoe je dat dan zo kan neerzetten dat je een compleet beeld van de cliënt blijft zien en dan toch op de krachten blijft focussen. Sommige medewerkers zijn heel goed in probleemanalyses en dat is echt een bewonderenswaardige kwaliteit van ze. In deze methodiek willen we het perspectief veranderen door te focussen op wat goed gaat.

Natuurlijk moet je de zaken die niet goed gaan ook weten. De vraag is hoe je vanuit een totaalbeeld van de cliënt, inclusief problemen, toch de focus blijft houden op dat wat goed gaat. Deze discussie speelt ook bij ons intern. Ook Judith Wolf, van het UMC, die deze methodiek ontwikkeld heeft, is daarmee bezig. Een hoofdstuk in haar boek gaat over de taxatie van draagkracht (we hebben er bewust voor gekozen dat geen draaglast te noemen). Als je dat leest, dan zie je dat dit onderwerp nog niet genoeg is doorontwikkeld. Je merkt dat het nog een fragiel hoofdstuk is, zeker als je dat vergelijkt met de rest van het boek. En dat beaamt Judith Wolf zelf ook.

Inmiddels is er binnen HVO-Querido een onderzoek gestart naar de risico-inventarisatie en daarin wordt het concept 'de taxatie van draagkracht' opgevoerd. Hierin wordt geprobeerd de risico-inventarisatie te koppelen aan de krachteninventarisatie. Op deze manier wordt geprobeerd een relatie te leggen tussen de problematiek die speelt bij een cliënt en de aanwezige positieve krachten. De taxatie van draagkracht wordt dan gebaseerd op een combinatie van de krachteninventarisatie en de risico-inventarisatie. Er zijn dus ontwikkelingen gaande om hier verbetering in te krijgen.

Als we het hebben over de documenten die gebruikt worden bij de instroom van cliënten, dan beperkt dat zich tot intakeverslag. Maar dat is wel een document wat eenmalig gemaakt wordt. Voor cliënten die jarenlang bij ons blijven, raakt dat dus snel verouderd. Het is jammer dat dit document niet 'geüpdate' wordt maar aan de andere kant vind ik het ook geen goed idee elk half jaar een nieuwe te maken want dan worden we helemaal gek.

Vroeger had je de persoonsbeschrijving en die kon je gewoon elk half jaar aanvullen, dat was een soort meegroeidocument. Nu wordt het intakeverslag wat een momentopname is, wel erg belangrijk.

6 Klopt, vroeger, toen we die persoonsbeschrijvingen nog gebruikten, keek ik nooit naar het intakeverslag. Dus dat was dus dubbel werk. Nu ga ik, naast het lezen van het intakeverslag, zelf op zoek naar aanvullende informatie en dat is efficiënter. Vanuit het perspectief van de methodiek denk ik dat we een verdiepingsslag kunnen maken met de krachteninventarisatie. Op dit moment kan je er niet uithalen om wie het gaat. Ik denk dat we daar de ruimte in moeten brengen om een verdiepingsslag te maken. Die ruimte zie ik wel. Alleen zeggen dat iemand goed is in koken, zegt niet zoveel. Dat zou je kunnen uitbreiden zodat het meer zegt over de persoon: hoe vaak wil je dat, wat wil je koken, van wie heb je dat geleerd, etc. Dat zijn persoonlijke verdiepingen en dat kan je natuurlijk op alle aspecten gaan doen. Bijvoorbeeld dagbesteding zie ik nu vaak niet terugkomen in de krachteninventarisatie terwijl dat daar wel thuis hoort. 80% van de cliënten binnen de organisatie doet aan dagbesteding en ik zie het maar terugkomen in 10% van de krachteninventarisaties. Dagbesteding is zo belangrijk voor mensen, dat vormt een basis in je leven. Ik vind dat je als hulpverlener best een beetje mag sturen door de cliënt voor te stellen dat als kracht op te nemen in de inventarisatie. Ik denk dat er meer informatie is die er nu vaak niet in staat maar daar wel in thuis hoort. Als dat er allemaal wel in wordt opgenomen, krijg je toch een wat breder beeld van de cliënt.

Maar als je wil bekijken of een cliënt op een voorziening past, dan ben je er niet met een inventarisatie van krachten, dan heb je ook een overzicht nodig van de problematiek die speelt. Die informatie moet je op andere manieren achterhalen?

4B Als de risicotaxatie wordt ingevoerd, dan kan dat daarvoor een nuttig instrument zijn.

Het is de bedoeling dat in het begeleidingsproces ook de problemen krachtgericht worden benaderd.

Nu zie je vaak dat men zich alleen richt op de positieve krachten en de problemen negeert.

In mijn team wordt steeds meer gebruik gemaakt van de teamkrachtbespreking.

4B Dat is het moment om de zaken waar je als persoonlijk begeleider tegenaan loopt, te bespreken met je collega's. In de reguliere teamvergaderingen bespreken we voorstellen die meer gericht zijn op overnemen of beheersing. Ook die kunnen goed aansluiten en congruent zijn. Andere zaken, waar je geen duidelijke antwoorden op hebt en over wilt brainstormen om tips te krijgen, die bespreek je in de teamkrachtbespreking. Daar wordt steeds meer gebruik van gemaakt.

Een belangrijk onderdeel van de methodiek is de eigen regie van de cliënt. In het zorgpad stabilisatie en bescherming is dat vaak een probleem omdat de regie op vele gebieden overgenomen is. In de TKB moet je doelen inbrengen van de cliënt maar het komt vaak voor dat cliënt daartoe niet in staat of bereid is. Dan neemt de persoonlijk begeleider het formuleren van doelen over. De TKB gaat dan over de doelen die de begeleider formuleert voor zijn/haar cliënt. Hoe valt dat binnen de methodiek?

4C, 5 De TKB is echt bedoeld ter ondersteuning van de persoonlijk begeleider. In de begeleiding staat de cliënt centraal maar in de TKB staat echt de begeleider centraal. Als begeleider loop je tegen een probleem aan in je begeleiding van je cliënt en soms kom je niet meer verder omdat je het echt niet meer weet hoe je positief verder zou kunnen met een cliënt. Dat is het moment je begeleiding te bespreken op een TKB. Zo kan je andere ingangen ontdekken die misschien wel wat in beweging brengen. Misschien is de beste tip dan dat er geruild wordt van begeleider. Je moet wel blijven kijken of dat wat er uit de TKB komt, nog steeds congruent is met de doelen die cliënt zich stelt, dus daarop niet haaks staat. Cliënten mogen niet aanwezig zijn bij de TKB want het is echt volledig gericht op het ondersteunen van de begeleider.

Dus de vraag van de cliënt staat niet centraal in de TKB?

5 Nee, de vraag van de begeleider staat centraal. Maar deze moet wel binnen de kapstok vallen van de doelen die cliënt zich stelt. Er moet wel een link zijn tussen het doel van de cliënt en de vraag die diens begeleider stelt in de TKB, je moet natuurlijk wel dezelfde kant op met elkaar.

Maar dan ga je er van uit dat cliënt een doel heeft. Het principe dat cliënt de regie heeft over de begeleiding houdt en dat de cliënt ook eigenaar is van de krachteninventarisaties en actieplannen.

In ons zorgpad komt het vaak voor dat het verkrijgen van dopamine de enige motivatie in het leven van een cliënt is.

4C Juist bij die doelgroep is de houding zo belangrijk. Deze cliënten hebben al zo vaak het negatieve verhaal gehoord dat ze verslaafd zijn en zo niet verder zullen komen. Het principe dat de cliënt zelf de regisseur is over het begeleidingsproces is, is inderdaad nog niet van toepassing in deze fase en is iets waar je naar toe kan werken in een wat verdere toekomst. Maar ik ben er wel van overtuigd dat je bij deze doelgroep veel kunt bereiken met een positieve houding. En misschien is dat op dat moment het hoogste wat je kunt bereiken. In zo'n fase is, denk ik, het bieden van een perspectief heel belangrijk.

4D Zo hebben wij een bewoner die eigenlijk veel verslaafder is dan we ooit hadden gedacht en die zit al heel lang bij ons in begeleiding. Wij hebben altijd onderschat hoeveel hij gebruikte. In de loop der jaren hebben we echt een goede werkrelatie met hem opgebouwd. Daardoor is een goede band opgebouwd, ook al was het vaak heel moeilijk om met hem te werken. Je kunt dan verzanden in negativiteit omdat niets lijkt te lukken. Maar wij hebben hem consequent geconfronteerd met zijn gedrag. Nu heeft deze man, na 50 jaar, gezegd dat hij dood en doodmoe is van het gebruik. Nu zit hij in een kliniek om af te kicken. We zijn hem steeds blijven aanspreken.

Dat is wat je attitude noemt.

4D Ja, dat is de basis, je werkrelatie met de cliënt. En als je daar in investeert, dan ben je bezig met het toepassen van Herstelwerk.

Maar daarbij draait het om de manier van bejegenen van een cliënt. Dat is, denk ik, ook de kern van de manier waarop binnen het zorgpad stabilisatie en begeleiding' gewerkt wordt. Want dat is gericht op het creëren van een thuis, een warme en stabiele leefomgeving zodat deze mensen een menswaardig leven hebben. Dat is het eerste doel binnen onze begeleiding en pas als dat bereikt is kan je gaan kijken of mensen verder kunnen komen.

4C Of je komt niet verder dan dat. En die meneer uit mijn voorbeeld het uiteindelijk niet redt dan is hij toch zo ver gekomen en dat is fantastisch.

Inderdaad, heel veel mensen die bij ons zitten komen uit gedwongen settings als een kliniek of gevangenis. Zij hebben, door bij ons te komen wonen, al een hele stap vooruit gezet.

In het zorgpad stabilisatie en bescherming concentreren we ons in de begeleiding op juist die allereerste fase binnen de methodiek. Veel begeleiders beschouwen de plicht om de hele cyclus steeds maar af te draaien als een overbodige last. De eerste fase van aansluiten is het gebied waar onze begeleiding zich afspeelt. De cliënt is er niet in geïnteresseerd en daarom de begeleider ook niet, het dreigt te verworden tot een 'moetje'.

7 Ik vraag het me af. Aan het begin stelde je dat er documentatie te weinig is en nu zeg je dat er te veel documentatie is. De documenten zouden ondersteunend moeten zijn, ze zijn geen doel op zich. Op sommige locaties zie je dat de documenten zelf een doel worden. Dat is ook hoe je daarmee omgaat want die documenten geven ook ruimte. Er zit een planmatigheid in, dat is er doorheen gefietst door de organisatie. Dat gebeurt in veel organisaties die overgaan van de 8 fase methodiek naar KBM, men wilde dat planmatige uit het 8 fase model wel behouden. Dat gebeurt ook vanuit de behoefte om het

begeleidingsproces binnen de organisatie te beheersen en te controleren. We zijn nu nog niet zo ver dat we dat planmatige kunnen laten vallen. Vanuit de HKZ is dat ook de afspraak waar we ons aan moeten houden.

Het is daarom ook een plicht van de hulpverlener om zich aan het planmatige te houden. We hebben geprobeerd dat planmatige zo goed mogelijk te combineren met de werkprincipes van KBM. Het kan zijn dat bij een bepaalde doelgroep wordt vastgesteld dat er frictie optreedt. En ik zie het ook niet als meer dan een frictie. Het betreft een onderwerp dat te maken heeft met de wens vanuit de organisatie om een en ander beheersmatig te houden. Het heeft op zich weinig te maken met de kernprincipes achter de methodiek.

Ik zou het wenselijk vinden als de organisatie daar flexibeler op zou kunnen inspelen. Ik hoop dat dit gaat gebeuren met de invoering van de zorgprogrammering. Ik merkte ook in gesprekken met de staf dat er ook op dat moment gewacht wordt om dat in een keer te veranderen. Ik hoop dat dit ook als advies naar voren komt. Als het als een signaal naar voren komt uit een heel zorgprogramma en dat is goed gefundeerd (en dat is het want er zijn teams die zijn hartstikke goed met documenten en in staat om te vertellen waarom het wel of niet gaat) en ze daadwerkelijk met oplossingen komen hoe het planmatige beter aan te sluiten op de methodiek, dan verandert er, denk ik, wel wat.

Omdat het zo stroef gaat, merk ik dat een heel groot ding wordt. Eigenlijk denk ik, dat je daar flexibel op zou moeten inspelen. Als een heel team tegen hetzelfde aanloopt, dan houd je zoiets als een teamkrachtbespreking en bundel je de signalen en kom je met een ontzettend goed verhaal hoe het beter kan. Dan ben ik ervan overtuigd dat er naar oplossingen worden gekeken en er het een en ander kan worden aangepast. Ik vind het jammer want er gaat op deze manier veel te veel energie zitten in procedures.

Ja, veel begeleiders hebben moeite om zich aan de deadlines te houden.

7 Ja, maar dat hadden we altijd al, ook bij de 8 fase methodiek. Deadlines zijn altijd een ding. Maar als ik realistisch kijk dan denk ik dat nu te veel documenten ene cyclus van een half jaar hebben. Het wordt een hele administratie. Ik vind dat je als MBO geschoolde medewerker op dit moment overvraagd wordt, dat is even een persoonlijke noot.

Ook door bezuinigingen krijgen we steeds meer cliënten per begeleider.

7 Ja maar volgens de methodiek moet 80% van je begeleidingstijd besteed worden aan direct cliëntcontact. Dat redden we niet terwijl een van de belangrijkste kernwaarden van de methodiek juist een goede werkrelatie met de cliënt is.

De verslaving werpt een grote drempel op om het traject van de begeleiding van de grond te krijgen. In ons zorgpad is het daarom van belang de begeleiding te richten op de verslaving.

8 Dat kan, maar soms maakt de verslaving zo'n groot onderdeel uit van iemand dat het beter is je daar in eerste instantie niet op te richten en je juist te concentreren op andere onderwerpen. Dat kan een strategie zijn. Ik ben er niet van overtuigd dat, als iemand een groot probleem heeft, dat ook altijd per se direct aangesproken moet worden in de begeleiding. Soms is het misschien juist beter het daarover even helemaal niet te hebben.

Ja, je kunt het ook hebben over dagbesteding.

8 Al heb je het over stoeptegels!

Oké, maar als je de verslaving als onderwerp oppakt, dan zijn er allerlei instrumenten om daarmee aan de slag te gaan, zoals motiverende gespreksvoering, screening, etc. Maar horen dat soort initiatieven thuis bij de begeleiding of bij de behandeling?

9 Ook als begeleider zelf werk je volgens de basisprincipes van krachtgericht werken. Dan gebruik je zoveel mogelijk de hulpbronnen die je ter beschikking staan. Als hulpverlener ben je een soort van spin in het web. Je hebt een soort driehoeksverhouding tussen cliënt, hulpverlener en behandelaar. En hoe beter die werkrelatie is, hoe meer je kunt bereiken. Je stemt met elkaar af. Begeleiders hebben een enorme signalerende rol, ze weten gewoon ontzettend veel. De behandelaar weet en doet ook veel op zijn/haar vlak. Soms kan je elkaar net niet vinden, dan werk je langs elkaar heen of doet dingen dubbel. Dus hoe beter die afstemming is, hoe beter voor de cliënt. Het kan best zo zijn dat een behandelaar op het vlak van verslaving minder ingang heeft terwijl de begeleider die net een potje heeft gevoetbald met zijn cliënt, soms ineens een enorme ingang heeft en wel in gesprek komt over de verslaving. Net als met familie is intensieve samenwerking erg belangrijk. Het is belangrijk dat je als begeleider investeert in die relaties.

Daarbij is het van belang dat de begeleider goed getraind is in communicatietechnieken?

9 Motiverende gespreksvoering bijvoorbeeld kan heel mooi in de methodiek gevlochten worden. De training zit, geloof ik, niet in het basiscurriculum maar zit wel in de opleidingsagenda. Daarvoor kan je je dus, via je teammanager, opgeven. Daarnaast is er een e-learning module ontwikkeld die voor alle begeleiders ter beschikking komt. Met een inlogcode kan je dan, als je eens een uurtje kan vrijmaken, inloggen en aan de slag ermee. Zeker voor jullie doelgroep is dat een heel erg goed instrument.

Dat is wel mogelijk binnen de methodiek, dat dit soort instrumenten er aan toegevoegd worden?

9 Ja en dat wordt ook aangeboden binnen HVO-Querido. Het is ook aan de teammanager om daarin een actieve rol te spelen en teamleden daarvoor op te geven. Met de invoering van de zorgprogramma's binnenkort wordt bekeken welke trainingsprogramma's nodig zijn voor welk type zorgprogramma. En dus kan het best weleens zo zijn dat de cursus motiverende gespreksvoering verplicht wordt gesteld voor jouw zorgpad. Maar deze training is voor heel HVO-Querido van groot belang en daarom is hij ook al ingekocht als e-learning module.

TOPIC LIST

INTERVIEW

specialist

Naam

Positie

Expertise

Herstelwerk

1 Ken je Herstelwerk goed?

2 Hoe gaat het met de implementatie van Herstelwerk?

3 Hoe goed ken je de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose?

4 De 6 krachtprincipes

In hoeverre kunnen de 6 krachtprincipes (blz 22) gebruikt worden bij cliënten met een dubbele diagnose?

4A: Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te vernaderen

4B: Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

4C: De cliënt heeft de regie over de begeleiding

4D: De werkrelatie is primair en essentieel

4E: Werken in een natuurlijke omgeving

4F: De samenleving als hulpbron inzetten

5 De teamkrachtbespreking

De rol van de begeleider in het stellen van doelen bij dubbele diagnose is groot, soms zelfs helemaal overgenomen.

Aanwezigheid GGZ is niet nuttig.

6 Problemen in de opstartfase

De persoonlijk begeleiders die de methodiek toepassen in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' melden dat ze op problemen stuiten. De problemen doen zich vooral voor in de opstartfase van het proces van begeleiding, in de methodiek de focusfase genoemd. De fase waarin samen met cliënt gezocht wordt naar een manier om de cliënt te motiveren om de eigen regierol op te nemen. Dat lukt bijna nooit en daarom komt de gehele cyclus niet op gang. De begeleiding blijft steken in de opstartfase. De methodiek alleen biedt niet genoeg instrumenten om deze fase met succes te doorlopen.

7 De planningscyclus

De documenten gaan uit van de eigen regie van cliënten maar in de praktijk zijn de PB-ers de eigenaar. De planning is te rigide. Bij cliënten die vaak jarenlang dezelfde doelen blijven houden, heeft de cyclus weinig toe te voegen.

8 Drie extra drempels

Gebrek aan motivatie, hoop, risicofactoren en de grens tussen begeleiden en behandelen. (blz 24)

Drie drempels om herstel op gang te brengen:

1: verslaving heeft de regie in handen

2: psychiatrische stoornis speelt overheersende rol in het leven

3: beheersmaatregelen zijn overheersend, het onderdrukken van negatieve krachten frustreren de focus op positieve krachten.

9 Aanvullende instrumenten bij Herstelwerk?

Heb je ideeën welke instrumenten zouden kunnen worden ingezet om deze drempels te overwinnen? Er zijn andere methodieken ontwikkeld op basis van dezelfde krachtgerichte (strength based) principes die specifiek gericht zijn op mensen met een dubbele diagnose. (IDDT en LEDD/Trimbos).

SAMENVOEGING ANTWOORDEN BIJ VRAGEN UIT DE TOPICLIST EN SYNTHESE

Herstelwerk

1 Ken je Herstelwerk goed?

-Ik werk in twee functies binnen HVO-Querido. Ik ben 2/3 dagen in de week zorgcoördinator en ik ben twee dagen in de week interne trainer, o.a. voor de krachtgerichte basismethodiek. Ik maak deel uit van de unit O&O. De unit valt onder HRM en we zijn verantwoordelijk voor alle trainingen die worden gegeven binnen HVO-Querido. We geven zelf interne trainingen of we huren externe trainers in.

Synthese

Geïnterviewde is een expert wat betreft de combinatie methodiek Herstelwerk en de toepassing ervan bij de doelgroep met een dubbele diagnose.

2 Hoe gaat het met de invoering van Herstelwerk?

-Ja, dat is op dit moment onze belangrijkste bezigheid. We zijn maar met zijn drieën en hebben geen capaciteit om ook nog andere trainingen te geven. In de toekomst willen we ons wel gaan aansluiten bij de andere bestaande trainingen om die ook krachtgericht in te richten. We hebben nu bijvoorbeeld algemene terugkomdagen maar willen in de toekomst echt onderwerpen op de agenda gaan agenderen.

-Alle teams zijn getraind. De Aak is de laatste omdat daarvoor een aangepaste training ontwikkeld is. Verder zijn de teams allemaal getraind. Hoe ver zijn we? Je kunt altijd verder ontwikkelen. Voor de volledige implementatie staat ongeveer vijf jaar. We zijn nu twee jaar op weg en wat ik wel merk in de teams, en dat vind ik het belangrijkste, dat er al gewerkt wordt met de nieuwe houding. Vorig jaar zijn de eerste terugkomdagen geweest en ik merk dat er, een jaar na de invoering, al veranderingen zijn te merken. We hebben vanaf het begin gevraagd wat er goed ging en kleine successen met ons te delen. Aan het begin bleef het dan vrij stil maar het jaar daarna vond iedereen het al een stuk gemakkelijker om zulke zaken te delen met de groep. Dan blijkt dat er al een hoop kennis is overgedragen en dat men er al beter heeft leren omgaan met de methodiek. Vroeger was bij zo'n vraag altijd het antwoord: 'maar dat is toch logisch, dat is toch vanzelfsprekend dat het goed ging, hoezo moeten we het over mijn aandeel hebben? Het gaat er toch om dat het is gelukt?'. Nu vindt niemand het meer vreemd om het er over te hebben wat zijn/haar eigen bijdrage is geweest om in het bereiken van een doel. Wat je ook verder van de methodiek mag denken, dit vind ik al een gunstig effect.

-Aan zetten om daarin de krachtgerichte factor te integreren.

Ja, en ik merk het ook in de vragen die we krijgen tijdens de bijscholingen. Bijvoorbeeld dat men bezig is met het herschrijven van de huisregels. Die zijn vaak in het geheel niet krachtgericht opgesteld en men maakt nu zelf het initiatief om die krachtgericht te gaan herschrijven. En hoe dat dan bijvoorbeeld samen met de cliënten kan worden gedaan. Dat zijn, in mijn opinie, goede ontwikkelingen. Er is zeker wel wat in beweging gezet.

Synthese

We zijn nu twee jaar onderweg. Voor het gehele traject staat vijf jaar. Er zijn nu al resultaten te zien, vooral in de houding (attitude) van de persoonlijk begeleiders. Men lijkt gewend om niet alleen over de problemen te praten die men tegen komt maar ook meer aandacht te geven aan de successen die men zelf als begeleider behaalt. Ook zijn vele voorzieningen zelf al in de weer gegaan met het krachtgericht herschrijven van bijvoorbeeld de huisregels. Er zijn al duidelijke signalen dat de nieuwe manier van denken aan het indalen is in de teams.

3 Hoe goed ken je de doelgroep cliënten met een dubbele diagnose?

-

4 De 6 krachtprincipes: In hoeverre kunnen de 6 krachtprincipes gebruikt worden bij cliënten met een dubbele diagnose?

4A Cliënten hebben het vermogen te herstellen, hun leven weer op te pakken en te veranderen.

-

4B – Leg de focus op individuele krachten, niet op tekortkomingen

Daarbij gaat het om het principe dat je je meer richt op de positieve punten en niet altijd alleen maar de problemen benoemd?

Natuurlijk moet je de zaken die niet goed gaan ook weten. De vraag is hoe je vanuit een totaalbeeld van de cliënt, inclusief problemen, toch de focus blijft houden op dat wat goed gaat. Deze discussie speelt ook bij ons intern. Ook Judith Wolf, van

het UMC, die deze methodiek ontwikkeld heeft, is daarmee bezig. Een hoofdstuk in haar boek gaat over de taxatie van draagkracht (we hebben er bewust voor gekozen dat geen draaglast te noemen). Als je dat leest, dan zie je dat dit onderwerp nog niet genoeg is doorontwikkeld. Je merkt dat het nog een fragiel hoofdstuk is, zeker als je dat vergelijkt met de rest van het boek. En dat beaamt Judith Wolf zelf ook.

Inmiddels is er binnen HVO-Querido een onderzoek gestart naar de risico-inventarisatie en daarin wordt het concept 'de taxatie van draagkracht' opgevoerd. Hierin wordt geprobeerd de risico-inventarisatie te koppelen aan de krachteninventarisatie. Op deze manier wordt geprobeerd een relatie te leggen tussen de problematiek die speelt bij een cliënt en de aanwezige positieve krachten. De taxatie van draagkracht wordt dan gebaseerd op een combinatie van de krachteninventarisatie en de risico-inventarisatie. Er zijn dus ontwikkelingen gaande om hier verbetering in te krijgen.

Als we het hebben over de documenten die gebruikt worden bij de instroom van cliënten, dan beperkt dat zich tot intakeverslag. Maar dat is wel een document wat eenmalig gemaakt wordt. Voor cliënten die jarenlang bij ons blijven, raakt dat dus snel verouderd. Het is jammer dat dit document niet 'geüpdate' wordt maar aan de andere kant vind ik het ook geen goed idee elk half jaar een nieuwe te maken want dan worden we helemaal gek.

-Klopt, vroeger, toen we die persoonsbeschrijvingen nog gebruikten, keek ik nooit naar het intakeverslag. Dus dat was dus dubbel werk. Nu ga ik, naast het lezen van het intakeverslag, zelf op zoek naar aanvullende informatie en dat is efficiënter.

Vanuit het perspectief van de methodiek denk ik dat we een verdiepingsslag kunnen maken met de krachteninventarisatie. Op dit moment kan je er niet uithalen om wie het gaat. Ik denk dat we daar de ruimte in moeten brengen om een verdiepingsslag te maken. Die ruimte zie ik wel. Alleen zeggen dat iemand goed is in koken, zegt niet zoveel. Dat zou je kunnen uitbreiden zodat het meer zegt over de persoon: hoe vaak wil je dat, wat wil je koken, van wie heb je dat geleerd, etc. Dat zijn persoonlijke verdiepingen en dat kan je natuurlijk op alle aspecten gaan doen. Bijvoorbeeld dagbesteding zie ik nu vaak niet terugkomen in de krachteninventarisatie terwijl dat daar wel thuis hoort. 80% van de cliënten binnen de organisatie doet aan dagbesteding en ik zie het maar terugkomen in 10% van de krachteninventarisaties. Dagbesteding is zo belangrijk voor mensen, dat vormt een basis in je leven. Ik vind dat je als hulpverlener best een beetje mag sturen door de cliënt voor te stellen dat als kracht op te nemen in de inventarisatie. Ik denk dat er meer informatie is die er nu vaak niet in staat maar daar wel in thuis hoort. Als dat er allemaal wel in wordt opgenomen, krijg je toch een wat breder beeld van de cliënt.

Synthese

Vanuit de ontwikkelaars van de methodiek wordt erkent dat de vraag hoe je vanuit een totaalbeeld van de cliënt, inclusief problemen, toch de focus blijft houden op dat wat goed gaat, nog niet goed is beantwoord. Er wordt over nagedacht om de risico-inventarisatie te verbinden aan de krachteninventarisatie om zo inzicht te verkrijgen in de draagkracht van een cliënt.

4C – De cliënt heeft de regie over de begeleiding

Maar dan ga je er van uit dat cliënt een doel heeft. Het principe dat cliënt de regie heeft over de begeleiding houdt en dat de cliënt ook eigenaar is van de krachteninventarisaties en actieplannen.

In ons zorgpad komt het vaak voor dat het verkrijgen van de enige motivatie in het leven van een cliënt is.

-Juist bij die doelgroep is de houding zo belangrijk. Deze cliënten hebben al zo vaak het negatieve verhaal gehoord dat ze verslaafd zijn en zo niet verder zullen komen. Het principe dat de cliënt zelf de regisseur is over het begeleidingsproces is, is inderdaad nog niet van toepassing in deze fase en is iets waar je naar toe kan werken in een wat verdere toekomst. Maar ik ben er wel van overtuigd dat je bij deze doelgroep veel kunt bereiken met een positieve houding. En misschien is dat op dat moment het hoogste wat je kunt bereiken. In zo'n fase is, denk ik, het bieden van een perspectief heel belangrijk.

-Of je komt niet verder dan dat. En die meneer uit mijn voorbeeld het uiteindelijk niet redt dan is hij toch zo ver gekomen en dat is fantastisch.

Synthese

Het klopt inderdaad dat de cliënt in het zorgpad stabilisatie en bescherming niet de eigen regie over het leven heeft maar waar je naar toe moet werken als begeleider. Een positieve benadering, gericht op het bieden van perspectief, is daarbij wel van levensbelang.

4D – De werkrelatie is primair en essentieel

-Zo hebben wij een bewoner die eigenlijk veel verslaafder is dan we ooit hadden gedacht en die zit al heel lang bij ons in begeleiding. Wij hebben altijd onderschat hoeveel hij gebruikte. In de loop der jaren hebben we echt een goede werkrelatie met hem opgebouwd. Daardoor is een goede band opgebouwd, ook al was het vaak heel moeilijk om met hem te werken. Je kunt dan verzanden in negativiteit omdat niets lijkt te lukken. Maar wij hebben hem consequent geconfronteerd met zijn gedrag. Nu heeft deze man, na 50 jaar, gezegd dat hij dood en doemoe is van het gebruik. Nu zit hij in een kliniek om af te kicken. We zijn hem steeds blijven aanspreken.

-Ja, dat is de basis, je werkrelatie met de cliënt. En als je daar in investeert, dan ben je bezig met het toepassen van Herstelwerk.

Synthese

Is van groot belang om wat te bereiken, daar is iedereen het over eens.

4E – Werken in de natuurlijke omgeving

-

4F – De samenleving als hulpbron inzetten

-

5 De teamkrachtbespreking

Dus de vraag van de cliënt staat niet centraal in de TKB?

-Nee, de vraag van de begeleider staat centraal. Maar deze moet wel binnen de kapstok vallen van de doelen die cliënt zich stelt. Er moet wel een link zijn tussen het doel van de cliënt en de vraag die diens begeleider stelt in de TKB, je moet natuurlijk wel dezelfde kant op met elkaar.

-De TKB is echt bedoeld ter ondersteuning van de persoonlijk begeleider. In de begeleiding staat de cliënt centraal maar in de TKB staat echt de begeleider centraal. Als begeleider loop je tegen een probleem aan in je begeleiding van je cliënt en soms kom je niet meer verder omdat je het echt niet meer weet hoe je positief verder zou kunnen met een cliënt. Dat is het moment je begeleiding te bespreken op een TKB. Zo kan je andere ingangen ontdekken die misschien wel wat in beweging brengen. Misschien is de beste tip dan dat er geruild wordt van begeleider. Je moet wel blijven kijken of dat wat er uit de TKB komt, nog steeds congruent is met de doelen die cliënt zich stelt, dus daarop niet haaks staat.

Cliënten mogen niet aanwezig zijn bij de TKB want het is echt volledig gericht op het ondersteunen van de begeleider.

-Dat is het moment om de zaken waar je als persoonlijk begeleider tegenaan loopt, te bespreken met je collega's. In de reguliere teamvergaderingen bespreken we voorstellen die meer gericht zijn op overnemen of beheersing. Ook die kunnen goed aansluiten en congruent zijn. Andere zaken, waar je geen duidelijke antwoorden op hebt en over wilt brainstormen om tips te krijgen, die bespreek je in de teamkrachtbespreking. Daar wordt steeds meer gebruik van gemaakt.

Synthese

In de TKB bespreek je hoe je de begeleiding gericht op de positieve krachten vormgeeft. Meer beheersmatige en op ingrijpen gerichte maatregelen bespreek je in de teamvergaderingen.

In de begeleiding staat de cliënt centraal maar in de TKB staat de begeleider centraal. De cliënt mag dan ook niet aanwezig zijn. Je bespreekt het proces van begeleiden met je collega's en de problemen waar jij als begeleider tegenaan loopt. Natuurlijk moeten de doelen die de begeleider inbrengt aansluiten (congruent zijn) bij de doelen van de cliënt zelf.

6 Problemen in de opstartfase

Een van de problemen die men meldt vanaf de werkvloer is dat men het zicht op het gehele beeld van een cliënt verliest omdat men alleen nog maar de beschikking heeft over krachteninventarisatie en actieplannen. De persoonsbeschrijving en achtergrond van een cliënt raakt buiten beeld.

-Klopt, vroeger, toen we die persoonsbeschrijvingen nog gebruikten, keek ik nooit naar het intakeverslag. Dus dat was dus dubbel werk. Nu ga ik, naast het lezen van het intakeverslag, zelf op zoek naar aanvullende informatie en dat is efficiënter.

Vanuit het perspectief van de methodiek denk ik dat we een verdiepingsslag kunnen maken met de krachteninventarisatie. Op dit moment kan je er niet uithalen om wie het gaat. Ik denk dat we daar de ruimte in moeten brengen om een verdiepingsslag te maken. Die ruimte zie ik wel. Alleen zeggen dat iemand goed is in koken, zegt niet zoveel. Dat zou je kunnen uitbreiden zodat het meer zegt over de persoon: hoe vaak wil je dat, wat wil je koken, van wie heb je dat geleerd, etc. Dat zijn persoonlijke verdiepingen en dat kan je natuurlijk op alle aspecten gaan doen. Bijvoorbeeld dagbesteding zie ik nu vaak niet terugkomen in de krachteninventarisatie terwijl dat daar wel thuis hoort. 80% van de cliënten binnen de organisatie doet aan dagbesteding en ik zie het maar terugkomen in 10% van de krachteninventarisaties. Dagbesteding is zo belangrijk voor mensen, dat vormt een basis in je leven. Ik vind dat je als hulpverlener best een beetje mag sturen door de cliënt voor te stellen dat als kracht op te nemen in de inventarisatie. Ik denk dat er meer informatie is die er nu vaak niet in staat maar daar wel in thuis hoort. Als dat er allemaal wel in wordt opgenomen, krijg je toch een wat breder beeld van de cliënt.

-Ja, dat signaal krijgen we veel en ik denk ook dat het een terecht signaal is. Interessant is om te bekijken hoe je dat dan zo kan neerzetten dat je een compleet beeld van de cliënt blijft zien en dan toch op de krachten blijft focussen. Sommige medewerkers zijn heel goed in probleemanalyses en dat is echt een bewonderenswaardige kwaliteit van ze. In deze methodiek willen we het perspectief veranderen door te focussen op wat goed gaat.

Synthese

Het intakeverslag is inderdaad een momentopname en daarom moeten we nu als zoco, als we meer willen weten over de achtergronden van een cliënt, zelf actief op zoek gaan naar achterliggende informatie.

Er kan nog een verdiepingsslag gemaakt worden betreffende de krachteninventarisatie. Daar kan veel uitgebreider in worden opgenomen wat de cliënt allemaal wel kan en wel doet. Zo kan je een veel completer beeld van de cliënt formuleren.

7 De planningscyclus

De documenten gaan uit van de eigen regie van cliënten maar in de praktijk zijn de PB-ers de eigenaar. De planning is veel te rigide. Bij cliënten die jarenlang dezelfde doelen kunnen houden, heeft deze cyclus weinig toe te voegen.

-Ja maar volgens de methodiek moet 80% van je begeleidingstijd besteed worden aan direct cliëntcontact. Dat redden we niet terwijl een van de belangrijkste kernwaarden van de methodiek juist een goede werkrelatie met de cliënt is.

-Ja, maar dat hadden we altijd al, ook bij de 8 fase methodiek. Deadlines zijn altijd een ding. Maar als ik realistisch kijk dan denk ik dat nu te veel documenten ene cyclus van een half jaar hebben. Het wordt een hele administratie. Ik vind dat je als MBO geschoolde medewerker op dit moment overvraagd wordt, dat is even een persoonlijke noot.

-Ik vraag het me af. Aan het begin stelde je dat er documentatie te weinig is en nu zeg je dat er te veel documentatie is. De documenten zouden ondersteunend moeten zijn, ze zijn geen doel op zich. Op sommige locaties zie je dat de documenten zelf een doel worden. Dat is ook hoe je daarmee omgaat want die documenten geven ook ruimte. Er zit een planmatigheid in, dat is er doorheen gefietst door de organisatie. Dat gebeurt in veel organisaties die overgaan van de 8 fase methodiek naar KBM, men wilde dat planmatige uit het 8 fase model wel behouden. Dat gebeurt ook vanuit de behoefte om het begeleidingsproces binnen de organisatie te beheersen en te controleren. We zijn nu nog niet zo ver dat we dat planmatige kunnen laten vallen. Vanuit de HKZ is dat ook de afspraak waar we ons aan moeten houden.

Het is daarom ook een plicht van de hulpverlener om zich aan het planmatige te houden. We hebben geprobeerd dat planmatige zo goed mogelijk te combineren met de werkprincipes van KBM. Het kan zijn dat bij een bepaalde doelgroep wordt vastgesteld dat er frictie optreedt. En ik zie het ook niet als meer dan een frictie. Het betreft een onderwerp dat te maken heeft met de wens vanuit de organisatie om een en ander beheersmatig te houden. Het heeft op zich weinig te maken met de kernprincipes achter de methodiek.

Ik zou het wenselijk vinden als de organisatie daar flexibeler op zou kunnen inspelen. Ik hoop dat dit gaat gebeuren met de invoering van de zorgprogrammering. Ik merkte ook in gesprekken met de staf dat er ook op dat moment gewacht wordt om dat in een keer te veranderen. Ik hoop dat dit ook als advies naar voren komt. Als het als een signaal naar voren komt uit een heel zorgprogramma en dat is goed gefundeerd (en dat is het want er zijn teams die zijn hartstikke goed met documenten en in staat om te vertellen waarom het wel of niet gaat) en ze daadwerkelijk met oplossingen komen hoe het planmatige beter aan te sluiten op de methodiek, dan verandert er, denk ik, wel wat.

Omdat het zo stroef gaat, merk ik dat een heel groot ding wordt. Eigenlijk denk ik, dat je daar flexibel op zou moeten inspelen. Als een heel team tegen hetzelfde aanloopt, dan houd je zoiets als een teamkrachtbespreking en bundel je de signalen en kom je met een ontzettend goed verhaal hoe het beter kan. Dan ben ik ervan overtuigd dat er naar oplossingen worden gekeken en er het een en ander kan worden aangepast. Ik vind het jammer want er gaat op deze manier veel te veel energie zitten in procedures.

Synthese

Volgens de methodiek moet inderdaad 80% van de werktijd van een persoonlijk begeleider besteed worden aan cliëntcontacten en dat wordt nu niet gehaald. Ik persoonlijk vind de halfjaarcyclus zoals die nu is ook te zwaar voor de persoonlijk begeleiders. De cyclus zou ondersteunend moeten werken, nu lijkt het een doel op zich te zijn geworden. De planningscyclus is in strikte zin geen onderdeel van de methodiek maar er in gefietst door de organisatie om redenen van beheersing en controle. Ook vanuit de HKZ is dat ene vereiste. Het blijkt dat er soms frictie ontstaat tussen de planningscyclus en de werkprincipes van de methodiek. Ik vind dat we in de organisatie flexibeler zouden moeten omgaan met de cyclus en ik hoop dat dit gaat gebeuren bij de invoering van de zorgprogrammering. Als vanaf de werkvloer een duidelijk signaal komt, dan moet daar ruimte voor zijn.

8 Drie extra drempels

De verslaving werpt een grote drempel op om het traject van de begeleiding van de grond te krijgen. In ons zorgpad is het daarom van belang de begeleiding te richten op de verslaving.

-Al heb je het over stoeptegels!

-Dat kan, maar soms maakt de verslaving zo'n groot onderdeel uit van iemand dat het beter is je daar in eerste instantie niet op te richten en je juist te concentreren op andere onderwerpen. Dat kan een strategie zijn. Ik ben er niet van

overtuigd dat, als iemand een groot probleem heeft, dat ook altijd per se direct aangesproken moet worden in de begeleiding. Soms is het misschien juist beter het daarover even helemaal niet te hebben.

Synthese

Soms is het beter niet direct de begeleiding te richten op problemen als verslaving of stoornis maar gewoon aan de slag te gaan met praktische zaken als dagbesteding en kamer schoonhouden. Daar bereik je soms betere resultaten mee.

9 Aanvullende instrumenten bij Herstelwerk?

Heb je ideeën welke instrumenten zouden kunnen worden ingezet om deze drempels te overwinnen? Er zijn andere methodieken ontwikkeld op basis van dezelfde krachtgerichte (strength based) principes die specifiek gericht zijn op mensen met een dubbele diagnose. (IDDT en LEDD/Trimbos).

-Ook als begeleider zelf werk je volgens de basisprincipes van krachtgericht werken. Dan gebruik je zoveel mogelijk de hulpbronnen die je ter beschikking staan. Als hulpverlener ben je een soort van spin in het web. Je hebt een soort driehoeksverhouding tussen cliënt, hulpverlener en behandelaar. En hoe beter die werkrelatie is, hoe meer je kunt bereiken. Je stemt met elkaar af. Begeleiders hebben een enorme signalerende rol, ze weten gewoon ontzettend veel. De behandelaar weet en doet ook veel op zijn/haar vlak. Soms kan je elkaar net niet vinden, dan werk je langs elkaar heen of doet dingen dubbel. Dus hoe beter die afstemming is, hoe beter voor de cliënt. Het kan best zo zijn dat een behandelaar op het vlak van verslaving minder ingang heeft terwijl de begeleider die net een potje heeft gevoetbald met zijn cliënt, soms ineens een enorme ingang heeft en wel in gesprek komt over de verslaving. Net als met familie is intensieve samenwerking erg belangrijk. Het is belangrijk dat je als begeleider investeert in die relaties.

-Motiverende gespreksvoering bijvoorbeeld kan heel mooi in de methodiek gevlochten worden. De training zit, geloof ik, niet in het basiscurriculum maar zit wel in de opleidingsagenda. Daarvoor kan je je dus, via je teammanager, opgeven. Daarnaast is er een e-learning module ontwikkeld die voor alle begeleiders ter beschikking komt. Met een inlogcode kan je dan, als je eens een uurtje kan vrijmaken, inloggen en aan de slag ermee. Zeker voor jullie doelgroep is dat een heel erg goed instrument.

-Ja en dat wordt ook aangeboden binnen HVO-Querido. Het is ook aan de teammanager om daarin een actieve rol te spelen en teamleden daarvoor op te geven. Met de invoering van de zorgprogramma's binnenkort wordt bekeken welke trainingsprogramma's nodig zijn voor welk type zorgprogramma. En dus kan het best weleens zo zijn dat de cursus motiverende gespreksvoering verplicht wordt gesteld voor jouw zorgpad. Maar deze training is voor heel HVO-Querido van groot belang en daarom is hij ook al ingekocht als e-learning module.

Synthese

Ook de begeleider werkt volgens de krachtprincipes van Herstelwerk. Hij zet dus zoveel mogelijk de hulpmiddelen in uit zijn omgeving die nuttig kunnen om bepaalde doelen te bereiken. De werkrelatie met de ketenpartners spelen daar een belangrijke ondersteunende rol in. Binnen HVO-Querido wordt gewerkt aan een breder, aan een zorgpad gekoppeld, aanbod van bijvoorbeeld cursussen motiverende gespreksvoering.

BIJLAGE 17: ENQUETE ONDER PERSOONLIJK BEGELEIDERS

OVER DE TOEPASSING VAN 'HERSTELWERK' BIJ CLIENTEN MET EEN DUBBELE DIAGNOSE IN HET ZORGPAD 'STABILISATIE EN BESCHERMING'

VAN HVO-QUERIDO

Vragen over de persoonlijk begeleider zelf

1

Welke opleiding(en) heb je gedaan?

2

Van hoeveel cliënten ben jij de persoonlijk begeleider?

3

Heb je de cursus Herstelwerk gedaan die is georganiseerd door HVO-Querido?

4

Hoe lang werk je met de begeleidingsmethode Herstelwerk?

Vragen over de cyclus van Herstelwerk

Herstelwerk maakt gebruik van een cyclisch systeem van registratie: krachteninventarisatie, actieplan, evaluatieformulier en daarnaast de TKB. Met onderstaande vragen wil ik een beeld proberen te krijgen in hoeverre persoonlijk begeleiders in het zorgpad stabilisatie en bescherming erin slagen deze instrumenten met succes toe te passen.

*Doorhalen wat niet van toepassing is

5

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een inventarisatie van krachten op te stellen.

*altijd/meestal/soms/niet**

Wat zijn je eigen ervaringen met het maken van een krachteninventarisatie?

6

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een actieplan op te stellen.

Altijd/meestal/soms/niet

Wat zijn je eigen ervaringen met het maken van een actieplan?

7

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, het evaluatieformulier in te vullen.

Altijd/meestal/soms/niet

Wat zijn je eigen ervaringen met het invullen van het evaluatieformulier?

8

Het lukt me meestal goed om een cliënt in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking (TKB).

Altijd/meestal/soms/niet

Wat zijn je eigen ervaringen met het inbrengen van een cliënt bij de TKB?

Vragen over de kernprincipes van Herstelwerk

De methodiek Herstelwerk is gebaseerd op zes fundamentele principes. Met onderstaande vragen probeer ik erachter te komen in hoeverre deze basisprincipes toepasbaar zijn op onze doelgroep van cliënten met een dubbele diagnose.

Eerste kernprincipe: Kwetsbare mensen hebben het vermogen om te herstellen, hun leven weer in eigen hand te nemen en het te ontwikkelen in een door hen zelf gewenste richting.

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming':

9: Het vermogen hebben te herstellen?

Niet/enigszins/grotendeels/volledig

10: Hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?

Niet/enigszins/grotendeels/volledig

11: Hun leven in een door henzelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?

Niet/enigszins/grotendeels/volledig

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Tweede principe: de focus ligt op de individuele krachten van mensen en beschikbare hulpbronnen in de omgeving, en niet op de tekortkomingen. Het vinden van een optimale aansluiting tussen de krachten van cliënten en de bronnen in de omgeving is de hefboom tot verandering.

12: In hoeverre lukt het in de begeleiding de focus te leggen op de individuele krachten?

Nooit/bijna nooit/soms/geregeld/vaak/altijd

13: In hoeverre lukt het 'hulpbronnen in de omgeving'* in te zetten in de begeleiding?

Nooit/bijna nooit/soms/geregeld/vaak/altijd

*Hulpbronnen in de omgeving: vrienden en familie, een inkomen, buurcontact, verenigingen, een hond, naar de kerk, etc.

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Derde kernprincipe: cliënten hebben de regie over de begeleiding. Door met hen in partnerschap samen te werken, kunnen de eigen krachten aan de oppervlakte komen. De sleutel tot herstel ligt in de hoop op een betere toekomst en begint bij wat cliënten zich wensen. Werkers blijven die hoop voeden en ondersteunen.

14: In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?

Geheel niet/beperkt/grotendeels/geheel

15: In hoeverre zijn cliënten gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?

Geheel niet/beperkt/grotendeels/geheel

16: In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?

Geheel niet/beperkt/grotendeels/geheel

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Vierde kernprincipe: de werkrelatie is essentieel en komt op de eerste plaats. Herstel begint met vertrouwen in de ander. Vertrouwen groeit uit wederzijds respect en authenticiteit.

17: In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelatie op te bouwen met je cliënten?

Niet/zeer beperkt/redelijk goed/goed

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Vijfde kernprincipe: de focus ligt op het werken in de gemeenschap. Het werken in de natuurlijke omgeving van cliënten heeft de voorkeur omdat dit het meeste zicht geeft op de krachten van cliënten en beschikbare bronnen. Cliënten leren in een natuurlijke omgeving ook het meest.

18: In hoeverre lukt het je cliënten om in een natuurlijke omgeving te werken?*

Nooit/soms/vaak/altijd

*Natuurlijke omgeving: persoonlijke en sociale netwerk en leefomgeving in de reguliere samenleving

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Zesde kernprincipe: de samenleving is een oase van hulpbronnen. De samenleving geeft mensen de mogelijkheid om in hun behoeften en bestaansvoorwaarden te voorzien. De werker biedt hierbij ondersteuning, legt verbindingen en vervult een gidsfunctie. Welbevinden hangt samen met zorg en zorgzaamheid. Daarom is het ook belangrijk om mensen te ondersteunen om voor elkaar te (kunnen blijven) zorgen.

19: In hoeverre lukt het je cliënten om gebruik te maken van de samenleving als hulpbron om te groeien?

Niet/soms/meestal/altijd

Ruimte voor aanvullende opmerkingen

Ruimte voor opmerkingen over de methodiek die je wilt maken maar die elders niet te plaatsen zijn:

DANK!

BIJLAGE 18: VERZAMELFORMULIER KWALITATIEVE VRAGEN

ENQUETE

A: VRAGEN OVER DE PERSOONLIJK BEGELEIDER ZELF

VRAAG 1: Welke opleiding(en) heb je gedaan?

HBO, HBO, MBO, HBO, MBO, HBO, MBO, HBO, HBO, HBO, HBO, HBO, HBO, HBO, MBO, MBO, MBO, HBO, HBO, MBO, HBO, HBO, HBO, HBO

Samenvatting: 71% van de persoonlijk begeleiders die meegedaan hebben aan de enquête heeft een HBO opleiding, 29% een MBO opleiding. Het voor de functie vereiste opleidingsniveau is MBO.

VRAAG 2: Van hoeveel cliënten ben jij de persoonlijk begeleider?

5, 3, 6, 7, 4, 5, 6, 7, (2), 5, 4, 6, 7, 5, 6, 7, 5, 7, 7, 6, 7, 2, 7

Samenvatting: het aantal cliënten dat begeleid wordt door een persoonlijk begeleider ligt nu op 7 bij een volledige 36-urige werkweek. Enkele jaren geleden lag dit op 5.

VRAAG 3: Heb je de cursus Herstelwerk gedaan die is georganiseerd door HVO-Querido?

Ja, Ja, ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Nee, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja, Ja

Samenvatting: vrijwel alle PB-ers zijn opgeleid om Herstelwerk te kunnen toepassen.

VRAAG 4: Hoe veel jaren werk je met de begeleidingsmethode Herstelwerk?

3, 2, 2, 3, 1.5, 1.5, 3, 2, 2, 2, 2, 2, 2, 3, 2, 1, 4, 6, 2, 1.5, 2.5, 2.5, 2

Samenvatting: vrijwel alle begeleiders werken twee jaar of langer met Herstelwerk.

B: VRAGEN OVER DE CYCLUS VAN HERSTELWERK

Herstelwerk maakt gebruik van een cyclisch systeem van registratie: krachteninventarisatie, actieplan, evaluatieformulier en daarnaast de TKB. Met onderstaande vragen wil ik een beeld proberen te krijgen in hoeverre persoonlijk begeleiders in het zorgpad stabilisatie en bescherming erin slagen deze instrumenten met succes toe te passen. *

VRAAG 5: Wat zijn je eigen ervaringen met het maken van een krachteninventarisatie?

1 Ik beschouw het als een dynamisch document. De eerste versie van een cliënt is een groeidocument. Het is best leuk om deze samen met een cliënt te maken, even focussen op het positieve. Soms mis ik wel plek voor kritische stukken.

2 Het is prettig om cliënt te bespreken om ideeën te verzamelen waardoor wens van cliënt gerealiseerd kan worden. Wat ook geregeld voorkomt is dat zelfde wens steeds terugkeert en dat dus ideeën opraken.

3 Cliënten vinden het vaak moeilijk om te reflecteren. Het is het beeld wat de cliënt van zichzelf heeft. Dat is op zich ook wel informatief, alleen krijg je geen objectief beeld. Het is wel goed om uit te gaan van krachten van de cliënt maar het is ook van belang om de valkuilen te benoemen en dat ze daarvan te leren.

4 –

5 Interessant bij cliënt die gemotiveerd is. Minder leuk bij cliënten die het nut ervan niet inzien

6 Meestal moet ik het al voor invullen, en dan samen controleren met cliënt of hij/zij akkoord hiermee gaan. Ze hebben namelijk niet allemaal geduld om het in te vullen.

7 Veel van mijn cliënten willen niet mee werken aan het invullen van de KI. Simpelweg omdat ze er geen zin in hebben, lastig/moeilijk vinden en/of het nut er niet van inzien. Ze vinden de frequentie van 2 x per jaar ook te veel. Ze zien vaak geen nieuwe krachten. Geven aan dat ze niet steeds willen terug komen op de sectie "persoonlijke en sociale hulpbronnen in het verleden". Ze hebben dit gedeelte ooit ingevuld en er komen vaak geen nieuwe krachten of talenten boven drijven. Omdat de documenten toch ingevuld moeten worden observeer ik mijn cliënten en vul ik regelmatig in wat ik denk dat hun huidige of nieuwe krachten zijn of de wensen die ze wel eens hebben uitgesproken. Ik vind het een heel mooi instrument maar niet voor veel cliënten in onze doelgroep.

- 8 Leuke manier om de krachten van de cliënt te ontdekken, maar toch ook wel moeilijk omdat veel cliënten niet mee werken. Cliënten hebben er weinig zin in om alles uit het verleden op te rakelen en weinig nieuwe doelen hebben.
- 9 Voor de cliënt lijkt het geen directe meerwaarde, men vindt het op zich leuk om te lezen maar ik moet er hard aan trekken om iets op papier te krijgen en het te laten ondertekenen.
- 10 Je kunt leuke gesprekken voeren met je cliënt over dingen die ze vroeger goed konden en wat de wensen zijn. Je moet wel je gesprekstechnieken goed onder controle hebben om er een goed gesprek van te maken. En je moet er als PB'er te tijd voor hebben om het gesprek te kunnen voeren.
- Ik ontdek altijd leuke en verrassende dingen van cliënten. Het doel is ook dat de cliënt zichzelf hoort praten over wat hij wel kan, niet om het document te vullen als overdracht voor een andere organisatie. ☺ de KI is een instrument om een mooi gesprek te voeren en juist bij stabilisatie is het belangrijk om niet in te dutten; maar juist de verdieping in te gaan. Als bewoners zeer psychotisch en achterdochtig zijn moet je natuurlijk afvragen of het doel niet voorbijschiet aan de behoeftes van de cliënt.
- 11 Ligt erg aan de cliënt. Soms is het een inhoudelijk boeiend en prettig gesprek. Soms is het trekken aan een dood paard. Bij cliënten zonder enig zelfinzicht en vermogen tot contemplatie wil het niet goed lukken.
- 12 Cliënten kunnen soms moeilijk aangeven wat hun krachten zijn. Krachten worden ook aangevuld en aangegeven door de PB'er. Wel leuke gesprekken over wat goed ging/gaat in iemands leven en wat hij/zij vroeger heeft gedaan.
- 13 Het is een helder en overzichtelijk document. De focus op krachten en het positieve is erg goed. Vaak wel moeizaam om samen met cliënten in te vullen, cliënten vinden het moeilijk krachten op te noemen over zichzelf. Cliënten hebben het idee dat ze in herhaling moeten treden over hun verleden. Bij veel stimulering en vragen lukt het wel om de KI succesvol in te vullen. Cliënten vergeten vaak de dingen die ze goed doen, of hun ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Door ondersteuning vanuit de begeleiding krijgt je er toch wel meer uit en is ook leuk omdat je het evalueert en ziet wat er elk half jaar allemaal is gebeurd.
- 14 Het lukt mij meestal om samen met de bewoners een K.I. op te stellen.
- 15 Met een kleine groep bewoners kan je goed een KI maken. De meerderheid van de bewoners zijn niet geïnteresseerd in de KI en hierbij verzamel ik in gesprekken informatie en zet het in de KI
- 16 Er hangt veel af van het cliëntencontact en of ze begeleidbaar zijn. Maar meestal vergaar ik bij alle cliënten genoeg informatie om een degelijke inventarisatie te kunnen maken. Het werken aan doelen lukt matig maar heeft ook met onstabiliteit te maken van cliënten in mijn caseload
- 17 Dit verschilt per cliënt; sommige bewoners vinden het heel leuk en dan is het als persoonlijk begeleider ook heel leuk om te doen en sommige hebben een hele korte spanningsboog, dus dan is het voor mij een vervelende verplichting.
- 18 Dat sommige cliënten het erg leuk vinden, maar de meesten er absoluut niet in geïnteresseerd zijn. Het is in ieder geval geen document dat ze erg bezig houdt. Bij de cliënten waarvan het niveau juist wel goed genoeg is om dit soort zaken met hen te bespreken, vinden de krachteninventarisatie dan juist weer erg kinderachtig.
- 19 Dat cliënten hun eigen krachten niet herkennen of kunnen benoemen. Of ze vinden het arrogant om dit van zichzelf te benoemen. Het lijkt nog wel een stapje te ver om aan cliënten te vragen eigen krachten te benoemen. Je moet veel helpen met voorbeelden en situaties waarin te zien is dat zij deze krachten bezitten. Of het soms gewoon zeggen en opschrijven eerlijk gezegd.
- 20 Voor psychiatrische patiënten is het iets te complex en te veel gevraagd
- 21 We moeten ervoor waken dat het middel niet het doel wordt, hier bedoel ik mee te zeggen dat de tijd die er met de KI, AC enz. gemoeid gaat niet ten koste gaat van het uiteindelijke doel welke met Herstelwerk behaald wenst te worden, namelijk de cliënt helpen om meer met zijn krachten te gaan doen in zijn dagelijks leven.
- 22 Het verschilt per cliënt. De één heeft geen interesse, waar de ander bruist van de ideeën en actief aan zijn doelen wil werken.
- 23 Heel leuk geeft nieuwe info en leuke gesprekken, geeft ruimte voor nieuwe frisse kijk.

Samenvatting: het volgende beeld komt naar voren uit de antwoorden: (1) De meeste PB-ers vinden de uitgangspunten van het document prima (2) Niet bij alle maar wel bij een groot aantal cliënten ontstaan er problemen met de toepassing in de praktijk omdat: (3) De KI hoge eisen stelt aan de cliënten omdat ze vaak niet in staat zijn te reflecteren en een zeer korte spanningsboog hebben (4) Persoonlijke begeleiders zijn de eigenaar van het document want de PB'er en niet de cliënt investeert in het document, (5) De halfjaarlijkse cyclus werkt soms demotiverend op cliënten; het ontaardt op den duur in een herhaling van zetten omdat er weinig veranderingen te melden zijn.

VRAAG 6: Wat zijn je eigen ervaringen met het maken van een actieplan?

1 Prima ervaringen en prima document.

2 Het verschilt per cliënt: 1 cliënt is zorgmijndend en wil niet in gesprek. er is dan alleen sprake van acties opnemen vanuit waarneming en Clever. Om de 2 weken ervoor gaan zitten is lastig. Ze vinden het niet prettig als ze weer moeten kijken welke actie ze kunnen doen. De acties blijven vaak bij het zelfde. Zeer praktische acties vaardigheid gericht.

3 Er wordt verondersteld om om de twee weken weer acties te hebben terwijl de kbm ook aangeeft dat het van belang is het tempo van de cliënt te volgen. Elke cliënt heeft zijn eigen tempo qua ontwikkeling. In de praktijk is het niet haalbaar om in het voorgeschreven tempo acties te plannen.

4 Er is een klein aantal waar je het mee kan maken, maar groot gedeelte van de cliënten heeft geen interesse of kunnen dit niet.

5 Bij gemotiveerde cliënten is het interessant de actieplan gezamenlijk te maken. Bij andere cliënten, voornamelijk cliënten met een verstandelijke beperking kost het veel tijd om cliënt te overtuigen aan een bepaalde doel te werken. In gevallen van verstandelijke beperking waarbij cliënt niet gemotiveerd is maak ik de actieplan en bespreek dat met de cliënt.

6 Dit gaat redelijk snel altijd.

7 Wederom cliënten hebben er vaak geen zin in. Veel cliënten hebben vaak ook het idee dat het iets groots moet zijn, dit kan afschrikken. Als we er samen over praten komen we er vaak wel uit. Er is nog nooit zelf een cliënt naar mij toegekomen met de vraag of er een actie of nieuwe actie in het actieplan opgenomen kan worden. Het leeft niet.

8 Heel moeilijk, cliënten hebben vaak geen doelen en het is moeilijk om er één te verzinnen. Ook is het niet haalbaar om een doel te behalen met deze doelgroep binnen 2 weken.

9 Lange termijn doelen zijn ver weg en op de korte termijn vind de cliënt het moeilijk om een reël doel te formuleren. Zelfde als bij de KI, ik moet er harder aan trekken dan de cliënt soms lief is.

10 Een actieplan kan een goede 'to do lijst' zijn van welke stappen je allemaal kan zetten om een doel te behalen. Maar, ook daar geldt weer; je moet als PB'er wel de tijd hebben om deze stappen met je cliënt te kunnen zetten, bijvoorbeeld een bezoek brengen aan een winkel of advocaat.

11 Het maken van een actieplan is het punt niet, maar het werk begint als de acties niet behaald zijn en ze te moeilijk of te ver weg van de realiteit blijken te zijn. Dit kan soms zelfs al bij een micro doel zijn. Dan wanhopen zowel de cliënt als de begeleider

Als je je actieplan goed bijhoudt als lijstje heb je een mooi inzicht over hoeveel tijd je eigenlijk kwijt bent ook met kleine doelen.

12 Is leuk voor cliënten die ontwikkelingsgericht zijn en nog veel doelen hebben in hun leven. Onze doelgroep is juist stabilisatie. Sommige cliënten zitten bijvoorbeeld al 10 jaar bij ons in de voorziening en geven letterlijk aan het wel goed te vinden hoe hun leven is op dit moment. Met deze cliënten is het zeer moeilijk om de 2 weken een actieplan in/aan te vullen. Zij hebben gewoon geen vaak geen doelen die 2 wekelijks behaald kunnen worden. Er wordt hierdoor te veel ontwikkeling gevraagd van cliënten. En ik merk dat ik als medewerker bijna ga frauderen met het invullen van het actieplan om maar iets te kunnen zetten in het actieplan elke 2 weken.

Cliënten hebben ook vaak lange termijn doelen, als; "ik wil een vriendin", die moeilijk te behalen zijn en vaak jaren blijven staan in hun actieplan, maar waar in de praktijk niets concreets mee gebeurt. Ze zijn moeilijk te bewegen om sommige lange termijn doelen die ze stellen ook daadwerkelijk te behalen. En geven letterlijk aan het wel goed te vinden als je ze vraagt of ze er nog iets mee willen doen.

13 De meeste cliënten van mij zien het AP als een verplichting, we doen veel in de begeleiding en dit zou allemaal in het AP moeten komen maar zo zien ze het meestal niet. Het is moeilijk om hun het als hun eigen ontwikkelingsplan te laten zien. Er worden soms veel te grote doelen of stappen opgegeven. Als begeleider moet je het vaak in kleine stapjes verkleinen om het haalbaar en overzichtelijk te maken.

14 -

15 Ik zet hun wensen in kleine acties in het plan

16 Dit is concreet en makkelijk te begrijpen voor cliënten. Het werkt motiverend!

17 Ik bemerk dat ik vaak aan probeer te sturen op haalbare acties terwijl ik krachtgericht zou moeten werken. Het maken van een actieplan is meer mijn doel (vanuit mijn verplichting een dossier sluitend te hebben), dan het doel van de cliënt.

18 Dat de meeste cliënten niet gediend zijn van papierwerk, niet eens kunnen lezen en complete desinteresse vertonen. Het opnoemen van behaalde doelen kan voor sommige cliënten wel erg leuk zijn, maar de meesten vinden zelfs dit niet interessant. Het is dan ook niet echt een document van de cliënt zelf, maar meer een opsomming van welke doelen ik als begeleider met de cliënt heb behaald.

19 Meestal lukt dit wel en merk aan cliënten dat zij dit wel prettig vinden om te doen. Met sommige cliënten lukt het niet, maar dan zijn er vaak ook meer zaken aan de hand zoals angsten die op de voorgrond staan of iets anders wat de prioriteit heeft. Of cliënten vinden dat zij genoeg gedaan hebben in hun leven en hebben geen motivatie meer voor een actieplan. Het nemen van verantwoording voor het eigen actieplan is er echter haast niet.

20 Het is iets wat je altijd doet, alleen nu heb je het in een document staan.

21 Het algemeen worden de doelen die in het actieplan vermeld staan wel gehaald.

- 22 De frequentie is te laag. Dit door gebrek aan tijd. Ik zou eens per 2 of 3 weken met cliënten aan het actieplan willen werken, dit lukt niet. Dit frustreert cliënten weleens.
- 23 Actie plan doe ik voor al voor mij zelf op papier en mondeling met de cliënt anders word het erg onpersoonlijk en na een half jaar samen met de cliënt kijken wat wij allemaal gedaan hebben

Samenvatting: veel dezelfde argumenten als bij de vraag over de KI. Bij gemotiveerde cliënten werkt het goed. Maar de meeste cliënten zijn niet geïnteresseerd. Dan wordt de PB-er de eigenaar van het document. Met het vertalen van grote doelen naar kleine stapjes speelt de PB-er vaak een sturende rol.

VRAAG 7: Wat zijn je eigen ervaringen met het invullen van het evaluatieformulier?

- 1 Verschrikkelijk formulier. Dit is misschien een goed format voor 1 x per 2 jaar. Maar niet voor elke cyclus.
- 2 Cliënten vinden het te veel informatie en haken vaak af. Informatie is niet altijd begrijpelijk.
- 3 Ik ervaar het als ongestructureerd, onvolledig en onduidelijk. Niet toegankelijk voor de doelgroep.
- 4 Het is echt een verschrikkelijk formulier en super onduidelijk. Veel cliënten komen er niet uit.
- 5 Formulier is te lang en ingewikkeld. De aandacht van de cliënt is moeilijk te houden. Bij cliënten met een verstandelijke beperking en die zich niet laat motiveren, vul ik zelf het formulier in en bespreek dat met de cliënt.
- 6 Ook hier zijn te veel vragen, waar cliënten niet veel geduld voor hebben.
- 7 Veel cliënten willen hier niet aan mee werken, te veel vragen, te veel antwoord opties, hebben niet veel zin om hier over na te denken.
- 8 Drama. Het evaluatieverslag is te lang en de cliënten snappen de vragen vaak niet.
- 9 Met mijn cliënt lukt dit niet, formulier is te lang en te complex en lijkt meer op een enquête dan een gedegen evaluatieformulier over de begeleiding.
- 10 Dit lukt mij altijd wel, maar er staan een paar vragen in die weg mogen, bijv; krijgt u informatie op de juiste tijd? Rare vraag is dat. Het is wel goed dat het je 'dwingt' om samen te kijken naar wat er gebeurd is afgelopen half jaar en dat je samen over dingen moet nadenken.
- 11 Het is een draak van een formulier. Veel te lang, de vragen zijn onduidelijk.
- 12 Het formulier is te uitgebreid, de zinsbouw is vaak niet correct. Cliënten vinden het veelal te moeilijk verwoord. Cliënten vullen bij mij vaak met tegenzin een evaluatieformulier in omdat het zo lang en moeilijk is en vragen zich letterlijk af: "moet dat nou weer...". Voegt niet veel toe eerder irritatie. Ook frustratie bij de medewerkers die tijdens meerdere terugkomdagen KBM hebben aangeboden te willen kijken naar het evaluatieverslag zodat het aangepast kan worden. Vervolgens krijgen we hierop als antwoord tijdens de volgende terugkomdagen te horen dat ze letterlijk helemaal niks met onze feedback gaan doen. En dat ze het evaluatieverslag helemaal niet gaan aanpassen. Dit wordt niet als een krachtgericht antwoord ervaren en voelt ook niet alsof ze ons serieus nemen tijdens een terugkomdag.
- 13 Het EV is echt een crime om in te vullen met mijn cliënten. De vragen zijn überhaupt niet altijd goed geformuleerd, vraag met keuze mogelijkheden komt niet overeen. Het zijn hele vage vragen. Cliënten begrijpen het vaak niet eens. Willen er niet de tijd voor nemen. Het voegt weinig tot niets op in de begeleiding. Kost tijd en wekt veel frustratie en irritatie op in de begeleiding. Wat erg zonde is omdat het de overige documenten van de KBM te kort doet of af doet.
- 14 –
- 15 Het is een verschrikkelijk onduidelijk formulier wat naar mijn mening NIKS toevoegt of evalueert. Geen een bewoner die het snapt en erom staat te springen om te evalueren. Dit is jammer want ik vind de evaluatie juist heel belangrijk
- 16 Nee lukt meestal niet. Te complex voor meeste bewoners en zij zien het nut er niet van in
- 17 Voor de bewoners met een korte spanningsboog is het niet door te komen; ik moet dan constant de cliënt er met de aandacht bij zien te houden, vragen herhalen en een relevant antwoord zien te krijgen. De bewoners die hun aandacht er wel bij kunnen houden kunnen dit wel; zij stuiten alleen op het simplistische taalgebruik als "wie waren er bij deze evaluatie aanwezig" en dan als één van de antwoorden "u zelf".
- 18 Mijn ervaringen hiermee zijn heel erg slecht. Cliënten begrijpen de vragen meestal niet, zijn niet geïnteresseerd en willen meestal weten waar ze moeten tekenen zodat ze weer weg kunnen. Er staan concepten en begrippen in die moeilijk naar het paradigma van een cliënt te vertalen zijn. Daarnaast is het ook nog eens veel te lang en slaat het op een werkmethode (KBM) waarin de cliënten in de eerste instantie toch al niet geïnteresseerd zijn. Vragen stellen over behaalde krachten aan een cliënt die daar op geen enkele manier mee bezig is schiet niet bepaald op.
- 19 Dat gaat goed en meestal zijn de evaluaties positief
- 20 Te veel complexe vragen
- 21 KI en AC vind men nog wel interessant, evaluatie niet, te ingewikkeld en te uitgebreid.
- 22 Ook dit verschil per cliënt. De één weet of begrijpt niet waar je het over hebt, de ander is kritisch en coöperatief en werkt graag mee aan het invullen van een evaluatie. Het document is erg lang. Het mag van mij wat korter en bondiger.

23 Vreselijk!!! De cliënt en soms ik begrijpen de vraagstelling niet en veel te hoog gegrepen voor vele cliënten. Echt een domper op deze prachtige nieuw methode. Evalueren is top maar niet op de deze manier.

Samenvatting: onbruikbaar document.

VRAAG 8: Wat zijn je eigen ervaringen met het inbrengen van een cliënt bij de TKB?

- 1 Ik vind het nog soms lastig om het alleen over de krachten te hebben. De problemen of zaken die niet lopen worden kunstmatig ontweken. Geeft wat minder diepgang en maakt niet altijd alles concreet. Brainstormsessie vind ik wel zeer nuttig.
- 2 Het is prettig om cliënt te bespreken om ideeën te verzamelen waardoor wens van cliënt gerealiseerd kan worden. Wat ook geregeld voorkomt is dat zelfde wens steeds terugkeert en dat dus ideeën opraken.
- 3 Positief. Men voegt iets toe aan elkaar. Waar iemand anders net aan gedacht heeft denkt de ander weer aan. Je bent zo complementair aan elkaar. Het is een creatief proces waarbij je out of the box kan denken. Alleen mis ik de andere disciplines als de GGZ en de GGD. Maar dat wordt ondervangen door de MDO's.
- 4 Komt vaak tot nieuwe inzichten.
- 5 Het krijgen van goede praktische tips.
- 6 Dit vind ik persoonlijk nog al lastig. Vooral omdat ik, als begeleider, vaker een vraag heb dan dat cliënt met een moeilijke vraag komt die ik zelf niet kan oplossen. Jammer, dat TKB als verplichting voelt, hierdoor word er niet het allerbeste uitgehaald.
- 7 Als ik een cliënt wil inbrengen is dit eigenlijk altijd wel mogelijk. Fijn dat deze optie bestaat voor als je vastloopt met cliënten. Het ging nog wel vaak wat rommelig om alle punten stapsgewijs af te lopen.
- 8 Goede manier om de cliënt met het team te bespreken en vaak komen er zinnige dingen uit.
- 9 Het lukt me altijd wel maar vaker is het een vraag vanuit de begeleiding dan dat het een vraag/doel is die echt speelt bij de cliënt.
- 10 Hier zijn we er sinds deze week weer mee begonnen. Was een tijdje weg, maar met een aandachtfunctionaris ('ik' zei de gek) gaan we het weer nieuw leven inblazen. De eerste was een succes in ieder geval.
- 11 Na een enthousiaste start blijken we vastgelopen in dezelfde antwoorden. Het loopt niet meer en het is al weer een tijd geleden dat ik er een mee maakte. Maar in het begin ging het goed.
- 12 TKB is leuk als je een gerichte vraag hebt over een cliënt. Je krijgt veel verschillende antwoorden/ oplossingen hoe om te gaan met de vraag die je hebt gesteld en kan vaak weer iets verder. Ik vind het doordat je 1 gerichte vraag mag stellen wel beperkend, er is geen oog voor "het totaalbeeld" van de cliënt en wat er allemaal met hem speelt (zoals dat wel was in de oude cliënt bespreking).
- En we merken dat na een tijdje steeds dezelfde suggesties als oplossing worden gegeven. De oplossingen worden vaak ook wel weer voorspellend.
- 13 TKB verloopt eigenlijk altijd wel heel goed. Het team is betrokken en de brainstorm sessies zijn altijd wel succesvol. Je loopt altijd de TKB uit met een goed aantal tips. We hebben elke week TKB met genoeg collega's. Iedereen neemt het heel serieus en helpt elkaar om een goede vraag te formuleren en tips te geven.
- 14 Ik heb de TKB altijd als een waardevolle meerwaarde op mijn eigen inzichten ervaren.
- 15 Ik breng niet vaak cliënten in maar als ik iemand inbreng voegt het wel wat toe en geeft het nieuwe inzichten
- 16 -
- 17 Bij een TKB is alles gericht op één vraag die je als begeleider kunt stellen in de hulpverlening naar je cliënt toe en er zijn geen andere disciplines bij aanwezig dan begeleiders. Daarom hebben we bij onze voorziening weer gevraagd om MDO's waarin meerdere vraagstukken betreffende de cliënt kunnen worden behandeld en vanuit meerdere gezichtspunten (GGD en GGZ → ook voor uitwerkingen medicatie en bejegeningshandvatten) wordt gekeken.
- 18 Mijn ervaringen met de TKB zijn dan juist weer erg positief. Omdat dit behoorlijk los staat van de rest van de KBM lukt het altijd goed om alles los te laten en lekker te brainstormen over de desbetreffende cliënt. Er komen altijd erg veel tips uit bij ons, waarvan de meesten ook echt leuk en bruikbaar zijn.
- 19 Goede ervaring, als ik een cliënt wil inbrengen kan dit altijd, graag zelfs!
- 20 Alleen hulpvraag formuleren voor cliënt als die het zelf niet kan is soms lastig.
- 21 Het is waardevol om ideeën en feedback van collega's te ontvangen.
- 22 Goed! Ik ontvang regelmatig tips vanuit het team die ik kan inzetten in de cliëntbegeleiding. Ik kan ook eenvoudig vragen voor een TKB bedenken.
- 23 Erg leuk verhelderend en wij zijn als team al erg geroutineerd

Samenvatting: Vrijwel alle PB-ers beschouwen de TKB als een nuttig instrument om nieuwe ideeën op te doen. In hoofdlijnen worden twee problematische ontwikkelingen gesignaleerd: (1) omdat cliënten langere tijd in de woonvoorziening verblijven, levert de TKB na verloop van tijd geen nieuwe ideeën meer op. het dan toch verplicht zijn van

PB-ers om cliënten in te brengen gaat uiteindelijk contraproductief werken. (2) veel PB-ers worstelen met de scheidslijn tussen het inbrengen van de doelen van de cliënt en hun eigen doelen voor de cliënt.

C: VRAGEN OVER DE KERNPRINCIPES VAN HERSTELWERK

Antwoorden op vraag 9 t/m 11 over eerste kernprincipe:

Kwetsbare mensen hebben het vermogen om te herstellen, hun leven weer in eigen hand te nemen en het te ontwikkelen in een door hen zelf gewenste richting.

- 1 Voor deze doelgroep heb ik **niet en enigszins** ingevuld omdat natuurlijk niet iedere bewoner hetzelfde is. Echter is meestal enigszins het meest haalbare.
 - 2 Verslaving stagneert veel in de mate van zelfstandigheid en verantwoording nemen. Waardoor er in veel gevallen altijd zorg nodig zal zijn. Zeker als er geen wens is om leefstijl te veranderen.
 - 3 Verschilt per cliënt. Afhankelijk van hun achtergrond, vaardigheden, motivatie en in welke richting zij zich willen ontwikkelen.
 - 4 Ik denk dat op een bepaald niveau sommige cliënten wel kunnen herstellen. Maar daar is vaak veel eigen drive nodig om dit te gaan aanpakken.
 - 5 De meeste cliënten zijn gebaat bij stabilisatie. Dat is voor hen het laatste station. Meer willen of kunnen de cliënten niet.
 - 6 -
 - 7 -
 - 8 -
 - 9 -
 - 10 Dit is natuurlijk altijd mogelijk en hoe je er naar kijkt. Dat bewoners geen keuze hebben in een eigen woning; dat heeft de helft van Amsterdam niet. Maar in het bestaan binnen de RIBW kun je natuurlijk samen bepalen wat wel en niet kan, gedrag is bepalend en de mening van de bewoners vragen en ze mee laten doen op hun eigen woonplek zorgt voor ontwikkeling; hoe klein dan ook.
 - 11 Verslaving is uiteraard een stoorzender. Iemand die ernstig verslaafd is wordt door de verslaving geleefd en kan de regie niet meer terug krijgen. Tot de cliënt vanuit zichzelf de verslaving wil beëindigen. Gelukkig is niet iedere cliënt volledig verslaafd, maar ook een zware psychose staat in de weg om vermogen tot herstel te hebben.
 - 12 Vraag 9; Geldt voor sommigen, maar zeker niet voor de meesten. Sommigen blijven stabiel en geven aan helemaal niet te willen herstellen.
 - Vraag 10; Geldt voor sommigen, maar zeker niet voor de meesten. Sommige blijven stabiel en geven aan helemaal niet hun leven in eigen hand te willen of kunnen nemen.
 - Vraag 11; is bij onze doelgroep vaak de wens om te blijven doen wat ze nu doen, waaronder door gaan met gebruiken van drank en of drugs.
 - 13 -
 - 14 -
 - 15 Bewoners kunnen op hun niveau ontwikkelen en hun leven stabiliseren en de regie terug nemen. Vaak gaat dit om kleine stapjes. Bijvoorbeeld dagbesteding opstarten. Een enkeling stroomt door naar een meer zelfstandigere plek
 - 16 -
 - 17 Mensen met een psychiatrische aandoening hebben vaak juist geen grip op hun gedachtegang, dus kunnen zij slechts enigszins acties ondernemen. Nota bene; medicatie werkt vaak afdoende en therapie wordt nauwelijks tot niet ingezet.
 - 18 -
 - 19 Ik ga uit van de Rijswijk doelgroep, dit is zo'n kwetsbare verslaafde doelgroep waarbij verslaving nog zo op de voorgrond staat dat alle andere zaken op een zijspoor staan, zo ook het eventueel willen van een ander leven. Wat de meeste toch wel willen.
- Ook de aanwezigheid van behoorlijke psychiatrie heeft een grote invloed op het wel /niet behalen van doelen. Hieronder ook Maslow, onze cliënten blijven in de onderste regionen, dus zolang de lichamelijke behoefte steeds niet genoeg bevredigd met drugs, blijft dit een prioriteit en is de kans om voor verdere ontplooiing minimaal. Mensen met psychiatrie zijn vaak ook angstig en paranoïde, wat vaak nog versterkt wordt door drugs, dus je blijft als je niet werkt aan drugsgebruik (terugval preventieplan) en stabilisatie psychiatrie de cliënt zichzelf niet zal ontwikkelen zoals gewenst.



20 Lastig voor verslaafde en psychiatrische patiënten die altijd van medicatie afhankelijk zullen zijn.

21 Bij de meeste van mijn dubbele diagnose cliënten staat de verslaving voorop en vertroebeld veelal het eigen herstellend vermogen.

22 –

23 Dit is lastig in te vullen voor een groter geheel want dat is zeer persoonlijk zoals wij ook graag naar cliënten kijken

Samenvatting: verslaving en stoornis frustreren de motivatie om te werken aan herstel bij de meeste cliënten in het zorgpad.

Antwoorden op vraag 12 en 13 over tweede kernprincipe:

De focus ligt op de individuele krachten van mensen en beschikbare hulpbronnen in de omgeving, en niet op de tekortkomingen. Het vinden van een optimale aansluiting tussen de krachten van cliënten en de bronnen in de omgeving is de hefboom tot verandering.

1 -

2 Cliënten die zorg mijden zijn juist vaak afwerend over het inzetten van hulpbronnen. Vaak is er teveel gebeurd in familie en zijn er ook andere slechte ervaringen bij instanties wat maakt dat ze die niet willen gebruiken.

3 Sommigen hebben contact met familie of vrienden., gaan naar de moskee of de kerk. Het drugspastoraat komt langs voor sommige cliënten. GGZ, thuiszorg, GGD, specialisten, inkomensbeheer zijn ook hulpbronnen. Cliënten zijn vaak geen lid van verenigingen..

4 -

5 Contacten met voornamelijk familie lukt redelijk

6 -

7 –

8 –

9 –

10 Nee, helaas lukt dat bijna nooit. Wat jammer is want dat zou een hoop schelen; zoals bij A.; zijn zus die met hem naar ziekenhuisbezoeken gaat. Fijn als dat kan en daar moet HVO ook meer op in zetten. Ook met vrijwilligers.

11 Helaas zit er in mijn caseload niemand die gebruik kan maken van de hulpbronnen in de omgeving. Als ze die mogelijkheid zouden hebben, zou dat zeker aan te bevelen zijn.

12 Vraag 13: Het lukt om hulpbronnen bijv. door HVO georganiseerd, (als GGZ, huisarts, een inkomen dagbesteding) in te zetten. Maar het inzetten van familie als hulpbron is veelal moeilijk bij de meeste cliënten.

13 -

Buurt contact, contact met verenigingen en de kerk zijn moeilijker in te zetten, daar bestaat weinig interesse voor vanuit onze doelgroep.

14 -

15 Het is jammer dat we geen huisdier hebben wij de Veste, dit zou een enorme toevoeging zijn!

16 –

17 Onze bewoners hebben vaak een negatief zelfbeeld en worden door de maatschappij ook vaak als “rand van de samenleving” gezien en dus ook vaak zo bejegend; dat maakt dat je met sommige cliënten moet sturen in het herkennen van hun krachten.

Hulpbronnen bestaan vaak uit buddy's en het drugspastoraat; vaak zijn banden met familie onherstelbaar beschadigd.

18 –

19 -

20 –

21 Ook hier staat veelal de verslaving voorop waardoor alle hulpbronnen uit de omgeving worden geëlimineerd.

22 –

23 Daar moet ik persoonlijk meer in groeien maar er is steeds meer aandacht voor wat ook stimuleert

Samenvatting: De meeste PB-ers staan achter het principe van het inzetten van zoveel mogelijk hulpbronnen. In de praktijk bestaan daar echter maar zeer beperkte mogelijkheden voor. De banden met familie en de rest van de maatschappij zijn meestal definitief verbroken. Verreweg de meeste hulpbronnen bestaan uit professionals, instanties en vrijwilligers.

Antwoorden op vraag 14 t/m 16 over derde kernprincipe:

Cliënten hebben de regie over de begeleiding. Door met hen in partnerschap samen te werken, kunnen de eigen krachten aan de oppervlakte komen. De sleutel tot herstel ligt in de hoop op een betere toekomst en begint bij wat cliënten zich wensen. Werkers blijven die hoop voeden en ondersteunen.

1 –

2 Cliënten bepalen zelf hoe ze willen leven en tonen weinig behoeften om patroon te doorbreken. Er is sprake van een chronische verslaving en/of psychiatrie waardoor het vermogen ontbreekt om te veranderen. Ook is er vaak geen ziektebesef. Ik tracht cliënten er toe te bewegen om patroon te doorbreken door op laagdrempelige wijze stappen te laten maken toekomst gericht en gezonder leefstijl. Bij zorgmijders lukt het niet.

3 Hoop van onze cliënten leven al langdurig volgens een bepaald patroon en zijn niet gewend op zichzelf te reflecteren en zijn vaak op een leeftijd dat ze van dag tot dag leven. Stabiel blijven is bij veel cliënten het doel. Zelfredzaamheid blijft wel het doel. Sommigen willen zelfstandig en daarvoor worden acties uitgezet.

4 -

5 Door te blijven doorzetten in de stimulatie om cliënten inzicht te laten krijgen om doelen te kunnen bereiken. Doelen waarvan de begeleiding weet dat cliënt naar een betere toekomst kan werken.

6 Soms wil ik het als begeleider wel heel graag voor een cliënt, maar werkt cliënt totaal niet mee omdat zijn gebruik in de weg zit.

7 –

8 –

9 -

10 Cliënten hebben de regie over hun eigen leven in zoverre dat ze zelf bepalen wat ze doen met hun dag en wat ze tot zich nemen.

Vraag 15 is eigenlijk de vraag; wat is een betere toekomst? Wie bepaalt wat 'beter' is? Als cliënt tevreden is met dit leven is dat goed.

Als je als begeleider ziet dat cliënt worstelt met zijn leven en te kennen geeft dingen anders zou willen moet je daar op in gaan en aan de slag gaan, anders de stabiliteit bieden.

11 Een cliënt kan als beter leven, meer geld als doel hebben. Dit nu kan variëren van winnen van een loterij tot meer dealen. Van meer klussen in huis doen tot bedelen.

De keuze blijft aan de cliënt. De begeleiding kan raadgevend en steunend aan de zijlijn staan.

12 vraag 14; Beperkt in de zin dat ze in een 24 uursvoorziening zitten en zich aan de huisregels moeten houden en hierdoor zeker niet alle regie over hun leven hebben. Wel regie in die zin dat ze voor de verwezenlijking van hun eigen doelen uit kunnen komen en hieraan gewerkt gaat worden als daartoe de behoefte hebben.

Vraag 15; Sommige wel, maar de meesten vinden het eerlijk gezegd wel goed hoe het nu is en willen weinig tot geen verandering in hun leven. Hebben dus ook weinig doelen waar ze aan willen werken voor de toekomst.

Vraag 16; Stimuleren gebeurt bij iedere cliënt, maar je loopt ertegen aan dat jij als begeleider wel kan stimuleren, maar dat de behoefte tot verandering en dus de motivatie om wat te gaan doen bijna niet aanwezig is bij de meeste cliënten. Bij de cliënten die nog wel wat willen met hun leven gaat het stimuleren veel makkelijker en behaal je veel meer resultaten.

13 -

14 –

15 Bewoners haken helaas vaak bij de eerste tegenslag af en vallen terug in hun gebruik en negatieve gedrag. Het is lastig om bewoners dan weer te motiveren om het nogmaals te proberen. Hier gaat vaak maanden overheen.

16 –

17 Door de beperking om gedachten te kunnen organiseren hebben veel cliënten nauwelijks grip op zichzelf; in veel gevallen wordt middelengebruik ingezet om zichzelf te verdoven waardoor men niet constant met hun eigen gedachten bezig hoeven te zijn → daarom dat dit vaak ook wel gekscherend "zelfmedicatie" wordt genoemd. Een betere toekomst is voor onze doelgroep dan ook vaak; meer geld ter beschikking hebben.

18 –

19 Cliënten vinden het vaak al goed genoeg zoals het is. Ontwikkeling is met andere woorden ook verandering en daar zijn veel mensen nu eenmaal angstig voor. Of cliënten kunnen niet geloven dat het beter wordt. Ze hebben het al vaker geprobeerd en het is mislukt, teveel faalervaringen.

Cliënten praten vaak wel mee of hebben zin in plannen, de uitvoering ervan is vaak een heel ander verhaal. Überhaupt een stukje verantwoordelijkheid durven nemen is al veel gevraagd na een groot deel van hun leven afhankelijk te zijn geweest (en velen ook behoorlijk gehospitaliseerd) van de hulpverlening. Iets wat in 20 30 jaar is aangeleerd heb je niet in een paar maanden afgeleerd.

20 –

21 –

22 –

23 Wij blijven afhankelijk van regels en afspraken maar ik werk en kijk steeds meer out of the box.

Samenvatting: veel cliënten hebben in zoverre de eigen regie dat ze voor dit bestaan van verslaafde gekozen hebben en daar helemaal niet af willen. De PB-er kan dan veranderingen stimuleren maar vindt geen gehoor bij de cliënt. Cliënt pakt pas de regierol op als hij/zij zelf verandering wil. Dat komt sporadisch voor.

Antwoorden op vraag 17 over vierde kernprincipe:

De werkrelatie is essentieel en komt op de eerste plaats. Herstel begint met vertrouwen in de ander. Vertrouwen groeit uit wederzijds respect en authenticiteit.

1 –

2 - Ik ben open en eerlijk en laat blijken dat ze terecht kunnen. Maak regelmatig een praatje en bied een luisterend oor. Er is daarom ook voldoende vertrouwen opgebouwd om minder goede kanten te bespreken. Ik laat cliënten in hun waarde.

3 Ik geef cliënten zoveel mogelijk informatie en geeft ze de ruimte om eigen keuzes te maken en ze te stimuleren en motiveren waar nodig. Ik probeer in het contact zo veel mogelijk authentiek te zijn.

Ik zie mij rol als coachend.

4 -

5 Ondanks de beperkte motivatie van sommige cliënten blijf ik de cliënt enthousiasmeren, soms op directieve wijze door te herinneren aan de gemaakte zorgafspraken

6 -

7 –

8 –

9 –

10 Het is belangrijk om tijd te besteden aan je cliënten; alles wat je aandacht geeft, groeit. Daarom is het ook zo belangrijk dat je één op één tijd kunt hebben met je cliënten om een goede relatie op te bouwen; juist in de stabilisatie moet je daar je focus op richten, omdat deze cliënten vaak gewisseld zijn van hulpverleners en daarbij vaak paranoïde zijn is die aandacht nodig.

11 Dit is altijd al de basis geweest en het is prettig dat dit als een speerpunt in de methodiek is opgenomen.

12 –

13 –

14 –

15 Ik investeer veel tijd in gesprekken met bewoners en uitjes buiten de deur. Ook ga ik vaak op bezoek op hun kamer. Daarnaast neem ik de bewoners serieus en luister aandachtig

16 –

17 In dit werk moet je vertrouwen opbouwen; onze bewoners zijn vaak beschadigd in hun vertrouwen, dus duurt het opbouwen van een vertrouwensband in veel gevallen jaren. Wat hierin meespeelt is dat onze bewoners zich vaak al talloze malen hebben moeten blootgeven zonder dat hieruit voor hen of vanuit hun oogpunt iets positiefs is gekomen → denk hierbij aan psychiaters, spv-ers, artsen, begeleiders etc.

18 –

19 –

20 –

21 –

22 –

23 De tijd en energie die ik in een cliënt steek krijg ik dubbel terug.

Samenvatting: PB-ers staan achter dit uitgangspunt en proberen dat gemotiveerd in de praktijk te brengen.

Antwoorden op vraag 18 over vijfde kernprincipe:

De focus ligt op het werken in de gemeenschap. Het werken in de natuurlijke omgeving van cliënten heeft de voorkeur omdat dit het meeste zicht geeft op de krachten van cliënten en beschikbare bronnen. Cliënten leren in een natuurlijke omgeving ook het meest.

- 1 Gaat nu wel goed, veel van mijn bewoners hebben een dagbesteding. Gaat wel vaak om geld te verdienen om te voorzien in hun middelenbehoefte.
- 2 Cliënten gaan naar dagbesteding en leggen contact met vrienden.
- 3 Cliënten gaan naar dagbesteding, doen veegploeg in de buurt.
- 4 -
- 5 -
- 6 Als ik gesprekken wil voeren ga ik altijd op cliënt's kamer zitten, zo probeer ik ervoor te zorgen dat cliënt zich zo veel mogelijk op zijn gemak voelt.
- 7 -
- 8 -
- 9 -
- 10 Ook weer de vraag; was is een natuurlijke omgeving? Is dat dagbesteding? Het is lastig.
- 11 Wij zijn een woonvorm en voor de cliënten is onze woonvorm hun natuurlijke omgeving.
- 12 Vraag 18: velen hebben weinig tot geen familiecontacten meer, en de meeste vrienden zijn vrienden uit het huis waar ze wonen. Gaan naar een dagbesteding (gericht op de doelgroep van HVO) en bijna geen reguliere baan/ werk.
- 13 -
- 14 -
- 15 -
- 16 -
- 17 Vaak is de woonvoorziening de natuurlijke omgeving van de cliënt evenals de drugscene waarin zij zich begeven; zodra er een band is ontstaan en de cliënt beseft dat je hem/haar niet veroordeelt, dan laat diegene je in veel gevallen steeds makkelijker toe tot zijn/haar natuurlijke leefomgeving.
- 18 -
- 19 -
- 20 -
- 21 -
- 22 -
- 23 Voor veel cliënten is die beperkt maar ik probeer daar veel op af te stemmen.

Samenvatting: de werkomgeving van de cliënten is dagbesteding. Dagbesteding is geen natuurlijke werkomgeving, het is een onderdeel van de hulpverlening waar cliënten elkaar, geïsoleerd van de samenleving, treffen.

Antwoorden op vraag 19 over zesde kernprincipe:

De samenleving is een oase van hulpbronnen. De samenleving geeft mensen de mogelijkheid om in hun behoeften en bestaansvoorwaarden te voorzien. De werker biedt hierbij ondersteuning, legt verbindingen en vervult een gidsfunctie. Welbevinden hangt samen met zorg en zorgzaamheid. Daarom is het ook belangrijk om mensen te ondersteunen om voor elkaar te (kunnen blijven) zorgen.

- 1 -
- 2 Ik bied ze de mogelijkheid en zorg voor een familie bijeenkomst om contact te onderhouden.
Ik stimuleer ze om boodschappen te doen in de buurt en hebben dagbesteding
- 3 Cliënten zijn vaak geen lid van verenigingen en sociale verbanden.
Probeer hun te stimuleren zichzelf zo zelfstandig mogelijk te presenteren bij stadsdelen, ziekenhuizen, tandartsen enz.
Ze gaan naar de koffieshop en naar de supermarkt.
- 4 -
- 5 Cliënten zijn voornamelijk in contact met de coffeeshop, supermarkt en shoarmazaak in de buurt
- 6 -
- 7 -

- 8 –
- 9 –
- 10 Bij sommige dagbesteding buiten de deur.
- 11 De mensen in mijn caseload zijn ernstig beschadigde mensen en ze hebben niet veel positiefs ervaren in de maatschappij. Het kost moeite om ze weer terug te laten keren en gebruik te laten maken van de voorzieningen in de maatschappij. Daarom gedijen ze wel mondjesmaat in dagbestedingsprojecten. Daar worden ze niet veroordeeld.
- 12 Vraag 19; cliënten hebben de meeste contacten met mensen uit hetzelfde huis waar ze wonen. Gaan wel naar de winkels in de buurt. Vinden verder moeilijk zelfstandig de weg naar hulpbronnen vanuit de samenleving.
- 13 –
- 14 –
- 15 –
- 16 –
- 17 Zoals gezegd staat de samenleving niet altijd open voor onze doelgroep, dus zijn we vaak aangewezen op dezelfde hulpbronnen die wel open staan voor onze bewoners.
- 18 –
- 19 Dagbesteding lukt vaak wel, maar verder de wereld in zeg maar is wat moeilijker zoals een buddy of het gaan naar de kerk. Mensen zijn vaak eenkennig, blijven liever in hun eigen “veilige” wereld en het is wel lastig om mensen verder te krijgen dan dat.
- 20 –
- 21 –
- 22 –
- 23 Nog niet gemakkelijk cliënten worden vaak toch door de maatschappij anders benaderd bejegend en bekeken. Ik heb een taak om bruggen te slaan tussen de verschillende werelden.

Samenvatting: zie vraag 18.

Antwoord op vraag 20 over de methodiek in het algemeen:

- 1 Ik ben niet zo gek op deze methodiek ten opzichte van ons zorgpad en cliënt type. Ik vind een krachtenblad een prima aanvulling op bijvoorbeeld het 8 fase model maar geen doel op zich. Krachtgericht werken moet normaal zijn voor een hulpverlener en niet gekunsteld worden opgelegd. Brainstormen over begeleidingsproblemen vind ik wel een pluspunt. Verder wil ik graag de dingen benoemen zoals ze zijn en niet er omheen praten.
- 2 Zelf bemerk ik dat cliënten niet bereidt zijn om mee te werken aan KBM. Ze vinden het te veel praten. 2 cliënten wensen ook niet meer te ondertekenen. Het evaluatieformulier vinden ze onbegrijpelijk wat vaak als confronterend wordt ervaren over eigen intelligentie.
- 3 Risico-inventarisatie moet toegevoegd worden aan de methodiek.
- 4 –
- 5 Op zich een interessant methodiek doch er zou meer ruimte moeten zitten tussen de tweewekelijkse evaluatie van de actieplannen. De meeste cliënten hebben een langere leerproces nodig om simpele doelen te kunnen bereiken en successen te vieren. Als cliënt na een aantal keren een doel nog niet bereikt heeft mag je de actieplan niet continueren omdat de actieplan eist dat je met cliënt binnen bepaalde tijdsrange successen moeten kunnen vieren.
- 6 –
- 7 –
- 8 –
- 9 –
- 10 –
- 11 Ik heb moeite met de stabilisering in onze woonvorm, die als leidraad werkt en de herstel ideologie. Daar kom ik maar niet uit.
- 12 Svp het verzoek om de gebieden die aan bod komen bij de nieuwe Risico formulering (die ingevoerd gaat worden binnen HVO) niet terug laten komen in het actieplan. Daar is het niet de goede plaats voor. Als alle krachten en doelen na een half jaar besproken worden is er geen plaats om bijv. het onderwerp zelfmoord daar ook in mee te nemen. Dit is ook zeker niet krachtgericht. Dit moet op een ander formulier kwijt en op een ander moment besproken worden.
- 13 –
- 14 Ik vind een dergelijk evaluatieformulier als dit erg lastig in te vullen, dit omdat je vanuit verschillende opvattingen verschillende antwoorden op een en dezelfde vraag kan geven.
- En in dat geval vraag ik me dan af, hoe e.e.a. wordt gelezen? En /of geduid?
- 15 –
- 16 –

17 Persoonlijk vind ik de krachtgerichte basismethodiek een mooi middel om cliënten, die dat graag willen, hun acties te laten formuleren; echter vind ik dit te mager voor een methodiek om cliënten te begeleiden.

18 Leuke methodiek, maar voor onze doelgroep een beetje misplaatst. Het is een denk- en werkwijze die we eigenlijk altijd al hebben gehanteerd, maar de methodiek eromheen zegt onze cliënten meestal erg weinig.

19 Methodiek is prachtig, maar dient meer aansluiting te vinden bij drugsverslaafde en psychiatrische cliënten. Ook meer Maslow, bij de Rijswijk wordt de drugs bij wijze van spreken haast in je neus geduwd en moet je altijd opletten waar wat gebeurt. Niet een heel veilige omgeving om aan je eigen ontwikkeling te kunnen werken zeg maar.

20 –

21 Samenvattend is het voor mijn cliënten een feit dat de verslaving zo op de voorgrond staat dat alle punten van herstelwerk moeizaam gehaald worden.

22 -

Samenvatting: het is een mooie methodiek maar er bestaan onder een groot aantal PB-ers twijfel over de toepasbaarheid ervan bij de doelgroep cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming omdat het niet aansluit bij de belevingswereld van de cliënt met een dubbele diagnose.

- = geënuquêteerde heeft vraag in het formulier niet beantwoord

BIJLAGE 19: ENQUETE RESULTATEN KWANTITATIEF

INHOUD

ANTWOORDEN IN PERCENTAGES	BLZ 167
CODEBOEK	BLZ 170
SPSS FREQUENCY TABLES	BLZ 173

ANTWOORDEN IN PERCENTAGES

Vraag 5

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een inventarisatie van krachten op te stellen.

Altijd	0%
Meestal	37,5%
Soms	62,5%
niet	0%
Missing	0%

Vraag 6

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een actieplan op te

Altijd	4,2%
Meestal	37,5%
Soms	58,3%
niet	0%
Missing	0%

Vraag 7

Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, het evaluatieformulier in te vullen.

Altijd	8,3%
Meestal	12,5%
Soms	29,2%
niet	50%
Missing	0%

Vraag 8

Het lukt me meestal goed om een cliënt in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking (TKB).

Altijd	58,3%
Meestal	29,2%
Soms	0%
niet	8,3%
Missing	4,2%

Vraag 9

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' het vermogen hebben om te herstellen?

Niet	0%
Enigszins	91,7%
Grotendeels	8,3%
Volledig	0%
Missing	0%

Vraag 10

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?

Niet	12,5%
Enigszins	79,2%
Grotendeels	4,2%
Volledig	4,2%
Missing	0%

Vraag 11

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' hun leven in een door henzelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?

Niet	4,2%
Enigszins	66,7%
Grotendeels	25%
Volledig	4,2%
Missing	0%

Vraag 12

In hoeverre lukt het in de begeleiding de focus te leggen op de individuele krachten?

Bijna nooit	8,3%
soms	25%
Geregeld	50%
Vaak	12,5%
Altijd	4,2%
Missing	0%

Vraag 13

In hoeverre lukt het 'hulpbronnen uit de omgeving' in te zetten in de begeleiding?

Nooit	4,2%
-------	------

Bijna nooit	37,5%
Soms	50%
Geregeld	8,3%
Missing	0%

Vraag 14

In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?

Geheel niet	0%
Beperkt	45,8%
Grotendeels	54,2%
Missing	0%

Vraag 15

In hoeverre zijn cliënten gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?

Geheel niet	4,2%
Beperkt	79,2%
Grotendeels	16,7%
Geheel	0%
Missing	0%

Vraag 16

In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?

Geheel niet	0%
Beperkt	75%
Grotendeels	25%
Geheel	0%
Missing	0%

Vraag 17

In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelatie op te bouwen met je cliënten?

Niet	0%
Zeer beperkt	0%
Redelijk goed	50%
Goed	45,8%
Missing	4,2%

Vraag 18

In hoeverre lukt het je cliënten om in een natuurlijke omgeving te werken?

Niet	4,2%
Soms	45,8%

Vaak	37,5%
Altijd	12,5%
Missing	0%

Vraag 19

In hoeverre lukt het je cliënten om gebruik te maken van de samenleving als hulpbron om te groeien?

Niet	12,5%
Soms	87,5%
Vaak	0%
Altijd	0%
Missing	0%

CODEBOEK BIJ ENQUETE

Vraagnr. Vraag

Vraag 5 Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een inventarisatie van krachten op te stellen.

1 = altijd
2 = meestal
3 = soms
4 = niet

Vraag 6 Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een actieplan op te stellen.

1 = altijd
2 = meestal
3 = soms
4 = niet

Vraag 7 Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, het evaluatieformulier in te vullen.

1 = altijd
2 = meestal
3 = soms
4 = niet

Vraag 8 Het lukt me meestal goed om een cliënt in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking (TKB).

1 = altijd
2 = meestal
3 = soms
4 = niet

Vraag 9 In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' het vermogen hebben om te herstellen?

1 = niet
2 = enigszins
3 = grotendeels

4 = volledig

Vraag 10

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?

1 = niet

2 = enigszins

3 = grotendeels

4 = volledig

Vraag 11

In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad 'stabilisatie en bescherming' hun leven in een door henzelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?

1 = niet

2 = enigszins

3 = grotendeels

4 = volledig

Vraag 12

In hoeverre lukt het in de begeleiding de focus te leggen op de individuele krachten?

1 = nooit

2 = bijna nooit

3 = soms

4 = geregeld

5 = vaak

6 = altijd

Vraag 13

In hoeverre lukt het 'hulpbronnen in de omgeving' in te zetten in de begeleiding?

1 = nooit

2 = bijna nooit

3 = soms

4 = geregeld

5 = vaak

6 = altijd

Vraag 14

In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?

1 = geheel niet

2 = beperkt

3 = grotendeels

Vraag 15

In hoeverre zijn cliënten gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?

1 = geheel niet

2 = beperkt

3 = grotendeels

4 = geheel

Vraag 16

In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?

1 = geheel niet

2 = beperkt

3 = grotendeels

4 = geheel

Vraag 17

In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelatie op te bouwen met je cliënten?

1 = niet

2 = zeer beperkt

3 = redelijk goed

4 = goed

Vraag 18 In hoeverre lukt het je cliënten om in een natuurlijke omgeving te werken?

1 = niet

2 = soms

3 = vaak

4 = altijd

Vraag 19 In hoeverre lukt het je cliënten om gebruik te maken van de samenleving als hulpbron om te groeien?

1 = niet

2 = soms

3 = vaak

4 = altijd

SPSS FREQUENTCY TABLES

Notes

Output Created	18-MAY-2014 16:27:55
Comments	
Data	C:\Users\dorien\Documents\Frans Rein\SPSS scriptie afstudeer.sav
Active Dataset	DataSet1
Filter	<none>
Weight	<none>
Split File	<none>
N of Rows in Working Data File	24
Definition of Missing	User-defined missing values are treated as missing.
Missing Value Handling	Statistics are based on all cases with valid data.
Cases Used	FREQUENCIES VARIABLES=Vraag5 Vraag6 Vraag7 Vraag8 Vraag9 Vraag10 Vraag11 Vraag12 Vraag13 Vraag14 Vraag15 Vraag16 Vraag17 Vraag18 Vraag19 /ORDER=ANALYSIS.
Syntax	
Processor Time	00:00:00,02
Resources	
Elapsed Time	00:00:00,02

Statistics

		Het lukt meestal goed om samen met mijn cliënten een krachteninventarisatie op te stellen.	Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënt, een actieplan op te stellen	Het lukt meestal goed om, samen met mijn cliënten, een evaluatieformulier in te vullen.	Het lukt me meestal goed om een cliënt in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking	In hoeverre denk je dat de cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming het vermogen hebben om te herstellen?
N	Valid	24	24	24	23	24
	Missing	0	0	0	1	0

Statistics

		In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?	In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven in een door hen zelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?	In hoeverre lukt het je als begeleider om de focus te leggen op de individuele krachten van een cliënt?	In hoeverre lukt het om hulpbronnen uit de omgeving in te zetten?	In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?
N	Valid	24	24	24	24	24
	Missing	0	0	0	0	0

Statistics

		In hoeverre zijn clients gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?	In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?	In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelat ie op te bouwen met je clients?	In hoeverre lukt het je clients om in een natuurlijke omgeving te werken?	In hoeverre lukt het je clients om gebruik te maken van de samenleving om te groeien?
N	Valid	24	24	23	24	24
	Missing	0	0	1	0	0

Frequency Table

Het lukt meestal goed om samen met mijn clients een
krachteninventarisatie op te stellen.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
meestal	9	37,5	37,5	37,5
Valid soms	15	62,5	62,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Het lukt meestal goed om, samen met mijn client, een actieplan op te stellen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
altijd	1	4,2	4,2	4,2
meestal	9	37,5	37,5	41,7
Valid soms	14	58,3	58,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Het lukt meestal goed om, samen met mijn klanten, een evaluatieformulier in te vullen.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
altijd	2	8,3	8,3	8,3
meestal	3	12,5	12,5	20,8
Valid soms	7	29,2	29,2	50,0
niet	12	50,0	50,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

Het lukt me meestal goed om een client in te brengen tijdens de teamkrachtbespreking

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
altijd	14	58,3	60,9	60,9
meestal	7	29,2	30,4	91,3
Valid niet	2	8,3	8,7	100,0
Total	23	95,8	100,0	
Missing System	1	4,2		
Total	24	100,0		

In hoeverre denk je dat de klanten in het zorgpad stabilisatie en bescherming het vermogen hebben om te herstellen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
enigzins	22	91,7	91,7	91,7
Valid grotendeels	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven weer in eigen hand kunnen nemen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
niet	3	12,5	12,5	12,5
enigzins	19	79,2	79,2	91,7
Valid grotendeels	1	4,2	4,2	95,8
volledig	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre denk je dat cliënten in het zorgpad stabilisatie en bescherming hun leven in een door hen zelf gewenste richting kunnen ontwikkelen?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
niet	1	4,2	4,2	4,2
enigzins	16	66,7	66,7	70,8
Valid grotendeels	6	25,0	25,0	95,8
volledig	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre lukt het je als begeleider om de focus te leggen op de individuele krachten van een cliënt?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
bijna nooit	2	8,3	8,3	8,3
soms	6	25,0	25,0	33,3
geregeld	12	50,0	50,0	83,3
vaak	3	12,5	12,5	95,8
altijd	1	4,2	4,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre lukt het om hulpbronnen uit de omgeving in te zetten?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
nooit	1	4,2	4,2	4,2
bijna nooit	9	37,5	37,5	41,7
soms	12	50,0	50,0	91,7
geregeld	2	8,3	8,3	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre hebben de cliënten de regie over hun eigen leven?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid beperkt	11	45,8	45,8	45,8
grotendeels	13	54,2	54,2	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre zijn cliënten gemotiveerd om aan een betere toekomst te werken?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid geheel niet	1	4,2	4,2	4,2
beperkt	19	79,2	79,2	83,3
grotendeels	4	16,7	16,7	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre lukt het je als begeleider dit streven te stimuleren?

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid beperkt	18	75,0	75,0	75,0
grotendeels	6	25,0	25,0	100,0
Total	24	100,0	100,0	

In hoeverre lukt het je, naar jouw idee, een vertrouwensrelatie op te bouwen met je cliënten?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	redelijk goed	12	50,0	52,2	52,2
	goed	11	45,8	47,8	100,0
	Total	23	95,8	100,0	
	Missing System	1	4,2		
Total		24	100,0		

In hoeverre lukt het je cliënten om in een natuurlijke omgeving te werken?

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	niet	1	4,2	4,2	4,2
	soms	11	45,8	45,8	50,0
	vaak	9	37,5	37,5	87,5
	altijd	3	12,5	12,5	100,0
	Total	24	100,0	100,0	

**In hoeverre lukt het je klanten om gebruik te maken van de samenleving
om te groeien?**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
niet	3	12,5	12,5	12,5
Valid soms	21	87,5	87,5	100,0
Total	24	100,0	100,0	