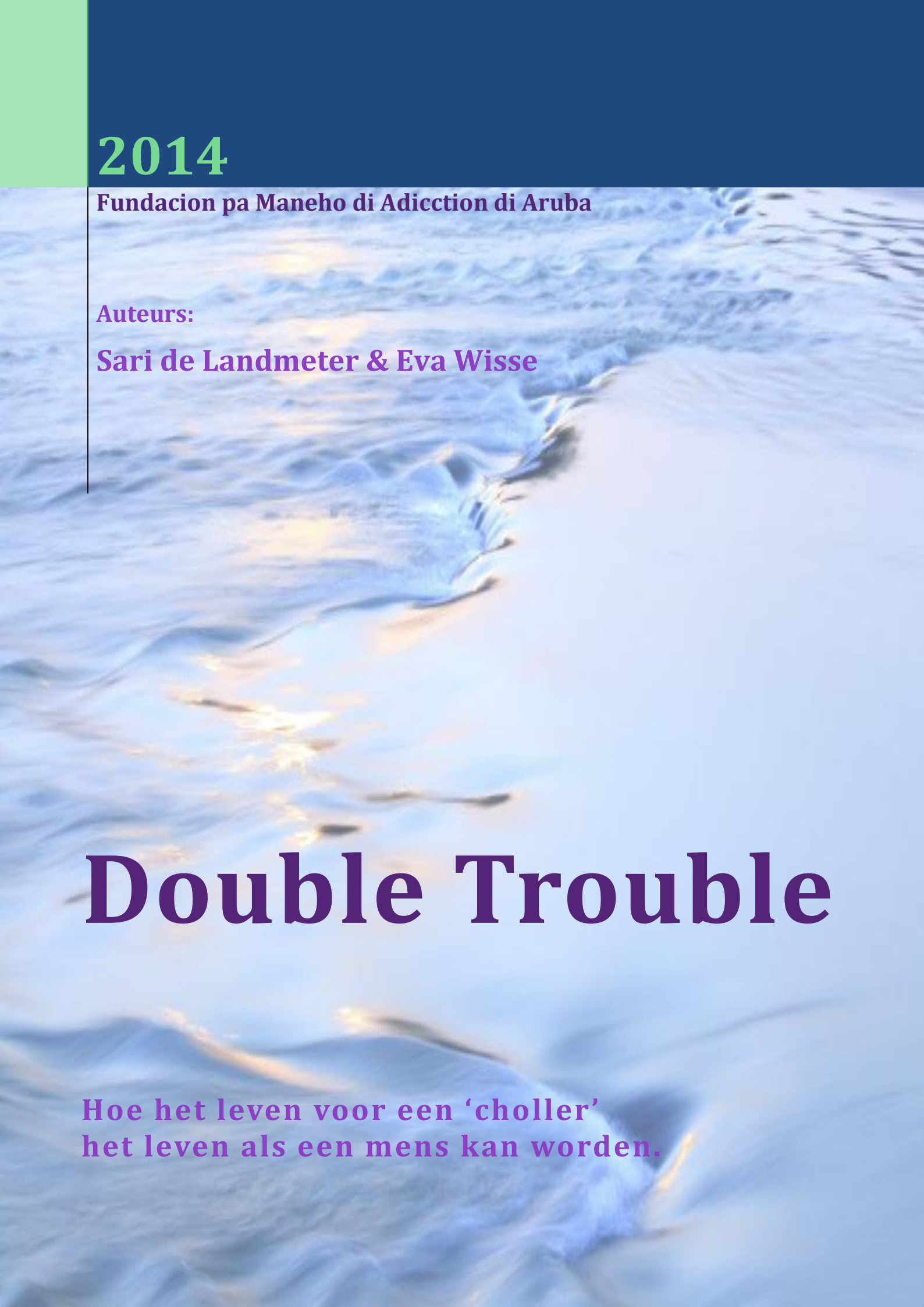




2014

Fundacion pa Maneho di Adicction di Aruba

Auteurs:

Sari de Landmeter & Eva Wisse

Double Trouble

**Hoe het leven voor een 'choller'
het leven als een mens kan worden.**

“Now they are Double Trouble because you are calling them Double Trouble, but they have double diagnoses. They are not a trouble to me.”

(14. F.LB)

Colofon

Auteurs:	Sari de Landmeter en Eva Wisse
Opleiding:	Christelijke Hogeschool Ede HBO- Sociaal Pedagogische Hulpverlening
In opdracht van:	Fundacion pa Maneho di Adiccion di Aruba
Begeleider CHE:	Hedzer van der Kooi
Begeleidster F.M.A.A.:	Lysandra Esser
Datum:	19-05-2014



Samenvatting

Voor de behandeling van dubbel diagnose cliënten, dit zijn cliënten die lijden aan een psychiatrische aandoening in combinatie met middelenmisbruik, wordt bij de “Fundacion pa Maneho di Adicion di Aruba” verder te noemen: F.M.A.A., geen methode gebruikt.

Als gevolg daarvan is er geen eenduidige werkwijze die wordt toegepast door de hulpverleners. Dit zou een oorzaak kunnen zijn van de terugval van deze cliënten.

Door dit onderzoek hopen wij een bijdrage te leveren aan het invoeren van een specifieke methode, en daarmee een eenduidige werkwijze, die door alle hulpverleners van F.M.A.A. kan worden toegepast bij het behandelen van dubbele diagnose cliënten. Om zo de kwaliteit van zorg te verhogen.

Doormiddel van onderzoek zijn we gekomen tot aanbevelingen en producten voor de organisatie. Veel oorzaken van de problemen liggen op macro niveau door de kijk op chollers vanuit de samenleving en de politiek. Dit leidt tot de gevolgen die zichtbaar zijn op micro gebied, cliënten genezen niet maar zakken steeds dieper weg.

De overheid biedt de cliënten niet datgene wat zij nodig hebben om terug te kunnen keren in de maatschappij en ook het negatieve stigma vanuit de samenleving werkt een terugkeer tegen.

Het onderzoek heeft voornamelijk op meso niveau plaatsgevonden. Door middel van interviews met personeelsleden, observaties op de afdeling en het lezen van notulen van teamvergaderingen werd de huidige zorg bij de F.M.A.A. onderzocht. Dit zorgaanbod is vergeleken met wat relevante literatuur zegt over effectieve behandelingen van dubbele diagnose cliënten.

Naar aanleiding van de uitkomst van dit onderzoek zijn aanbevelingen geschreven en hebben we een drietal producten aan de organisatie gepresenteerd.

Ons onderzoek heeft aangetoond dat er bij het personeel voornamelijk kennis aanwezig is over de verslaving en weinig kennis over de psychiatrische problematiek terwijl er een wederzijdse beïnvloeding is. Kennis van zowel psychiatrie als verslaving is noodzakelijk bij de behandeling.

Belangrijkste aanbevelingen zijn daarom:

- a) Aannemen van bekwaam en geschoold personeel en bijscholing van het huidige personeel,
- b) Het team moet aan intervisie en teambuilding gaan doen voor een eenduidige samenwerking,
- c) Er moet voldoende ruimte voor de cliënten komen,
- d) Er moet een kantoor voor het team komen want er is nu geen ruimte waar ze een overleg kunnen houden.

De producten die wij hebben ontwikkeld zijn bestemd voor de cliënten en de hulpverleners.

Het individueel zorgplan zal de kwaliteit van de geboden zorg verbeteren.

Het weekprogramma zal een eenduidige werkwijze bewerkstelligen.

Tot slot zorgt de **motiverende bejegening** vanuit het team voor motivatie onder de cliënten om zich te ontwikkelen.

De aanbevelingen richten zich tot het team op de afdeling en tot de organisatie in het algemeen. Ze leiden allen tot een verbetering van de kwaliteit van zorg. De meest essentiële aanbevelingen zijn: het bieden van een week/dagprogramma en het werken met individuele zorgplannen.

Inhoudsopgave

Colofon.....	2
Samenvatting.....	3
Voorwoord.....	6
Hoofdstuk 1: Inleiding en achtergronden van het onderzoek.....	7
1.1 Omschrijving van de organisatie.....	7
1.2 Omschrijving van de doelgroep.....	8
1.3 De kern van het onderzoek.....	8
1.4 Validiteit en betrouwbaarheid.....	11
1.5 Relevantie van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg	11
1.6 Doelstelling van het onderzoek	12
Hoofdstuk 2: Attenderende begrippen	13
Hoofdstuk 3: De opzet en uitvoering van het onderzoek	14
3.1 Literatuur onderzoek.....	14
3.2 Half gestructureerd interview.....	15
3.3 Observaties	16
3.4 Documenten – notulen.....	17
Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek De resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden hebben geleid tot de beantwoording van de vijf deelvragen die in dit hoofdstuk staan weergegeven.	18
4.1 Deelvraag 1: Hoe wordt iemand gediagnostiseerd met een dubbele diagnose en welke invloed heeft de cultuur van Aruba op deze diagnose?.....	18
4.1.1 Wat is dubbele diagnose?	18
4.1.2 Welke aspecten uit de cultuur en de geschiedenis van Aruba kunnen van invloed zijn op een verslaving en een psychiatrische aandoening?	21
4.2 Deelvraag 2: Welke zorg wordt er geboden aan dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?.....	24
4.2.1 Door wie wordt de zorg geboden?.....	24
4.2.2 Welke behandeling wordt waargenomen?.....	30
4.3 Deelvraag 3: Welke actuele methoden zijn er voor de behandeling aan dubbele diagnose cliënten?	34
4.3.1 Welke actuele methoden worden bij de behandeling van dubbele diagnose cliënten toegepast?	34
4.3.2 Welke therapeutische technieken zijn volgens de literatuur raadzaam een plaats te geven in de behandeling?.....	38

4.4 Deelvraag 4: Welke randvoorwaarden zijn van belang bij de implementatie van een methodiek?	41
4.4.1 Hoe wordt methodisch werken gedefinieerd?	41
4.4.2 Welke algemene randvoorwaarden zijn er bij het implementeren van een methodiek?	42
4.4.3 In hoeverre voldoet de F.M.A.A. aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van een methodiek?	43
4.4.4 Welke culturele aspecten zijn van invloed bij de implementatie van een methodiek op Aruba?	45
4.5 Deelvraag 5. Hoe kunnen de onderzoeksresultaten worden toegepast in het bijdragen aan een methodiek voor de dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?	48
4.5.1 Op welke wijze kunnen de onderdelen uit de eerste deelvraag bijdragen aan een methodiek voor de behandeling?	48
4.5.2 Welke bijdrage voor het implementeren van een methodiek sluit aan bij de huidig geboden zorg?	49
Hoofdstuk 5: Producten	53
5.1 Verantwoording individueel zorgplan	53
5.2 Verantwoording weekprogramma	54
5.3 Verantwoording van motiverende gespreksvoering	55
Hoofdstuk 6: Conclusie en discussie	57
Hoofdstuk 7: Aanbevelingen voor de F.M.A.A.	59
Hoofdstuk 8: Literatuur	63
Bijlagen	68

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van het onderzoeksverslag naar de kwaliteit van de behandeling voor dubbel diagnose cliënten in opdracht van F.M.A.A. De afgelopen maanden hebben we de kwaliteit van zorg aan dubbele diagnose cliënten geobserveerd en onderzocht. We hebben onderzocht op welke manier Sociaal Pedagogisch Hulpverleners kunnen bijdragen aan het invoeren van een specifieke methode voor de behandeling van dubbele diagnose cliënten die zo goed mogelijk aansluit bij de theorie over een goede behandeling van dubbele diagnose cliënten en bij de behoeften vanuit de organisatie.

Met veel positieve herinneringen kijken we terug op een mooie, interessante en leerzame periode en een goede samenwerking met alle betrokkenen. De ervaringen en herinneringen die we hier hebben opgedaan zullen ons altijd bijblijven.

Onze dank gaat uit naar degenen die ons de mogelijkheid hebben gegeven om bij de F.M.A.A. af te studeren. In het bijzonder bedanken wij de directeur Jerhem Campbell voor zijn vertrouwen in ons als onderzoekers, onze werkbegeleidster Lysandra Esser voor haar tijd en advies gedurende ons proces, het team van de dubbele diagnose afdeling voor hun openheid en medewerking, allen die ons informatie middels interviews hebben verstrekt, zij die ons hebben laten zien hoe groot de problematiek van verslaving in Aruba is. De gastvrijheid, de tijd en het enthousiasme van een ieder stimuleerde ons om ons in te zetten voor dit onderzoek. Wij bedanken ook de cliënten voor de openheid en de eerlijkheid, elk moment waarop wij aanwezig waren. Als laatste bedanken wij ook Hedzer van der Kooi die ons vanuit de CHE heeft begeleid in het afstudeerproces.

Deze scriptie is geschreven voor een ieder die zich betrokken weet met de Dubbele Diagnose doelgroep bij de F.M.A.A. in Seroe Colorado. De aanbevelingen richten zich tot het team en het management.

Wij hopen dat de resultaten en de aanbevelingen zullen leiden tot verhoging van de kwaliteit van de geboden zorg bij de dubbele diagnose afdeling van de F.M.A.A.

Sari de Landmeter & Eva Wisse
Aruba, April 2014.

Hoofdstuk 1: Inleiding en achtergronden van het onderzoek

In dit hoofdstuk wordt beschreven waar en voor wie het onderzoek is verricht. Daarnaast zal de kern van het onderzoek worden beschreven aan de hand van de probleemstelling, vraagstelling en doelstelling.

1.1 Omschrijving van de organisatie

De F.M.A.A. is ontstaan vanuit twee stichtingen, 'Sa Di Droga' en 'Samba' welke een samenwerkingsovereenkomst zijn aangegaan op het gebied van verslavingszorg. Zij bestaat uit verschillende afdelingen voor specifieke doelgroepen waaronder de afdeling waar dit onderzoek zal worden verricht, de afdeling voor dubbele diagnose cliënten. De organisatie heeft als doel: Samen sterk te staan in het voorkomen van verslavingsproblemen en mede hierdoor de mogelijkheid te scheppen tot een breed aanbod van interventies. Zij willen dit doel behalen door het bewerkstelligen van kwalitatieve zorg en professionaliteit op zowel beleidsmatig niveau, als op het terrein van de uitvoering (FMAA, 2010).

De F.M.A.A. wordt geleid door een Raad van Toezicht, deze houdt toezicht op het beleid van de organisatie. Daarnaast wordt de organisatie geleid door de Raad van Bestuur, deze is belast met het besturen, aansturen en leiding geven aan bestuderende primaire en ondersteunende processen binnen de organisatie. Verder wordt de organisatie ondersteund door begeleidende processen als: professionele ondersteuning van een multidisciplinair team, een team van verbale en non-verbale therapeuten en een team curatoren (FMAA, 2010).

De visie van de organisatie over verslaving luidt: een verslaving is een primaire, progressieve en chronische ziekte die alle aspecten van de mens aantast. De verslavingszorg moet daarom gericht zijn op het herstel van de verloren gegane persoonlijkheid/identiteit van de cliënten en het leren erkennen van de verslaving. De organisatie pleit voor een holistische benadering van de cliënten.

De organisatie heeft als missie om op een systematische manier zorg te bieden aan de cliënt en hun naasten. Daarnaast willen zij een uitnodigende en stimulerende organisatie te zijn om als hulpverlener de eigen competenties te verbreden en als persoon te professionaliseren. Tot slot wil de organisatie garant staan voor de continuïteit van zorg en een bijdrage leveren aan het beleid met betrekking tot verslaving, ten behoeve van de samenleving. Ook wil de organisatie de misvattingen over verslaving en de stigmatisering van de cliënten beïnvloeden en uiteindelijk voorkomen (FMAA, 2010).

De organisatie richt zich op vier verschillende doelgroepen. Ten eerste richt de organisatie zich tot mensen die verslaafd zijn of risico lopen om verslaafd te raken aan alcohol, drugs, medicijnen, gokken, eten of een combinatie daarvan. Deze problemen leiden tot gedrag waardoor zij fysiek, mentaal en op maatschappelijk gebied niet goed kunnen functioneren. Ten tweede richt de organisatie zich tot mensen die vrijwillig of gedwongen hulp zoeken/nodig hebben op het gebied van hun verslaving. Ten derde richt de organisatie zich tot het netwerk van de cliënt. Ten laatste richt de organisatie zich tot de samenleving in haar geheel.

Zoals eerder beschreven bestaat de organisatie uit verschillende afdelingen op het eiland Aruba. De afdelingen omvatten verschillende specifieke doelgroepen. Het onderzoek wordt uitgevoerd bij de dubbele diagnose doelgroep. De behandeling voor deze specifieke doelgroep bij de F.M.A.A. op de afdeling 'Centro Colorado' is recent opgestart. De cliënten bevonden zich voorheen verspreid over verschillende locaties. Een eenduidige behandelmethode voor dubbele

diagnose cliënten kon daardoor niet gerealiseerd worden. De huidige locatie is gelegen in het zuidelijke gebied op het eiland Aruba. Dit gebied biedt een rustige omgeving voor de cliënten.

1.2 Omschrijving van de doelgroep

De kenmerken van de dubbele diagnose cliënten waarbij onderzoek wordt gedaan binnen de F.M.A.A. komen overeen met de algemene kenmerken van dubbele diagnose cliënten. Op de afdeling zijn zeven cliënten woonachtig met een psychiatrische aandoening en daarbij een vorm van misbruik en/of afhankelijkheid van alcohol of drugs (Dom, e.a. 2013). De comorbiditeit is groot tussen deze twee stoornissen (Vos, 2011). De volgende zes punten zijn kenmerkend voor deze doelgroep:

1. Bijna de helft van hen is ooit dakloos geweest
 2. Over het algemeen betreft het een heterogene cliënten groep.
 3. Bij de meeste cliënten is er sprake van polydruggebruik.
 4. Schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen zijn de meest voorkomende DSM categorieën.
 5. De cliënten hebben vaak een klein sociaal netwerk.
 6. Veel van hen zijn in aanraking met justitie geweest.
- (Schipholt, 2006).

De normen, waarden en het zelfrespect van de cliënten beïnvloeden hun verslaving en psychiatrische aandoening. Het normen en waarden besef van een verslaafde is vervaagd. Algemene karakter eigenschappen van de doelgroep als gevolg van de verslavingsproblematiek en de psychiatrische aandoening is het manipuleren van anderen (dus ook van de hulpverlener), onverschilligheid en onverantwoordelijkheid ten opzichte van zichzelf (Ministerio di Salubridad y Deport, 2011).

Cliënten hebben over het algemeen moeite met het loslaten van hun levenspatroon. Dit heeft te maken met een onzekere toekomst met weinig perspectief en angst voor veranderingen. De strijd tegen het middelenmisbruik, wordt bemoeilijkt door de strijd tegen de psychiatrische aandoening, doordat de middelen vaak gebruikt worden voor zelfmedicatie (Meijel & Kuipers, 2005). De doelgroep kan op vrijwillige of gedwongen basis worden opgenomen, door de wet Onder Curatele Stelling (O.C.S.) en op strafrechtelijke basis vanwege de wet Strafrechtelijke Opvang voor Verslaafden Aruba (S.O.V.A.). De huidige cliëntenpopulatie is op vrijwillige basis opgenomen. De leeftijd varieert van 16 tot 50 jaar (Ministerio di Salubridad y Deport, 2011).

Dit onderzoek zal voornamelijk op meso niveau plaatsvinden. Het onderzoek richt zich op het team dat met deze doelgroep werkzaam is en zal via hen invloed hebben op de doelgroep. Het team van de afdeling bestaat uit vijf hulpverleners, waaronder ook ervaringsdeskundigen. Het team is gelijktijdig samengesteld met de recent opgestarte dubbele diagnose afdeling. Een methodiek voor de behandeling van de doelgroep ontbreekt in de huidige situatie.

1.3 De kern van het onderzoek.

Er wordt momenteel geen behandeling aangeboden aan de dubbel diagnose cliënten bij de 'F.M.A.A.' Er wordt naar gestreefd om door middel van het onderzoek de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Wij doen dit onderzoek in opdracht van de F.M.A.A. Door middel van dit onderzoek wenst de instelling de kwaliteit van zorg voor de dubbele diagnose cliënten te verbeteren. Het onderzoek zal zich voornamelijk richten tot het personeel welke werkzaam is op de dubbele diagnose afdeling. De aanbevelingen zullen ook hen aangaan die een leidende functie hebben bij de F.M.A.A. Ook hebben we een drietal producten gemaakt voor het team om de cliënten te kunnen begeleiden bij hun hulpvragen. Daarnaast helpen de producten om de structuur op de afdeling en de samenwerking van de teamleden onderling op een professionele en functionele manier te laten uitvoeren.

Wij hopen als Sociaal Pedagogisch Hulpverleners/onderzoekers een realistisch en haalbaar product vanuit het onderzoek te kunnen bieden. Dit ten behoeve van de hulpverleners en de cliënten van de afdeling. En daarmee een bijdrage te leveren aan het verhogen van de kwaliteit van zorg voor de dubbele diagnose cliënten.

Probleemstelling

Door de organisatie is de vraag gesteld aan de onderzoekers om de kwaliteit van zorg aan dubbel diagnose cliënten te onderzoeken. Er wordt geen specifiek programma geboden aan de cliënten en het personeel zit nog niet op één lijn waardoor de vijf medewerkers ieder een andere werkwijze toepassen.

Deze knelpunten zijn mogelijke oorzaken van het probleem dat door de organisatie wordt gesignaleerd. Namelijk: dat de cliënten zich vaker dan voorheen agressief uiten, in een psychose raken en weglopen van de afdeling.

Op basis van deze gegevens is de volgende probleemstelling geformuleerd:

“Er wordt bij de momenteel gehandhaafde behandelingswijze geen specifieke methode en eenduidige werkwijze toegepast door de hulpverleners die werken met dubbele diagnose cliënten bij F.M.A.A.”

De problematiek komt naar voren op verschillende niveaus:

Macro: *op macro niveau lezen we dat de verslavingsproblematiek in Aruba een groeiend probleem is (Gobierno di Aruba, 2012). De overlast die door de verslaafden en daklozen (waaronder vaak ook dubbele diagnose cliënten) wordt bezorgd, bevestigt de vooroordelen en stigmatisering waar de doelgroep onder lijdt. Met dit onderzoek willen we voor de maatschappij een verhelderende kijk vanuit de theorie op de doelgroep geven.*

Meso: *de stimulans om voor deze doelgroep te werken moet op Aruba vanuit de hulpverlener zelf komen, de overheid biedt geen arbeidsperspectief. De baan wordt in vergelijking met de spanning en zware doelgroep niet goed betaald en complimenten van collega's onder elkaar hoeft men niet te verwachten zoals verderop blijkt uit dit onderzoek. Daarnaast zien we dat er geen eenduidige samenwerking heersend is op de afdeling. Het team heeft elkaars sterke kanten nodig om samen met de cliënten te werken maar op dit moment wordt er vooral apart gewerkt. Wij vermoeden dat de culturele verschillen in verhouding tot Nederland, deze onderliggende problematiek verzwaren of deels veroorzaken.*

Micro: *op micro niveau zien we dat de cliënt zich niet te allen tijde thuis en veilig voelt op de afdeling die ook wel 'beschermd wonen' wordt genoemd. De cliënten worden 24 uur opgevangen maar aan hen wordt geen programma geboden. De structuur waarin zij leven wisselt per personeelslid die gedurende de dag werkzaam is.*

Hoofdvraag

Als sociaal pedagogische hulpverleners willen wij onze tot nu toe opgedane kennis inzetten om te werken aan een verbetering van deze situatie op voornamelijk het meso niveau, wat tevens verbeteringen zal veroorzaken op het micro niveau.

De vraag die wij door middel van ons onderzoek willen beantwoorden luidt als volgt:

“Op welke wijze kunnen Sociaal Pedagogische Hulpverleners bijdragen aan het invoeren van een specifieke methodiek en een eenduidige werkwijze die door alle hulpverleners van de F.M.A.A. kan worden toegepast bij de behandeling van dubbel diagnose cliënten?”

Deelvragen

Het antwoord op de hoofdvraag wordt gezocht met behulp van beantwoording van de volgende vijf deelvragen:

Deelvraag 1. Hoe wordt iemand gediagnostiseerd met een dubbel diagnose en welke invloed heeft de cultuur van Aruba op deze diagnose?

1.1 Wat is dubbele diagnose?

1.2 Welke aspecten uit de cultuur en de geschiedenis van Aruba kunnen van invloed zijn op een psychiatrische aandoening en een verslaving?

Deelvraag 2. Welke zorg wordt er geboden aan dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

2.1 Door wie wordt de zorg geboden?

2.2 Welke behandeling wordt waargenomen?

Deelvraag 3. Welke actuele methoden zijn er voor de behandeling aan dubbele diagnose cliënten?

3.1 Welke actuele methoden worden bij dubbele diagnose cliënten toegepast?

3.2 Welke vormen van behandeling zijn raadzaam en passend binnen elke vorm van methodisch handelen met dubbel diagnose cliënten?

Deelvraag 4. Welke randvoorwaarden zijn van belang bij de implementatie van een methodiek?

4.1 Hoe wordt methodisch werken gedefinieerd?

4.2 Welke algemene randvoorwaarden zijn van invloed bij het implementeren van een methode?

4.3 In hoeverre voldoet de F.M.A.A. aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van een methode?

4.4 Welke culturele aspecten zijn van invloed bij de implementatie van een methode op Aruba?

Deelvraag 5. Hoe kunnen de onderzoekresultaten worden toegepast in het bijdragen aan een methodiek voor dubbel diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

5.1 Op welke wijze kunnen de onderdelen uit de eerste deelvraag bijdragen aan een methodiek voor de behandeling?

5.2 Welke bijdrage voor het implementeren van een methodiek sluit aan bij de huidige geboden zorg?

5.3 Hoe kunnen de onderzochte methodieken worden gebruikt bij de bijdrage aan een methodiek?

1.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Doormiddel van dit onderzoek streven we naar een sterke, valide en betrouwbare beantwoording van de hoofdvraag. In een tijdsduur van 3 maanden zal het onderzoek afgerond moeten worden. De tijdsdruk maakt afbakening van dit onderzoek noodzakelijk. De volgende punten geven de afbakening weer:

- De onderzoekers zullen zich beperken tot de organisatie, F.M.A.A. waarbij alleen de beschermd wonen afdeling met dubbele diagnose cliënten zal worden onderzocht.
- Vier kwalitatieve en actuele methoden, gericht op dubbele diagnose cliënten zullen worden onderzocht.
- Dit onderzoek zal zich richten tot het zoeken naar een methodiek die door het team kan worden ingezet om de kwaliteit van zorg aan de dubbele diagnose cliënten te verhogen en zoveel mogelijk aansluit bij de reeds aangeboden manier van werken. Alle verder te noemen aspecten die verdieping zouden kunnen brengen, zullen niet in het onderzoek worden opgenomen.
- De onderzoekers zullen zich beperken tot vier vormen van dataverzameling, met als belangrijkste data het literatuuronderzoek en de gegevens uit de interviews.
- De onderzoekers veroorloven zich activiteiten met de cliënten en/of het personeel die wel uitgevoerd maar niet opgenomen zullen worden in het onderzoek.
- Vanuit de organisatie wordt geen budget uitgegeven voor het bewerkstelligen van het onderzoek.

Verwachting van het eindresultaat

Er worden theoretisch onderbouwde aanbevelingen verwacht die aan de hand van onderzoek middels, literatuur, interviews, observaties en documentenonderzoek zijn verantwoord. Naast het onderzoek en schrijven van de aanbevelingen maken we tijd voor het ontwikkelen van een product voor de afdeling waarmee antwoord wordt gegeven op onze hoofdvraag. *“Op welke wijze kunnen Sociaal Pedagogische Hulpverleners bijdragen aan het invoeren van een specifieke methodiek en een eenduidige werkwijze die door alle hulpverleners van de F.M.A.A. kan worden toegepast bij de behandeling van dubbel diagnose cliënten?”*

We hopen een product te ontwikkelen dat door alle hulpverleners van de afdeling kan worden gebruikt en toepasbaar is op elke cliënt.

1.5 Relevantie van het onderzoek naar de kwaliteit van zorg

Als sociaal pedagogisch hulpverleners vinden wij het doen van dit onderzoek relevant omdat het doel van ons werk is om op een creatieve manier sociale veranderingen en ontwikkelingen, sociale cohesie, en emancipatie van mensen te vergemakkelijken (IFSW, 2014). In dit onderzoek wordt hieraan voldaan door te onderzoeken of de kwaliteit van zorg voor de cliënten verbeterd kan worden. Daarnaast is dit onderzoek relevant omdat de kwaliteit van de huidige geboden zorg bij de dubbele diagnose cliënten nog niet eerder is onderzocht. De afdeling is nieuw en ook het team is opnieuw samengesteld.

Uit de probleemstelling blijkt dat wij de huidige werkwijze zien als mogelijke oorzaak kan zijn van het negatieve gedrag van de cliënten. Daarmee worden de aanbevelingen in het belang van de cliënten en het personeel geschreven. De producten verbeteren de kwaliteit van zorg voor de cliënten en de samenwerking van de teamleden onderling. Het schrijven en verrichten van dit onderzoek kent diensgevolge praktische en maatschappelijke belangen:

- Praktische belangen omdat het team nog niet op een lijn samenwerkt en daardoor de structuur op de afdeling gemist wordt.

- En maatschappelijke belangen omdat de maatschappij gemoeid is met een goede zorg voor dubbele diagnose cliënten zodat deze op een menswaardige manier behandeld en verzorgd worden en bij eventuele terugkeer in de maatschappij kunnen functioneren.

1.6 Doelstelling van het onderzoek

Het doel van dit onderzoek is het bijdragen aan de invoering van een specifieke methodiek die door alle hulpverleners van de F.M.A.A. kan worden toegepast bij het behandelen van dubbele diagnose cliënten. Het onderzoek kent een onderliggende meerwaarde doordat er met behulp van de ontwikkelde producten een betere samenwerking en eenduidige werkwijze onderling kan ontstaan.

Subdoelen ter specificatie

- Door middel van dit onderzoek wordt duidelijkheid geboden en worden aanbevelingen gegeven om op een zo effectief mogelijke manier met de doelgroep om te gaan.
- Het streven is door middel van dit onderzoek de kwaliteit van zorg voor de dubbele diagnose cliënten bij F.M.A.A. op Aruba te verbeteren.
- Dit onderzoek wordt uitgevoerd ten behoeve van de cliënten en een positieve werksfeer op de afdeling. Doel van het onderzoek is ook dat de samenleving van Aruba het belang van een goede methodiek zal inzien en deze breed zal willen inzetten voor dubbele diagnose cliënten.
- Een geslaagd onderzoek houdt in dat in dat er een werkwijze die bruikbaar is voor het personeel wordt geadviseerd en indien mogelijk een product waardoor een programma op de afdeling wordt gerealiseerd.

Hoofdstuk 2: Attenderende begrippen

In dit hoofdstuk worden begrippen gedefinieerd die in de loop van het hoofddocument of in de bijlagen staan weergegeven.

Abstinentie = Ontwenningsverschijnselen van een verslaving (Galen, 2007).

Chollar = Een dakloze; de oorsprong van het woord 'Chollar' wordt soms gewezen naar het Franse woord 'clochard' en staat voor zwervers met sociaal onaangepast gedrag, waaronder het zich wederrechtelijk toe-eigenen van goederen om zo aan geld te komen voor drugs. (Galen, 2007).

Comorbiditeit = Het lijden aan twee verschillende psychiatrische aandoeningen op hetzelfde moment. De combinatie van aandoeningen kan ook geestelijk en lichamelijk zijn (Dom e.a., 2013).

Dimensies = De dimensies verduidelijken de betekenis van het kernlabel (Baarda, Goede & Teunissen, 2001).

Double trouble = Zo worden dubbele diagnose cliënten op Aruba genoemd.

Extended family system = Groot aantal mensen dat met elkaar samenwoont (Ruiz & Langrod, 1997).

Kernlabels = Elk tekstfragment is voorzien van een kernlabel en eventueel meerdere labels (Baarda, de Goede & Teunissen, 2001).

Ladingen = De ladingen verhelderen de dimensies (Baarda, Goede & Teunissen, 2001).

Macroniveau = Niveau van systeem, maatschappij of land (Akker, 2003). In dit onderzoek de overheid van Aruba.

Mesoniveau = Niveau van school of instituut (Akker, 2003). In dit onderzoek de organisatie waaronder het team van hulpverleners op de afdeling.

Microniveau = Niveau van individu of persoon (Akker, 2003). In dit onderzoek de cliënt.

Methode = Een methode geeft richting aan het handelen van de hulpverlener. Een methode is doelgericht, handelingsgericht, specifiek en beperkt in bereik, heeft een vaste structuur en is niet persoonsgebonden (Bassant & Roos, 2003).

Methodiek = 'Leer van de methode' waarin duidelijk een visie naar voren komt. Een methodiek bestaat uit een werkmodel, een ondersteunende theorie die verantwoording biedt van het werkmodel, een empirische grondslag verkregen door (wetenschappelijk) onderzoek en uit richtlijnen die zijn gebaseerd op expliciete of impliciete waarden (Bassant & Roos, 2003; Visser, 2009).

Methodisch handelen = Een internationale handeling die vanuit een visie op mens en samenleving, bewust, doelgericht, systematisch en procesmatig plaatsvindt met als doel het vergroten van de empowerment van de cliënt en het komen tot oplossingen of het dragelijker maken van problemen. Dit werken dient te worden verantwoord aan de instelling en de samenleving waar de instelling deel van uitmaakt (Riet, 2006).

Prevalentie = Het aantal mensen wat in een bepaalde tijd aan een bepaalde aandoening leidt (Graaf e.a., 2010).

Sociale cohesie = De relatie en samenhang van mensen met de buurt/ maatschappij (IFSW, 2014).

Hoofdstuk 3: De opzet en uitvoering van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de 4 methoden van dataverzameling, die zijn gebruikt om de deelvragen te beantwoorden, toegelicht en verantwoord. Namelijk literatuuronderzoek, observaties, interviews en documenten. De hoofd onderzoeksmethoden zijn de literatuurstudie en het houden van interviews. Observaties en documenten hebben een bevestigende functie en daarnaast voorkomen ze dat we belangrijke zaken over het hoofd zien.

3.1 Literatuur onderzoek

De resultaten van het literatuuronderzoek dienen als een belangrijke basis voor het maken van de producten en het schrijven van de aanbevelingen. In de volgende beschrijving leest u met welk doel de literatuur per deelvraag is gebruikt.

In de eerste deelvraag verdiepen we ons in de doelgroep dubbel diagnose om daarmee inzicht te geven over de complexiteit van de doelgroep en om een beeld te krijgen van de omgeving waarin ons onderzoek plaatsvindt.

De tweede deelvraag vergroot het beeld over het milieu waarin het onderzoek plaatsvindt, door de organisatie en het personeel van de afdeling te onderzoeken.

In de derde deelvraag onderzoeken we de methoden die bekend zijn voor het behandelen van dubbel diagnose cliënten. Deze resultaten maken het voor ons mogelijk om aanbevelingen te schrijven en producten te maken die verantwoord zijn door literatuur.

De vierde deelvraag laat de randvoorwaarden zien die er zijn voor het implementeren van een methodiek. We leggen deze voorwaarden naast de resultaten vanuit de interviews en observaties om te onderzoeken met welke punten rekening moet worden gehouden bij het bijdragen aan de implementatie van een methodiek.

In de vijfde deelvraag komt naar voren op welke wijze de gegevens uit deelvraag één, twee en drie kunnen bijdragen aan de implementatie van een methodiek. Deelvraag vier heeft aanleiding gegeven tot het maken van de drie producten die op basis van deelvraag vijf zullen worden gemaakt. Daarmee wordt antwoord gegeven op de hoofdvraag.

Verwerking van de literatuur

Literatuur onderzoek is niet altijd gemakkelijk uit te voeren omdat er geen doelgerichte afspraken zijn die gevolgd moeten worden. Het is belangrijk om het literatuuronderzoek scherp te toetsen op de realiteit van de bronnen (Soudijn, 2005). Daarom zijn de volgende criteria bepalend voor dit literatuuronderzoek:

- De gebruikte bronnen waar uit wij onze conclusies trekken mogen niet ouder zijn dan 10 jaar, wel mogen wij oudere bronnen gebruiken om deze conclusies te verifiëren. Dit doen we om een zo actueel en betrouwbaar mogelijk beeld omtrent het onderwerp te schrijven en doormiddel van het gebruik van actuele bronnen kunnen wij een valide onderzoeksresultaat bieden.
- We gebruiken alleen zoekmethoden die door onze academie worden geadviseerd, om deze reden achten wij deze als betrouwbaar. De volgende zoekinstrumenten zijn voor onze literatuurstudie gebruikt: Scholar, google-books, HBO kennisbank, recent uitgebrachte boeken.
- We maken gebruik van voornamelijk Engelse en Nederlandse literatuur. We willen onze literatuurstudie niet beperkt laten tot alleen Nederland, mede omdat het vooronderzoek wees op verschillende methoden uit Amerika, die ook in Nederland worden gebruikt.
- De literatuur wordt door ons gelezen en in de theoretische analyse opgenomen.

3.2 Half gestructureerd interview

Naast de literatuurstudie hebben wij interviews afgenomen bij het personeel van de F.M.A.A. Dit om aanvullende bronnen en informatie te verkrijgen op specifieke deelgebieden. In de vorm van half gestructureerde interviewvragen zijn de antwoorden verkregen die leiden tot het antwoord op de deelvragen. Onder andere deelvraag twee over de huidige zorg is met behulp van data uit gehouden interviews beantwoord.

Voordat de interviewvragen werden opgesteld, zijn wij verscheidene keren op de afdeling aanwezig geweest. Wij merkten veel verschillen op tussen de behandeling van dubbele diagnose cliënten in Nederland, en de werkwijze van de hulpverleners hier op Aruba. Wij hebben daarom onze interviewvragen niet alleen laten aansluiten op onze deelvragen maar eveneens specifieke vragen toegevoegd met als doel het verhelderen en verifiëren van de al waargenomen verschillen. Bijvoorbeeld de vragen over de rapportage en over de waardering van collega's onderling sluiten aan bij de deelvragen maar komen voort uit een vooronderstelling die wij deden in de oriëntatiefase van het onderzoek. Daarnaast hebben we de interviewvragen aangepast aan de doelstelling van het onderzoek.

Zoals gebruikelijk in een half gestructureerd interview hebben we vaste onderwerpen gebruikt (Baarda, de Goede & Teunissen, 2001). Daarnaast hebben we vragen opgesteld die leidend zijn bij het houden van de interviews. De keuze voor een half gestructureerd interview is genomen omdat de personen die geïnterviewd werden, verschillend geschoold zijn. Het voordeel van een semigestructureerd vorm van afname, is dat het de mogelijkheid bood om met doorvragen over het gegeven onderwerp tot diepgaande kennis te komen (Vrolijk, 2003). Niet allen hebben veel ervaring en ieder heeft een mening die van belang is voor ons onderzoek. Naast enkele gesloten vragen is voornamelijk gebruik gemaakt van open vragen. Dit omdat wij een zo helder mogelijk beeld willen krijgen vanuit de geïnterviewde zelf over de huidige situatie van zorg voor dubbele diagnose cliënten (Baarda, de Goede & Teunissen, 2001). Wij realiseerden ons dat subjectiviteit een reëel gevaar kan vormen voor de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Wij hebben geprobeerd de gegevens zo objectief mogelijk te verwerken.

- In bijlage 4.1 kunt u de interview vragen lezen.

Verwerking interviews

De interviews zijn afgenomen in de therapie ruimte van Centro Colorado, een ruimte waar geen andere medewerkers of cliënten aanwezig waren. Ook hebben we een interview in de gevangenis afgenomen, dit interview kon vanwege de veiligheid niet auditief worden opgenomen.

We hebben de interviews op een recorder opgenomen. De geluidsopnamen hebben we volledig uitgetypt. Daarna hebben we de irrelevante tekst geschrapt. We hebben ernaar gestreefd om de relevante tekst zo origineel mogelijk te laten zijn voor een zo weinig mogelijk door ons gekleurde observatie. Daarom achten wij het in sommige gevallen relevant om dubbele woorden, stiltes, gebeurtenissen tussendoor en 'eehms' niet te schrappen als irrelevante tekst in onze fragmenten. De in onze ogen relevante tekst voor het beantwoorden van onze deelvragen hebben we onderverdeeld in verschillende fragmenten die we hebben genummerd en waar we labels aan hebben toegevoegd. Elk fragment bevat één kernlabel met eventueel overige labels die hetzelfde onderwerp betreffen.

- Bijlage 4.2 bevat een uitgebreide uitleg over de verwerking van de gehouden interviews.
- Bijlage 4.3 bevat een tabel per interview met fragmenten, kernlabels en overige labels.

Privacy geïnterviewde

Om te voorkomen dat een geïnterviewde gemakkelijk geïdentificeerd kan worden hebben wij ervoor gekozen om de interviews in willekeurige volgorde te verwerken en de namen van de geïnterviewde achterwege te laten. We hebben voor de verwerking van de leeftijd en opleiding van de geïnterviewde onderscheid gemaakt tussen medewerkers werkzaam als hulpverlener op

de afdeling, en medewerkers werkzaam buiten de afdeling dubbele diagnose. Wanneer een geïnterviewde een vraag om enige reden niet heeft beantwoord, verwerken wij alleen de vragen die wel beantwoord zijn.

Beschrijving van interviewvragenlijst

Er zijn tien respondenten geïnterviewd. Voor het afnemen van de interviews hebben wij twee vragenlijsten gemaakt. Een vragenlijst voor de vijf teamleden en een vragenlijst voor leidinggevenden en personeel die werkzaam zijn bij de F.M.A.A. maar niet op de dubbele diagnose afdeling. Door het personeel dat te maken heeft met dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A. te interviewen kregen we inzicht in de huidige behandelmethodes voor dubbele diagnose cliënten bij deze instelling. Daarnaast werd met het oog op de probleemstelling, doormiddel van de interviews de huidige kennis van de doelgroep bij de hulpverleners gemeten. De vragen die wij aan het team van de dubbele diagnose doelgroep stelden gingen dieper in op de samenwerking onderling. Wij wilden op dit onderwerp dieper ingaan omdat we tijdens de oriëntatiefase dachten te merken dat hier mogelijk een probleem achter het probleem zou kunnen liggen. Het probleem dat er geen specifieke methodiek en eenduidige behandelingswijze wordt toegepast, kan inherent zijn aan een moeizame samenwerking onderling. Om vast te kunnen stellen of ons vermoeden klopte, hebben we ervoor gekozen meer vragen over de samenwerking te stellen dan wij vooraf ten aanzien van onze deelvragen hadden bedacht.

Bij de vragenlijst die aan medewerkers van de F.M.A.A. buitenom het team, zijn gehouden hebben we vooral gekeken naar de visie van de organisatie en de belangen voor de dubbele diagnose doelgroep. We hebben de vragen over de visie bewust aan de overige medewerkers gesteld omdat we ook met de directeur, beleidsmedewerker en meerdere afdelingshoofden een interview hebben gehouden. Van hen wilden we graag weten of de visie ook overeen kwam met hun eigen visie. Ook wilden we weten hoe deze visie zich rond de geboden zorg vormt. De keuze om sommige vragen niet aan het team te stellen hebben we gemaakt omdat de vragen er voor zouden kunnen zorgen dat de respondent hierop geen antwoord kon of wilde geven.

Om de validiteit van het onderzoek te waarborgen hebben we ervoor gekozen om naast de interviews ook observatie gegevens te verzamelen.

3.3 Observaties

Met de dataverzameling doormiddel van observatie hebben wij een zo volledig mogelijk beeld geschilderd van de huidige situatie. We hebben dit gedaan om antwoord te kunnen geven op deelvraag twee, over de huidige geboden zorg. Aan de hand van de observaties worden aanbevelingen aangescherpt en specifiek voor de organisatie geschreven.

De onderzoeksmethode hebben we opgesplitst in observatienotities, theoretische notities, methodische notities en reflectieve notities, dit ter controle van de betrouwbaarheid van de observaties. Bij voorkeur werden de observaties ter plekke geregistreerd, daarnaast werden de notities zo direct mogelijk in relatie met het geobserveerde gemaakt, dit ter voorkoming van eigen interpretaties.

In het begin zijn een aantal observatiepunten aangaande het observatieonderzoek opgesteld. De punten hebben geholpen om structuur aan te brengen in de observaties. Omdat er zoveel mogelijk gegevens verzameld moesten worden, is er gekozen voor een beschrijvende observatie. Aan de hand van de observatievragen is beschrijvend op deze vragen de doelgroep geobserveerd. Bij de uitwerking van deze gegevens zal worden gekeken naar de relevante informatie voor het onderzoek.

We hebben gekozen voor een participerende observatie om zo min mogelijk op te vallen. De eerste twee weken hebben we geparticipeerd in de normale gang van zaken op de afdeling zonder notities te maken. We hebben dit gedaan zodat de cliënten aan ons konden wennen en wij hen op een ongedwongen manier konden leren kennen. Pas in de derde week maakten wij notities tijdens onze aanwezigheid. Wij hebben tien dagdelen geobserveerd. Tijdens de observaties maakten we notities. Er is door ons beiden tegelijkertijd geobserveerd zodat de observaties getoetst konden worden. Ondanks dat zijn we ons van de subjectiviteit aangaande de observaties bewust (Baarda, Goede & Teunissen, 2001). Onze objectiviteit is mogelijk gekleurd door onze westerse visie op de huidige situatie.

Verwerking observaties

De objectieve en de theoretische notities hebben we gefragmenteerd en gelabeld. Verder hebben we deze gegevens op dezelfde manier weergegeven in verschillende schema's zoals bij de interviews. Deze keuze hebben we gemaakt om ook onze visie over te kunnen brengen aan de lezer. De notities kunnen daardoor subjectief genoemd worden. Desalniettemin komt elke dimensie voort uit objectieve observaties. Bijvoorbeeld de objectieve notitie: "hulpverlener is niet aanwezig, huiskamer zit op slot." Wordt een theoretische notitie: "huiselijke sfeer ontbreekt. Een huiselijke sfeer kan niet aanwezig zijn als de deur op slot zit."

- In bijlage 5 ziet u de observaties en de verwerkte data.

3.4 Documenten – notulen

Omdat de mogelijkheid er was gebruik te maken van de notulen van twee teamvergaderingen die hadden plaatsgevonden in de periode dat wij er waren, hebben we deze gebruikt ter ondersteuning van ons onderzoek. Met name in deelvraag 2: 'Welke zorg wordt er geboden aan dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?' en 4.3: 'In hoeverre voldoet de F.M.A.A. aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van een methodiek?' wordt beantwoord met behulp van deze datagegevens.

Verwerking documenten

Voor de verwerking van de notulen hebben we net als bij de interviews en observaties de irrelevante tekst geschrapt en de relevante tekst gefragmenteerd. Verder hebben we de gegevens op de zelfde manier verwerkt als de gegevens van de interviews en observaties.

Hoofdstuk 4: Resultaten van het onderzoek

De resultaten van de verschillende onderzoeksmethoden hebben geleid tot de beantwoording van de vijf deelvragen die in dit hoofdstuk staan weergegeven.

4.1

Deelvraag 1: Hoe wordt iemand gediagnostiseerd met een dubbele diagnose en welke invloed heeft de cultuur van Aruba op deze diagnose?

Om te weten welke behandeling aansluit bij de doelgroep achten wij het van belang om de doelgroep nader te onderzoeken. De beantwoording van deze deelvraag geeft de lezer achtergrond informatie over de doelgroep door helder weer te geven hoe dubbele diagnose cliënten volgens de literatuur worden gediagnosticeerd en vanuit welke visie verdere bevindingen zijn verwerkt. Daarnaast geeft de volgende informatie inzicht over de (culturele) verschillen die er zijn tussen de dubbele diagnose cliënten in Nederland en in Aruba. Met de volgende vragen zal deze deelvraag worden beantwoord:

4.1.1 Wat is dubbele diagnose?

4.1.2 Welke aspecten uit de cultuur en de geschiedenis van Aruba kunnen van invloed zijn op een psychiatrische aandoening en een verslaving?

4.1.1 Wat is dubbele diagnose?

De diagnostiek van een dubbel diagnose.

In de Diagnostic Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) is vastgelegd welke afspraken er zijn gemaakt omtrent de classificatie van psychiatrische aandoeningen. Door de internationale afspraken hierin wordt kennis uitgewisseld. In het kort staat weergegeven wat de psychiatrische aandoening inhoudt.

Van een dubbele diagnose wordt gesproken wanneer een cliënt naast een verslaving aan of misbruik van psychoactieve middelen ook nog aan tenminste één andere psychiatrische stoornis lijdt. Deze psychiatrische stoornis moet volgens de criteria van de DSM-IV worden vastgesteld. Verschillende combinaties tussen middelen en psychiatrische stoornissen zijn mogelijk. De comorbiditeit tussen middelen en psychiatrische stoornissen is groot. Daarom is een behandeling afzonderlijk van elkaar niet doeltreffend (Dom, e.a., 2013). Vaak blijken psychiatrische cliënten stoornissen te hebben door het gebruik van psychoactieve stoffen en andersom blijken verslaafden te lijden aan psychiatrische stoornissen (Clijsen, 2010). Klinisch epidemiologisch onderzoek laat zien dat dit in de geestelijke gezondheidszorg geen uitzondering maar eerder de regel is (Mueser, 2011).

Een psychiatrische diagnose en tevens de diagnose van afhankelijkheid van middelen of verslaving, kan pas worden gesteld na een psychiatrisch onderzoek door een psychiater. Dit onderzoek is gedefinieerd als een systematische evaluatie van de oorzaken, de symptomen, het verloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis. Deze dienen als basis voor een diagnose, een behandelplan of de beantwoording van eventuele vragen van de cliënt of verwijzer van de cliënt bijvoorbeeld een arts of een familielid. Alvorens de diagnose gesteld kan worden moet relevante informatie worden verkregen. Relevante informatie houdt in dat de cliënt wordt geïnterviewd en dat er observaties op het gedrag van de cliënt hebben plaats gevonden.

Tot relevante informatie behoren:

- De symptomen van de aandoening, zoals de klachten die de cliënt noemt
- De zichtbare, hoorbare en voelbare verschijnselen
- De medische (psychiatrische) voorgeschiedenis van de cliënt
- De relevante omstandigheden uit het leven van de cliënt en diens familie
- Laboratoriumonderzoek
- Beeldvormend onderzoek en de reacties van de cliënt op een bepaalde behandeling of medicijn (Dom e.a., 2013).

Na het verkennen van het probleem bij de cliënt en het verzamelen van aanwijzingen voor de problemen van de cliënt, moet altijd vervolgdagnostiek plaats vinden om een oorzaak te vinden van de aandoening, stoornis of ziekte aan de hand van de optredende verschijnselen.

Een goede diagnose is van groot belang om inzicht te krijgen in alle eventueel aanwezige persoonlijkheidsstoornissen (Cacciola e.a., 1996., Minkoff, 2005., Dom e.a., 2013).

Aandachtspunten in behandeling

Er zijn verschillende problemen waar dubbel diagnose cliënten door hun aandoening mee te maken krijgen. Cliënten met een dubbele diagnose hebben zoals eerder beschreven naast hun verslavingsprobleem te maken met een psychiatrische stoornis. De behandeling voor deze cliënten wordt door hun comorbide problematiek bemoeilijkt. De vraag welk probleem als eerste aanwezig was, is niet relevant omdat de nadruk moet liggen op de persoon zelf. De dubbele diagnose cliënt is een kwetsbaar persoon die moeite heeft om zich in de maatschappij staande te houden. Veel van deze cliënten zijn zorg vermijdende mensen en verwaarlozen zichzelf. Op veel leefgebieden hebben de dubbele diagnose cliënten problemen. In leefgebieden zoals: huisvesting, werk en inkomen, dagbesteding en relaties met familie en vrienden komen problemen veelvuldig voor (Graaf, Have & Dorsselaer, 2010., O'Brien, e.a., 2004). Het aandachtspunt op het gebied van medicatie is van belang, vaak is er sprake van misbruik van medicatie. In de behandeling moet aandacht aan alle psychoactieve middelen gegeven worden (Janzing e.a., 2003).

Bij de behandelaars kan de onbekendheid met verslavingsproblematiek leiden tot het krampachtig niet voorschrijven van medicijnen, of door het juist te gemakkelijk wel voor te schrijven (Trimbos, 2008). In deelvraag 2 wordt duidelijk dat bij de F.M.A.A. de onbekendheid van de problematiek ook een oorzaak is van het gesignaleerde probleem (Meeuwissen, Kroon & Eland, 2001).

De ontwikkeling van een dubbele diagnose

In de praktijk wordt waargenomen dat het moeilijk is om de relatie tussen middelengebruik en een psychiatrische problematiek te onderscheiden. Daardoor is het bijna onmogelijk om een van de aandoeningen aan te wijzen als oorzaak van de andere. Om deze onduidelijkheid te verhelderen wordt er gesproken van wederzijdse beïnvloeding door twee (mogelijk meerdere) stoornissen, dit wordt zoals eerder beschreven, comorbiditeit genoemd. De oorzaak en de gevolgen worden in dit geval niet achterhaald.

Lange tijd ging men ervan uit dat het gebruik van psychoactieve middelen, als een vorm van zelfmedicatie werd gedaan. De cliënt zou de middelen gebruiken om de symptomen van de psychiatrische aandoening of de bijwerkingen van de medicatie voor de aandoening te onderdrukken. Het gevolg van middelenmisbruik zou leiden tot de psychiatrische stoornis. Echter lijkt dit door de diversiteit van de comorbiditeit een eenduidige etiologie onwaarschijnlijk.

Een model wat als waarschijnlijk wordt aangenomen is het sensitiviteitsmodel. Dit model laat met een theoretische onderbouwing zien dat psychiatrische cliënten door biologische kwetsbaarheid gevoeliger zijn dan anderen voor psychoactieve middelen. Een gevolg voor deze kwetsbare mensen is dat kleine hoeveelheden alcohol of drug ook negatieve gevolgen kunnen veroorzaken (Dom, e.a., 2013). De dubbele diagnose cliënten van de F.M.A.A., zijn een kwetsbare doelgroep. Dit resulteert zich vaak in een hoge terugval. Zo blijkt ook uit resultaten van verschillende interviews:

“Als ik de familie of als ik de systeem zie van deze doelgroep, is meestal de opvang niet optimaal. Mijn ervaring is: binnen 24 uur zitten ze weer op straat.” (I3.F.LB.17.2.14, 3.9.3).

“Ik had het idee dat als ze eenmaal zouden komen afkicken dat ze ook clean zouden blijven. En alles zou dan weet je wel; gelukkig en blij en regenboog en hemel zijn, maar zo werkt het niet ze komen 100 keer terug.” (I9.F.LB.28.2.14, 6.6.1).

De meest voorkomende vormen van comorbiditeit.

Zoals eerder beschreven is er veel diversiteit in combinaties van een dubbele diagnose. Om daar een beeld van te krijgen hebben we de meest voorkomende combinaties beschreven. Omdat de informatie uitgebreid is maar wel nuttige informatie bevat voor hulpverleners die met deze doelgroep werken, hebben we een bijlage toegevoegd waarin de meest voorkomende vormen van comorbiditeit worden toegelicht. (Bijlage 1)

De meest voorkomende vormen van comorbiditeit zijn: schizofrenie en middelengebruik, bipolaire stoornis en middelengebruik, depressie en middelengebruik, angststoornissen en middelengebruik en persoonlijkheidsstoornissen met middelengebruik.

Onderzoek laat zien dat in Nederland het drugsgebruik onder de doelgroep met een psychiatrische aandoening hoog is (41%). De cijfers die hier worden getoond zijn waarschijnlijk een onderschatting van het werkelijke aantal gebruikers omdat het gebruik van harddrugs niet eenvoudig te peilen is onder de algemene bevolking (Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu, 2014).

In de Nationale drug monitor, uitgegeven door het Trimbos instituut, wordt duidelijk dat er van de bevolking in de leeftijd van 15 tot en met 64 jaar in Nederland in 2009 ongeveer één op de vier (26%) ooit drugs gebruikte (Van Laar e.a., 2012). Onder de doelgroep met schizofrenie, bipolaire stoornissen of een depressie met psychotische klachten wordt met 41% aanzienlijk meer drugs gebruikt (Ravelli, Bijl & van Zessen, 1998).

In Aruba wordt het huidige aantal drugsgebruikers geschat op ongeveer 10% van de totale bevolking van ongeveer 110.000 inwoners, naar schatting zijn van hen ongeveer 400-500 mensen dakloos, zij worden ‘chollers’ genoemd (Chiuew, 2012).

Doordat de prevalentie zo hoog is, is het onvermijdelijk dat stoornissen regelmatig samen voorkomen bij een persoon. Op grond van een kansberekening lijkt het alsof deze comorbide aandoeningen geen onderlinge samenhang hebben. Echter komt comorbiditeit veel vaker voor dan wat slechts op grond van een kansberekening verwacht kan worden. Dat laat ons zien dat er sprake lijkt te zijn van samenhang tussen verschillende stoornissen. Een voorbeeld hiervan is de groep cliënten die lijden aan schizofrenie, ongeveer de helft van deze groep heeft naast de psychiatrische aandoening ook een verslavingsprobleem (Graaf e.a., 2010).

Stoornissen in fundamentele neurobiologische circuits blijken aan de basis te liggen van zowel verslaving als psychiatrische aandoeningen. Kwetsbaarheid op een of meerdere van deze hersenfunctiesystemen draagt bij tot een verhoogd risico op het ontwikkelen van een of meerdere aandoeningen bij een individu (O’Brien e.a., 2004).

- In bijlage 1 worden de meest voorkomende vormen van comorbiditeit nader toegelicht.

De prognose voor een dubbele diagnose cliënt

Welke gevolgen heeft de comorbiditeit voor de prognose van een cliënt?

De literatuur laat zien dat er tussen de ontwikkeling en de prognose van de behandeling voor dubbele diagnose cliënten een duidelijk verband ligt tussen comorbiditeit en diverse leefgebieden. De kans dat de cliënt recidiveert is groot, cliënten raken gehospitaliseerd, de therapietrouw is gering, de cliënten zijn vaak dakloos, de kans op suïcide is groter dan bij cliënten zonder een dubbele diagnose. Ook chronische maatschappelijke moeilijkheden zoals werkeloosheid en langdurige conflicten in de privésfeer komen veelvuldig voor. Het middelengebruik leidt tot onaangepast gedrag met als gevolg dat de cliënt sociale steun vanuit zijn omgeving verliest en daarbij vaak in financiële problemen komt. Daarbij komt dat de psychiatrische aandoening ervoor zorgt dat de cliënt een verminderde capaciteit heeft om de negatieve gevolgen het hoofd te bieden (Trimbos, 2008; Burns & Teesson, 2002). Deze problemen zijn een bedreiging voor de prognose van de cliënt, ze bemoeilijken het proces van 'herstel' (Trimbos, 2008; Dom, e.a. 2013).

4.1.2 Welke aspecten uit de cultuur en de geschiedenis van Aruba kunnen van invloed zijn op een verslaving en een psychiatrische aandoening?

Om antwoord te kunnen geven op deze vraag kijken we eerst naar de geschiedenis van het eiland Aruba. Aruba is een klein eiland, 31 kilometer lang en maximaal 8 kilometer breed (CBS, 2010). De oorspronkelijke bewoners waren Arawak Indianen. De kolonisatie begon in de 17^e eeuw en bracht Europese bestuurders naar het eiland. Vergeleken met andere Caribische eilanden was de rol van de plantage, economie, slavernij en economische uitbuiting op Aruba klein. In 1816 waren op Aruba 1732 inwoners waarvan 336 slaven en 564 indianen (Meeles, 2011). Deze hebben zich in grote mate gemengd en zij worden tegenwoordig gezien als de 'oorspronkelijke' Arubaan (Alofs & Ralmond, 2001, Wal, 2008). Sinds 1986 is Aruba als 'Status Apart', erkent als nieuw land in het koninkrijk. Met 106.795 inwoners is Aruba nu dichter bevolkt dan Nederland (CBS, 2013). Door de geschiedenis is de bevolking op het eiland Aruba multicultureel. De invloeden vanuit Latijns Amerika, Amerika en Nederland worden op het eiland terug gezien. Veel inwoners hebben een dubbele nationaliteit en zijn twee- of meer talig. Er wordt Papiamentu, Engels, Spaans en Nederlands gesproken (Alofs & Romondt, 2001). De omgang met een aandoening is in andere culturen vaak verschillend. In sommige culturen wordt een psychiatrische aandoening genegeerd. Ook het beeld wat in een cultuur over gebruik van middelen bestaat beïnvloed de zorg voor de doelgroep. Op Aruba wordt de problematiek als een ernstig maatschappelijk probleem gezien waarvoor geen eenvoudige oplossing aangeboden kan worden en die door velen als een bedreiging wordt ervaren (Gobierno di Aruba, 2011).

Tot het begin van de twintigste eeuw was Aruba een van de minst ontwikkelde eilanden in het Caribische gebied. Door de ontwikkelingen rondom de olie industrie, groeide de Arubaanse economie, dit bracht met zich mee dat veel migranten zich vestigden rondom de raffinaderijen en de handelsmonopolie van de traditionele elite-families uit handen werd genomen. De voornaamste machtsposities werden vervuld door Nederlanders en Curaçaose migranten. (Alofs, L., Romondt, van A. 2001). Dit staat mogelijk in verband met het feit dat het aantal 'chollers' op Aruba sindsdien in aantal is toegenomen (Gobierno di Aruba, 2011).

Verslaving – drugs en alcohol

'Ze hebben een bepaald kruid bij zich als ze op oorlogspad zijn en ook bij andere gelegenheden, want met het poeder van dit kruid kunnen ze het twee dagen zonder eten en drinken uithouden, louter en alleen door het in de mond te houden: dit kruid noemen de Quechua indianen 'coca'.(Oviedo, officieel chroniceur van de Indias voor Spanje, 1550).'

Zoals blijkt uit bovenstaand citaat, is het gebruik van verslavende stoffen op Aruba niet nieuw. Ver in het verleden zijn al beschrijvingen gegeven van de drugs die nog steeds wordt gebruikt. De motivatie voor inname en de effecten die drugs teweeg kunnen brengen werden positief belicht. Dit citaat is volgens de literatuur van een geschiedschrijver die de Spaanse soldaten wilde voorbereiden op hun ontmoeting met de cultuur van de toenmalige bewoners, de Arawak Indianen op Aruba (Galen, 2007).

We richten ons hier op de wijze waarop de geschiedenis van invloed is geweest op het gebruik van drugs en alcohol op Aruba. Alcoholverslaving is op Aruba al van oudsher een bekend fenomeen. Ook illegale drugs werden al lang op kleine schaal gebruikt, maar het bleef bij kleine incidenten. Sinds de jaren 80 is het gebruik van illegale drugs toegenomen (Galen, 2007).

“Met name de laatste jaren krijgt de samenleving steeds vaker te maken met de zogeheten ‘chollers’, daklozen die vooral base gebruiken” (Galen, 2007).

Volgens onderzoek onder chollers uit Aruba wordt er gemiddeld 12 gram base per week genomen. Zwaar gebruik leidt vaak tot ernstige depressies bij abstinentie, met als gevolg dat men weer gaat gebruiken om de depressie tegen te gaan. Door de samenleving worden de chollers gezien als een besmettelijke ziekte, omdat het aantal toeneemt (Galen, 2007).

Doordat de drugs al zo vroeg in de geschiedenis bekend was op Aruba, wordt het probleem hierdoor mogelijk gemakkelijk geaccepteerd, en wordt het pas relatief laat als een probleem gezien (Amigoe, 2006).

Tot op heden is er een sterke connectie tussen Aruba en Venezuela. Aruba ligt op 23 kilometer afstand van de kust van Venezuela (Wal, 2008). Venezuela staat al lange tijd bekend als een land waarin drugs zorgwekkend veel gebruikt wordt in alle sociale klassen (Carrero, 1977). De nauwe verbanden tussen Aruba en Venezuela zouden een oorzaak kunnen zijn voor het drugsgebruik op Aruba.

Naast de ligging van het eiland staat het Caribisch gebied bekend als gewelddadig. Het percentage jongeren dat er door geweld om het leven komt ligt hoger dan in Latijns Amerika en is een aantal landen significant hoger dan het wereldgemiddelde. Hoewel Aruba deel uitmaakt van het Caribisch gebied, zijn de leefomstandigheden van de Arubaanse jongeren nauwelijks vergelijkbaar met die van hun leeftijdgenoten in de andere (ei)landen (Wal, 2008).

Psychiatrie

Als laatste zullen we deze vraag beantwoorden door de invloed van de cultuur op de psychiatrie in Aruba te onderzoeken.

‘Medicijnmannen’, in Aruba bestaan ze tot op de dag van vandaag. Zo kan een ‘Hasido di Brua’, een verzamelnaam voor alle magische praktijken, geraadpleegd worden om geesten uit te drijven. ‘Zumbi’ is een boze geest van een overledene die geen rust kan vinden en het leven van willekeurige personen binnen families moeilijk maakt. Vaak worden psychiatrische cliënten gezien als personen die door Zumbi worden aangevallen. Tegen betaling kan de Hasido di Brua, ook wel Kurado genoemd, contact maken met de geestenwereld en je problemen oplossen (Römer, 2008). Ruim 80 procent van de Arubanen is katholiek (Duran, 2003). De rooms katholieke kerk veroordeeld de brua-religie (Hoffer, 2009). Daardoor bevindt dit zich in de taboesfeer. Er wordt weinig over gesproken, al gelooft men er nog wel in en maakt men er nog steeds gebruik van (Jessurun, 2005).

Bij de verschillende bevolkingsgroepen op Aruba hebben psychiaters te maken met een haast universele toekenning dat er geesten bestaan die psychotische symptomen veroorzaken. De Antilliaanse Brua is vergelijkbaar met de uit Ghana afkomstige Winti, zoals die bekend is in Suriname (Stephen & Neut, 1990). Andere oorzaken van psychische aandoeningen zouden volgens de cliënten te maken kunnen hebben met hebzucht, jaloezie en competitie (Jessurun, 2005).

Conclusie

Hoe wordt iemand gediagnostiseerd met een dubbel diagnose en welke invloed heeft de geschiedenis van Aruba op deze diagnose?

Literatuuronderzoek laat zien dat met behulp de DSM-IV iemand wordt geclassificeerd met een dubbele diagnose. Deze diagnose kan pas worden gesteld na een psychiatrisch onderzoek waarin de symptomen, het verloop en de gevolgen van een psychiatrische stoornis systematisch worden geëvalueerd. Diagnostiek moet mede plaatsvinden aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten door getrainde hulpverleners.

Het aantal dubbel diagnose cliënten kan niet exact genoemd worden omdat veel cliënten vanuit deze doelgroep zelf geen hulp zoeken en/of op straat leven. Dubbel diagnose cliënten hebben naast hun verslaving te maken met een psychische stoornis.

De culturele aspecten die van invloed kunnen zijn op de dubbele diagnose cliënten zijn door de multiculturele samenleving divers. De geschiedenis van het eiland laat zien dat het gebruik van verdovende middelen al lang geleden als een gewoonte werd gezien. Daarnaast worden psychiatrische aandoeningen verklaard door de bijgelovigheid die de aandoeningen zouden veroorzaken.

De combinatie van de literatuur over dubbele diagnose en de Arubaans-culturele visie dat psychiatrisch aandoeningen door geesten worden veroorzaakt, heeft mogelijk invloed op de huidige behandeling van dubbel diagnose cliënten op Aruba. In het volgende hoofdstuk wordt de huidige zorg beschreven.

4.2

Deelvraag 2: Welke zorg wordt er geboden aan dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

In deze vraag geven we een zo betrouwbaar en duidelijk mogelijk beeld weer van de huidige zorg die wordt geboden aan de dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A. We inventariseren op deze manier op welke manier de zorg geboden wordt. Deze informatie hebben we nodig om te kijken wat er mogelijk verbeterd kan worden in de behandeling van dubbele diagnose cliënten. Met de volgende vragen zal een antwoord gegeven worden op de deelvraag:

4.2.1 Door wie wordt de zorg geboden?

4.2.2 Welke behandeling wordt waargenomen?

4.2.1 Door wie wordt de zorg geboden?

We zullen de zorg vanuit macro, meso en micro niveau beschrijven. Voor deze volgorde is gekozen omdat dan duidelijk wordt welke rol de overheid speelt in de problemen die uiteindelijk op micro niveau aanwezig zijn.

Politiek

Chollers, die in veel gevallen dubbel diagnose cliënt zijn, worden gezien als besmettelijke ziekte (Gaalén, 2007). Vermoedelijk wordt er ook vanuit de overheid op een aanmatigende manier naar de doelgroep gekeken.

“Hier wordt het herkend als beestelijk gedrag. Als choller ben je niks. Als in Nederland een choller in elkaar wordt geslagen is het misdrijf, hier is het er eentje minder. Een zwerver uit Nederland is niet te vergelijken met een ‘choller’ op Aruba. Ook medewerkers worden niet goed behandeld. Ook omdat de overheid er zo naar kijkt. In Nederland ben je professioneel, hier zien ze chollers die chollers willen helpen, dat kan niet. Opleiding en specialisatie is het doel, Hier wordt je niet gewaardeerd voor dit werk.” (I9.F.LB.9.7.1)

Het drugs masterplan van Aruba, bevestigt het aversieve stigma wat er over de doelgroep bestaat. We lezen dat de samenleving deze groep mensen isoleert van de rest van de samenleving. Hierdoor wordt het oplossen van het probleem bemoeilijkt.

“Op Aruba is sprake van een toenemende aversie naar de verslaafden toe, voornamelijk met betrekking tot de groep problematische dakloze, ‘chollers’. Overal roept het bestaan van deze groep aversie op bij de bevolking.” (Gobierno di Aruba, 2011)

Het vermoeden dat ook de overheid de doelgroep op een negatieve manier behandelt wordt ondersteund door het feit dat de voorzieningen voor de doelgroep niet optimaal zijn en er een tekort aan geld is.

“Op dit moment lijkt me die zorg niet haalbaar, we hebben er geen geld voor, we hebben een vacature stop. De politiek ziet het belang van verslavingszorg niet, wij zijn het ondergeschoven kindje, wij zijn een stelletje junkies, stop ze maar onder justitie en zoek het maar uit ” (I6.F.LB.6.9.1).

In de Arubaanse krant Amigoe (2006) staat het volgende bericht over de beslissingen die door de overheid worden genomen en welke een negatief effect hebben op de huidige zorg:

“De verslavingszorg heeft het op dit moment moeilijk in het vinden van gekwalificeerd personeel. Daarnaast is vanuit de overheid een personeelsstop afgekondigd waardoor er te weinig handen zijn om het werk te kunnen doen”.

Zoals blijkt uit de interviews is dit probleem nu, 8 jaar later, er nog steeds. Toen de vacature stop er nog niet was, stelde de politiek mensen aan die niet gekwalificeerd waren voor het werk met de verslaafden, dit blijkt uit de volgende citaten.

“Genoeg mensen die hier werken zijn letterlijk niet opgeleid. Die hebben niet eens hun LBO diploma zeg maar en die zijn dan politiek aangenomen en daar kan je niks aan doen. Ze werken hier al jaren en ze gaan niet meer weg.” (I6.F.LB.6.9.2)

“Voordat de F.M.A.A. een stichting werd waren wij een overheidsdepartement, en hier is de politiek; als je voor de minister stemt dan zorgt hij dat je een baantje krijgt in zijn ministerie. De minister van volksgezondheid heeft veel mensen aangewezen voor deze organisatie. Hij nam mensen aan die nooit in verslaving of in de hulpverlening hebben gewerkt of mensen die zelfs geen diploma hebben niet eens hun mavo, en daar merk je het aan, dan heb je een gebrek aan kennis. En dat heeft invloed op de hele organisatie” (I3.F.LB.3.8.2).

Ondanks deze informatie vanuit de interviews komt professionaliteit steeds meer op gang in de verslavingszorg volgens het coördinatie bureau van Aruba (Amigoe, 2006).

“Tien jaar geleden opende het eerste opvanghuis en werd het werk bijna uitsluitend door vrijwilligers gedaan. Sindsdien is de zorg verder geprofessionaliseerd, het belang van professionaliteit wordt steeds meer ingezien.”

In het drugs masterplan van Aruba wordt lezen we dat de kwaliteitsverbetering door de mogelijkheid tot scholing, training en cursussen zich steeds verder ontwikkeld. De mogelijkheid tot het volgen van een HBO op de Christelijke Hogeschool Ede is sinds dit jaar aanwezig (Gobierna di Aruba, 2011). Verder is men in 2013 weer opgestart met de opleiding tot verslavingszorgtherapeut.

Zoals eerder beschreven werd in Aruba het probleem rondom drugsgebruik pas laat erkend. Mogelijk is de zorg daardoor pas later zich meer op de professionaliteit gaan richten. De invloed van tien jaar geleden is zichtbaar op de afdeling, niet al het personeel is geschoold, de hulpverleners kunnen daardoor de cliënten niet bieden wat ze hen zouden willen bieden (IVK 4). Het coördinatiebureau van Aruba benoemt de veranderingen ten opzichte van vroeger: ‘We staan open voor iedereen. In tegenstelling tot vroeger, toen we bleven wachten tot de mensen naar ons kwamen, gaan we nu zelf naar iedereen toe naar verslaafden, familie en hulpinstanties (Amigoe, 2006).’

Een positief gevolg van de problematiek op Aruba is dat hulpverleners en instanties leren dat samenwerking nodig is om tot een oplossing te komen voor verslavingsproblematiek. Tevens leren ze de problematiek actief in plaats van passief te benaderen. Voor de hulpverleners van de F.M.A.A. houdt dit in dat ze ook in deze ontwikkelingen moeten kunnen participeren. Zorg verlenen vanuit een passieve houding versus een actieve houding vergt een professionele houding van het personeel (Heijen & Slaats, 2009). In de observaties zien wij deze actieve houding nog niet altijd terug komen.

De passieve houding in het verleden werd gezien in het feit dat niemand over de verslaving sprak, het werd door een ieder voor zich gehouden (Amigoe, 2006).

‘Sinds het eerste opvanghuis zijn er verschillende opvanghuizen geopend, ook voor alcoholverslaafden. Daardoor steeg het aantal verslaafden in de centra van 20 naar 500’

Deze getallen worden positief genoemd omdat het verslavingsprobleem diep in de gemeenschap was verborgen. Voorheen sprak niemand over verslaving uit schaamte, het was iets dat de Arubaan in huis hield. Nu is het mogelijk te weten wie ze zijn en waar ze zijn. De familie komt naar de hulpverleners toe voor hulp. De taboe die op verslaving ligt wordt steeds minder. (Amigoe, 2006).

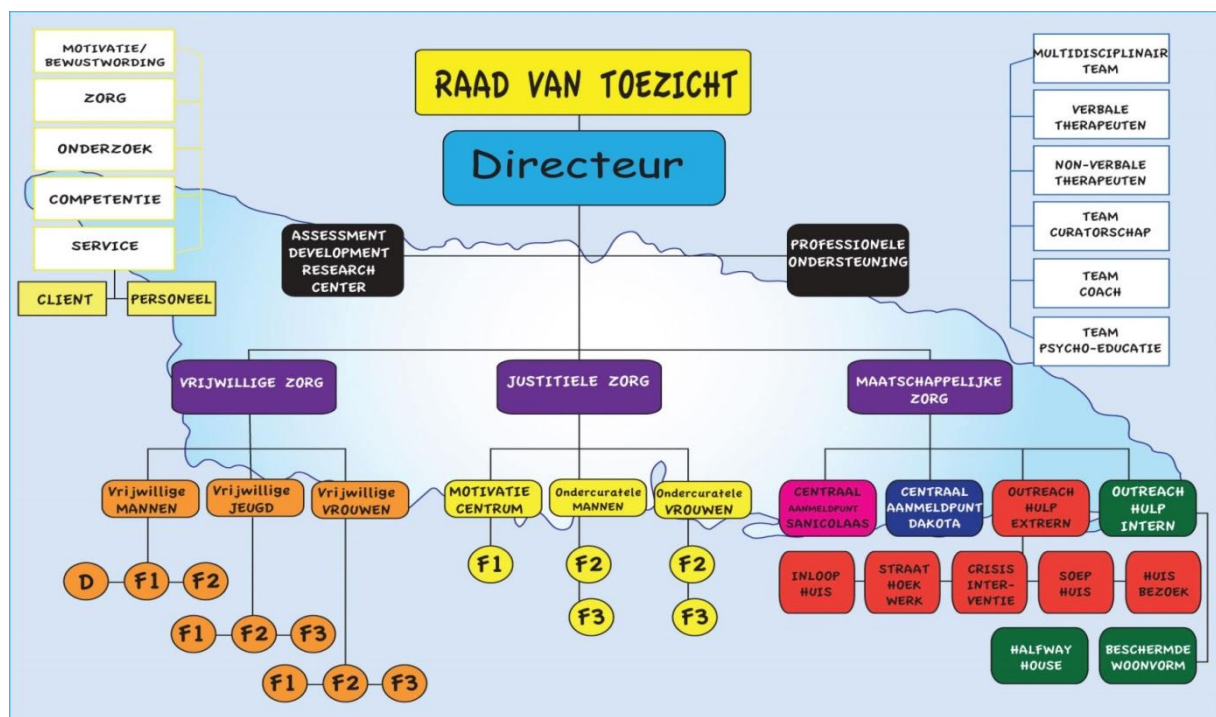
Ondanks de positieve verandering in de afgelopen tien jaar volgens deze bronnen, benoemen de respondenten dat de overheid de verslavingsproblematiek en ook de dubbele diagnose problematiek zou moeten erkennen. Het probleem is groot en om dat te kunnen verhelpen moet de overheid groot denken en het probleem serieus nemen. Daarbij wordt genoemd dat de Overheid beter zou moeten samenwerken met de F.M.A.A. en andere instanties op Aruba (IVK 5).

“Het is niet goed als het bij FMAA blijft. We moeten gaan samenwerken met overheid et cetera.” (I9.F.LB.9.10.1)

Organisatie

Om te kijken hoe de zorg wordt geboden op meso niveau is in figuur 1 de organisatie F.M.A.A. in het organogram afgebeeld. Het organogram geeft de verschillende afdelingen van de organisatie weer. Ons onderzoek vindt plaats op de afdeling: beschermd wonen, waar de dubbele diagnose cliënten zijn geplaatst. In het organogram staat de afdeling rechts onderaan. De meeste cliënten zijn op de afdeling gekomen door het 'outreach werk' waarbij zij in hun situatie op straat, gestimuleerd zijn om vrijwillig hulp te ontvangen.

De dubbele diagnose afdeling, of wel beschermd wonen, valt onder de maatschappelijke zorg. In het organogram zien we dat de maatschappelijke zorg wordt ondersteund door professionele hulpverleners. Er worden in het organogram verschillende disciplines waargenomen, deze disciplines zijn echter niet betrokken bij de huidige zorg van de dubbele diagnose cliënten. In de interview data lezen we dat andere disciplines gemist worden. Ook uit de observaties blijkt dat het team er in veel gevallen alleen voor staat, ze geven aan dat het voor hen moeilijk is om contact met andere disciplines te krijgen (D2.F.LB). Het betrekken van verschillende disciplines in de zorg voor de cliënten wordt daarom in de aanbevelingen opgenomen.



Figuur 1

De visie van de F.M.A.A.

Om een beeld weer te geven van de organisatie als geheel beschrijven we de visie van de organisatie.

Op de afdelingen die zichtbaar zijn in het organogram wordt verslaving door de organisatie gezien als een primaire, progressieve en chronische ziekte die alle aspecten van de mens aantast; fysiek, mentaal, emotioneel, sociaal en spiritueel. De verslavingszorg moet daarom gericht zijn op het herstel van de verloren gegane persoonlijkheid/identiteit van de cliënten en het leren erkennen van de verslaving. De organisatie pleit voor een holistische benadering van de cliënten (F.M.A.A., 2011).

De F.M.A.A. heeft volgens de informatiegids in het algemeen als doel:

Samen sterk te staan in het voorkomen van verslavingsproblemen en mede hierdoor de mogelijkheid te scheppen tot een breed aanbod van interventies. Zij willen dit doel behalen door het bewerkstelligen van kwalitatieve zorg en professionaliteit op zowel beleidsmatig niveau, als op het terrein van de uitvoering (F.M.A.A., 2011).

Visie over de dubbele diagnose afdeling

Er wordt in de informatiegids bij de beschermd woonvorm gesproken over ex verslaafde cliënten die langdurig psychiatrische en psychosociale problemen hebben. Doordat het gaat over ex verslaafden lijkt de behandeling meer gericht te zijn op de psychiatrie dan op de verslaving. In de informatiegids wordt er vanuit gegaan dat de cliënten chronisch psychisch ziek zijn.

Specifiek voor beschermd wonen is het doel om de sociale integratie van de cliënten na te streven. Huisvesting en begeleiding zullen meer rust brengen in het leven van de cliënten. De F.M.A.A. wil dit bereiken door begeleiding op maat te bieden. Dat houdt in: ondersteuning aanbieden waardoor een zelfstandig wonen of woonvorm haalbaar blijft of wordt (F.M.A.A., 2011).

Visie van het team over de cliënten

De visie van het personeel wordt beschreven in de antwoorden op de vraag wat het doel is van de behandeling van dubbel diagnose cliënten (IVK.7.)

Vanuit de interviews zien we dat de doelen van de respondenten zijn:
Het voldoen aan de basisbehoeften van de cliënt.

"Ik ga ervan uit dat ondanks dat er geen genezing is kun je ze toch een menswaardige levensbestaan geven dus eten drinken, de basis dingen, basisbehoeften en goede opvang" (13.F.LB.3.9.1).

Een mogelijkheid bieden om te wonen en een huiselijk gevoel aan de cliënten geven.

"Ik probeer dat ze een huiselijk gevoel krijgen van dat ze hier wonen en wij zijn alleen hier om te kijken dat er niets fout gaat je moet het op zo een manier brengen van we zijn hier niet om je op te letten, nee, we zijn alleen hier dat er niet meer problemen komen en dat we jou meer mogelijkheden geven" (11.F.LB.1.21.1).

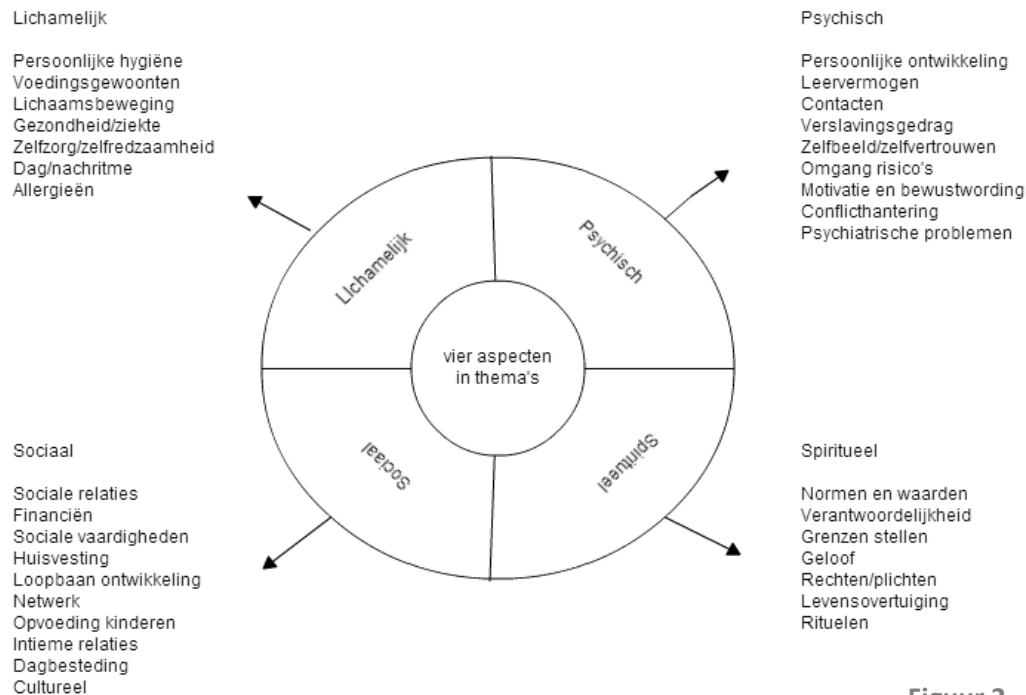
Geestelijke pijn verzachten.

"Het doel is dat je dat je bijvoorbeeld de, kijk wij kunnen ze niet genezen, alleen God kan dat. Je verzacht hun pijn. Je verzacht de stemmen die ze horen enzo" (15.F.LB.5.20.1).

Visie op de behandelingswijze van de F.M.A.A.

Om antwoord te geven op de vraag door wie de zorg geboden wordt kijken we eveneens naar het meso niveau namelijk de wijze waarop de organisatie hulp biedt. De organisatie maakt gebruik van een 'leefwijzer' deze is het uitgangspunt voor de zorg die wordt geboden.

Leefwijzer maatschappelijk herstel



Figuur 2

De visie van de organisatie als geheel is in de leefwijzer beschreven en bevat vier leefgebieden die eerder al zijn genoemd; fysieke, mentale, emotionele en spirituele leefgebieden (Figuur 2)(F.M.A.A., 2011). De leefwijzer licht de vier leefgebieden toe en laat zien waar aandacht aan wordt gegeven bij de behandeling van dubbel diagnose cliënten in de beschermde woonvorm.

Missie

Naast de visie wordt in de informatiegids ook weergegeven wat de missie is van de F.M.A.A. De organisatie heeft als missie om op een systematische manier zorg te bieden aan de cliënt en hun naasten. Daarnaast willen zij een uitnodigende en stimulerende organisatie te zijn om als hulpverlener de eigen competenties te verbreden en als persoon te professionaliseren. Tot slot wil de organisatie garant te staan voor de continuïteit van zorg en hoopt zij een bijdrage te leveren aan het beleid met betrekking tot verslaving, ten behoeve van de samenleving. Ook wil de organisatie de misvattingen over verslaving en de stigmatisering van de cliënten, zoals deze in 2.1 zijn beschreven, beïnvloeden en uiteindelijk voorkomen (F.M.A.A., 2011).

Personeel

Als laatste wordt gekeken naar de zorg die op micro niveau geboden wordt. We kijken naar het personeel dat werkzaam is op de afdeling. Uit interview resultaten komt naar voren dat niet alle personeelsleden opgeleid zijn voor het werk dat ze doen.

Opleiding

De resultaten uit de interviews laten zien dat er personeelsleden, die bij hun huidige baan werkzaam zijn, geplaatst zijn door de overheid, zonder dat er gekeken werd of ze daarvoor geschoold waren. Dat zou de oorzaak kunnen zijn van het feit dat het merendeel van het werkzame personeel op de dubbel diagnose afdeling geen gerichte opleiding voor de doelgroep heeft gevolgd. Bovendien blijkt uit de verwachtingen die het personeel van de baan had voordat ze er mee begonnen, dat er niet veel voorkennis was over hun toekomstige baan.

Vanuit de organisatie is dit bekend, en de eisen voor nieuwe werknemers zijn dan ook aangescherpt. Voortaan moet een sollicitant minimaal op MBO 4 niveau geschoold zijn om werkzaam te mogen zijn bij de instelling. (IVK.12)

Theoretische kennis

Omdat niet al het personeel een opleiding heeft genoten die gericht is op de behandeling van dubbel diagnose cliënten, vooronderstellen wij dat er een gebrek is aan theoretische kennis over de doelgroep. Dat blijkt ook uit de interviews.

Doordat er op de afdeling voor dubbel diagnose cliënten veel personeel geen opleiding heeft genoten is er weinig theoretische kennis over de doelgroep aanwezig. De hulpverleners hebben geen theoretische basis maar moeten hun werk leren vanuit de praktijk (IVK.12.1).

"Ze moeten mensen hebben die opgeleid zijn, mensen die weten wat wel en niet kan. Mensen die weten hoe er mee om te gaan. Ik bedoel als een cliënt tegen jou begint te schreeuwen en jij gaat terug schreeuwen, ja dan is de kans heel groot dat je klappen krijgt. Daar hoef je geen Einstein voor te zijn." (I6.F.LB.6.10.1)

Klinische lessen

Omdat de theoretische kennis gemist wordt is er vraag naar meer klinische lessen die gaan over de doelgroep en de werkwijze. In het advies voor verbetering wordt gezegd dat er meer kennis nodig is van de doelgroep. Een mogelijke toevoeging van dit onderzoek volgens de medewerkers die geïnterviewd zijn, is het delen van onze kennis over de doelgroep, en praktische handelingen te bespreken met het personeel zodat er meer professionaliteit ontstaat op de werkvloer. Hieruit blijkt de behoefte aan theoretische kennis vanuit het team (IVK.13).

Ervaringsdeskundigen

Naast dat veel hulpverleners geen gerichte opleiding hebben genoten is vanuit de interviews opgemerkt dat er veel ervaringsdeskundigen werkzaam zijn op de afdeling voor dubbele diagnose cliënten. Het personeel geeft in interviews aan dat ze de theoretische basis missen. De ervaring en kennis gericht op de verslaving is aanwezig maar de theoretische kennis over psychiatrische ziektebeelden ontbreekt terwijl er gewerkt wordt met dubbele diagnose cliënten (IVK. 8).

Als we kijken naar de verschillen en overeenkomsten is het opvallend dat de ervaringsdeskundigen in Aruba meer verantwoordelijkheden krijgen.

De ervaringsdeskundigen zoals we die we in Nederland kennen zijn voornamelijk op de groep aanwezig als medebegeleider, omdat het voor de cliënten laagdrempelig kan werken als een ervaringsdeskundige uit eigen ervaring spreekt. Ook kan een ervaringsdeskundige hoop en perspectief bieden aan de cliënt (Mueser e.a., 2011). De taken van een ervaringsdeskundigen in Nederland kent verschillende niveaus, het hoogste niveau van het uitvoeren van taken zal nog steeds niet volledig zelfstandig uitgevoerd mogen worden (Bakel e.a., 2013).

Dit staat in contrast met het team van de dubbele diagnose afdeling van de F.M.A.A. wat grotendeels uit ervaringsdeskundigen bestaat. Het is fijn dat de ervaringsdeskundigen er zijn omdat zij het verslavingsaspect van de cliënt kunnen begrijpen, echter dient aandacht te worden besteed aan het feit dat deze cliënten een dubbele diagnose kennen.

Samenwerking van de teamleden onderling

Om te beantwoorden door wie de zorg wordt geboden op micro niveau willen we ons niet alleen richten op de individuele hulpverlener, maar ook op de samenwerking tussen de hulpverleners, op de afdeling voor dubbel diagnose cliënten, onderling. Dat een goede samenwerking van collega's onderling belangrijk is lijkt vanzelfsprekend maar omdat het onderwerp in de onderzoeksresultaten meerdere malen naar voren komt willen we hier onze bevindingen over schrijven.

Uit de resultaten blijkt dat het op micro niveau duidelijk ontbreekt aan een eenduidige werkwijze op de werkvloer, dat zou kunnen komen omdat collega's niet nederig willen zijn volgens de informatie uit de interviews(IVK.5). Deze eigenschap wordt ook in het literatuuronderzoek, deelvraag 4.4.4, terug gezien.

Confrontaties van collega's onderling worden niet met de collega zelf besproken maar in plaats daarvan, in sommige gevallen, in de dagrapportage over de cliënten gezet (IVK 10). De waardering onderling wordt grotendeels gemist (IVK 2) de teamleden geven elkaar niet vaak feedback en evenmin tonen zij waardering naar elkaar toe. Door de teamleden worden communicatie en samenwerking wel belangrijk geacht. Sinds januari vinden er teamvergaderingen plaats, mogelijk hebben deze er toe geleid dat de sfeer sinds januari is verbeterd. Ten behoeve van de cliënten lijkt het team motivatie te hebben om beter samen te werken (IVK 5).

"De samenwerking is heel belangrijk omdat wij een gemeenschappelijke doel hebben, en dat zijn de cliënten"(I5.F.LB.5.9.1).

Teamvergadering

Dat er gebrek is aan de communicatie onderling blijkt ook uit de volgende resultaten. Er is vraag naar meer teamvergaderingen omdat het team dan bij elkaar komt en er ruimte wordt gegeven om zaken bespreekbaar te maken. Het wordt belangrijk geacht om elkaar te kunnen confronteren omdat het wegblijven daarvan mogelijk een goede begeleiding van de cliënten in de weg kan staan. Voor samenwerking onderling hebben de teamleden zelfkennis nodig (DVK.2).

Verder is professionalisering binnen het team wenselijk.

Naast het team overleg is er geen moment waarop hulpverleners zich terug kunnen trekken om als collega's onder elkaar zaken te bespreken aangaande de cliënten, de feedback of de werkwijze van collega's. Ondanks dat de communicatie is verbeterd, geven de teamleden aan een ruimte te missen waar ze zonder cliënten kunnen overleggen. Hierdoor vindt communicatie tussen teamleden onderling nog steeds niet vaak plaats.

Het gebrek aan deze ruimte zou belemmerend kunnen werken in het reflecteren op de nieuwe werkwijze. Ook zorgt het ervoor dat de waarborging van kwalitatief goede zorg mogelijk niet gegarandeerd kan worden (DVK.3).

4.2.2 Welke behandeling wordt waargenomen?

Nadat we de behandeling zoals deze beschreven staat in de informatiegids hadden gelezen, hebben we deze beschrijving vergeleken met de praktijk. We kijken naar de behandeling zoals deze is geobserveerd in de praktijk en is omschreven in de interviews.

We behandelen zes thema's die volgens onze interviews observaties en documenten laten zien waaraan gebrek is in de huidige zorg. Daarmee wordt voor ons zichtbaar waar wij bij het maken van een bijdrage voor een methodiek op moeten letten. In elk thema wordt verwezen naar de tabel waarin de verbanden van de interviews, observaties en/of notulen te vinden zijn.

Behandeling.

Met de behandeling wordt de wijze waarop cliënten momenteel begeleid/behandeld worden bedoeld. In de dataverzameling is duidelijk naar voren gekomen dat men over het algemeen niet tevreden is over de huidige zorg. Het ontbreekt de afdeling aan een behandelmethodiek, met alle gevolgen van dien. De cliënten wordt voornamelijk een dak boven het hoofd geboden, in een citaat van een van de respondenten lezen we:

'Ik zie het meer als pappen en droog houden, maar niet een intensieve behandeling in de zin van echt psycho-educatie.' I3.F.LB.17.2.14

Verder komt uit de interviews komt naar voren dat er geen specifieke behandelmethode is voor dubbele diagnose cliënten die door het hele team wordt gehandhaafd (IVK 3). De F.M.A.A. heeft een leefwijzer die als richtlijn geldt voor de behandeling maar deze wordt door het team niet gebruikt. Dit zou een oorzaak kunnen zijn voor het deels missen van structuur op de afdeling.

De respondenten hebben adviezen voor verbetering gegeven. Hieruit kwam naar voren dat een geïntegreerde manier van behandelen voor de doelgroep, waarin een netwerk van de cliënt wordt opgebouwd, nodig zou zijn. Uit het advies zou de conclusie getrokken kunnen worden dat er momenteel geen geïntegreerde behandeling wordt gegeven, dit lijkt echter in tegenspraak met het feit dat de dubbele diagnose cliënten apart van de verslaafde cliënten bij de F.M.A.A. verblijven.

Programma

Met programma bedoelen we de dagindeling die aan de cliënten wordt geboden.

Uit de interviews (tabel IVK 11) blijkt dat er momenteel geen programma wordt geboden. Het missen van een programma heeft gevolgen voor de cliënten. Zonder programma hebben de cliënten geen structuur, duurt de dag langer, en is de kans groter dat ze de behoefte krijgen om weer te gaan gebruiken. Door de respondenten wordt een advies voor verbetering gegeven waarin zij als mogelijke toevoeging van dit onderzoek een programma noemen wat de cliënten structuur geeft, hen bezig houdt en educatief van aard is.

Wat overigens in de huidige zorg wel aan de cliënten wordt geboden zijn gezamenlijke activiteiten. Deze vinden voornamelijk op speciale gelegenheden plaats, maar het lijkt erop alsof deze niet zijn opgenomen in een wekelijks programma voor de dubbele diagnose cliënten. Sinds kort is het de bedoeling dat er drie keer per week wordt gewandeld met de cliënten, de respondent betwijfeld of dit idee door andere hulpverleners overgenomen zal worden (OVK 5).

"Hulpverlener zegt dat ze deze week 3 keer in de week wil gaan wandelen, en dat ze hoopt dat andere collega's dit eveneens gaan doen, maar dat ze denkt dat zij de enige is die zich eraan houdt." Observatie 1.5.6

Uit de observaties blijkt OVK 2 dat haar vermoeden, over dat de gezamenlijke wandeling niet in de structuur zou worden opgenomen door medecollega's, werd bevestigd. Cliënten herinneren een andere hulpverlener er aan dat er die dag gewandeld zou worden, maar de cliënten werden hierin niet gestimuleerd. Een oorzaak hiervan zou kunnen zijn dat er geen duidelijk programma is waar alle hulpverleners van de afdeling zich aan moeten houden. Verder wordt in de tabel OVK 2 en OVK 4 gezien dat onvoldoende materiaal een oorzaak zou kunnen zijn van het, naast de gezamenlijke lunch, niet aanbieden van gezamenlijke activiteiten. Zo is er bijvoorbeeld geen schilder en teken materiaal maar ook geen sport zoals balspelen en dergelijke.

Afgezien van het niet in de structuur opnemen van de gezamenlijke activiteiten zoals wandelen, spelletjes, groepsgesprekken etc. waar we in de vorige alinea op doelden, vinden deze wel af en toe plaats zoals blijkt uit OVK 5. Daarnaast wordt dagelijks de lunch gezamenlijk gegeten. Overigens wordt de lunch kant en klaar gebracht, de cliënten leren niet om voor zichzelf te koken. Het materiaal is hiervoor niet aanwezig.

Structuur

Om een beeld aan het begrip structuur te geven kijken we naar de facetten die met regelmaat plaatsvinden en houvast bieden aan de cliënten.

Uit voorgaande onderwerpen komt naar voren dat het op de afdeling regelmatig aan structuur ontbreekt en deze ook gemist wordt. Dit terwijl structuur voor dubbele diagnose cliënten een van de belangrijkste facetten van succesvolle hulpverlening is. Structuur is belangrijk om de

hulpverlener houvast te geven en daarnaast biedt structuur een veilig gevoel voor de cliënten (Vries & Bouwkamp, 2008).

Ondanks dat er geen duidelijk programma wordt geboden wordt wel elke dag de aandacht geschonken aan de basiszorg van de cliënten. De basiszorg wordt elke dag gestimuleerd door de hulpverlener. De hulpverleners nemen de basiszorg niet van de cliënten over. Zij wijzen de cliënten erop als de zelfzorg bijvoorbeeld nog niet heeft plaats gevonden of wanneer de cliënt zijn kamer nog niet heeft schoongemaakt. Uit de observaties is gebleken dat de hulpverleners vaardig zijn in het motiveren van cliënten voor de dagelijkse verzorging. Elke morgen wordt de verantwoordelijkheid bij de cliënten gelegd door ze te stimuleren tot zelfzorg en het opruimen van hun kamer (OVK.3.1).

De observaties bevestigen informatie die al was opgedaan uit de interviews aangaande de huidige geboden zorg. Gezamenlijke activiteiten, een specifieke behandelmethode en een dagprogramma zijn niet in de vaste structuur opgenomen. Wel worden er af en toe speciale activiteiten georganiseerd.

Personele bezetting

Voor het houden van activiteiten is aanwezigheid van voldoende personeel nodig. Het huidige team bestaat uit zes mensen, vaak staan ze alleen op de groep. Dat betekent dat als de hulpverlener meegaat naar een activiteit de groep alleen is. De schamele personele bezetting zorgt ervoor dat enkele respondenten zich niet veilig voelen en werkdruk ervaren (I7. FLB. 7.23.2). Een samenwerking met andere disciplines er nagenoeg niet, het team geeft aan overleg met andere disciplines te missen (IVK5).

Internet verbinding

Naast structuur is kennis van de doelgroep belangrijk om goede zorg voor de doelgroep te garanderen. Kennis kan volgens een aantal respondenten worden verbreed met de komst van een internet verbinding. Volgens hen kan het internet hen helpen om meer te leren over de omgang met de complexe doelgroep.

In de observaties lezen we dat er geen mogelijkheid is tot het gebruik maken van internet op de afdeling. Een aantal personeelsleden mist het internet omdat zij zeggen het internet te kunnen gebruiken om hun kennis over de doelgroep te verbreden en direct antwoorden te kunnen vinden op hun vragen betreffende de cliënten (OVK.4).

We kunnen hieruit concluderen dat de hulpverleners willend zijn om te leren en hun matige kennis over de doelgroep inzien en daar transparant over zijn.

Mogelijk zou een verbinding met het internet ervoor kunnen zorgen dat het personeel kennis over de doelgroep kan verzamelen en op een juiste wijze handelen in situaties waarin zij niet zeker zijn van hun handelen richting de cliënt.

Bejegening cliënt

Met de bejegening van de cliënten bedoelen we de wijze waarop het personeel met de cliënten omgaat en welke gevolgen het gedrag van het personeel op de cliënten heeft. Vanuit de observaties blijkt dat cliënten soms geen toegang hebben tot de huiskamer omdat de hulpverlener dan ergens anders is en zij de huiskamer op slot doet. Dit neemt de huiselijke sfeer voor de cliënten weg, terwijl deze een onderdeel is van het doel van de behandeling voor dubbel diagnose cliënten vanuit de hulpverleners op de afdeling (F.M.A.A., 2011).

Het komt voor dat cliënten uit de huiskamer worden gestuurd omdat er zaken besproken worden die, volgens de hulpverlener, niet in aanwezigheid van de cliënten besproken behoren te worden. Een oorzaak hiervan zou het gebrek aan een ruimte kunnen zijn waar de collega's zich kunnen terugtrekken. De afdeling voor dubbele diagnose cliënten heeft een huiskamer voor de cliënten maar tegelijkertijd fungeert de huiskamer ook als kantoor voor de medewerkers (OVK.3).

Naast deze beperkingen zien we ook een positieve houding richting de cliënten. Er zijn teamleden die met eigen kennis proberen de cliënten nieuwe dingen te leren. Bijvoorbeeld door nieuwe herinneringen aan activiteiten te geven en daardoor hun oude gewoonten aan te passen. Hoewel er niet bewust vanuit de psycho-educatie wordt gewerkt en het ook niet de verwachting is dat er met psycho-educatie gewerkt gaat worden, is dit een manier van psycho-educatie. Dit wordt zichtbaar in deelvraag drie. In (IVK 1) wordt hiernaar verwezen.

Conclusie

Welke zorg wordt er geboden aan dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

In de huidige geboden zorg ligt de nadruk vooral op het bieden van onderdak en begeleiding bij de dagelijkse verzorging. Er is geen specifieke en eenduidige manier van werken met de cliënten. De informatiegids van de F.M.A.A. beschrijft dat er gewerkt wordt vanuit het lichamelijk, psychisch, sociaal en spiritueel model. Hoewel er geen specifieke behandeling wordt gehandhaafd, worden er wel handelingen toegepast die methodisch zijn. Zo worden cliënten gestimuleerd in de dagelijkse zelfzorg en lijkt een geïntegreerde behandeling het uitgangspunt te zijn, aangezien de cliënten samen op een afdeling verblijven.

Het doel van de 'behandeling' van de cliënten bij de F.M.A.A. is om de cliënten bescherming te bieden en een veilige omgeving te waarborgen. De hulpverleners zijn allen gemotiveerd om de cliënten meer te bieden. Maar naast dat er geen specifieke behandeling is wordt er ook geen eenduidig programma geboden, de structuur die op een dag aanwezig is hangt af van de hulpverleners. Verder hebben een aantal teamleden geen opleiding, gericht tot de doelgroep, genoten. Ze zijn via een open sollicitatie door de overheid of door eigen ervaring met middelengebruik in de zorg terecht gekomen. Ook de ervaringsdeskundigen worden als volledig bevoegd personeel ingezet.

De samenwerking tussen de teamleden onderling lijkt niet optimaal. Dit komt doordat de communicatie vaak niet goed verloopt. De zaken die hiermee te maken lijken te hebben zijn: het gebrek aan ruimte, het missen van de juiste middelen zoals internetverbinding en een duidelijk rapportage systeem.

Naast het feit dat de kwaliteit van zorg nog niet optimaal wordt geleverd, is er de afgelopen jaren op het gebied van verslavingszorg en psychiatrie veranderd ten goede. Er wordt gestreefd naar meer professionaliteit. Waar de taboe eerst met nadruk lag op het openlijk om hulp vragen, zoeken cliënten of familie nu vaak uit zichzelf hulp.

Een passende manier om de professionaliteit en de kwaliteit van zorg te verbeteren willen wij in het volgende hoofdstuk behandelen. We kijken naar verschillende methodes die voor de doelgroep worden gebruikt. Dit doen we om een geschikte methodiek voor de F.M.A.A. te kunnen ontwikkelen.

4.3

Deelvraag 3: Welke actuele methoden zijn er voor de behandeling aan dubbele diagnose cliënten?

In dit hoofdstuk zullen we vier methoden voor de behandeling van dubbele diagnose onderzoeken. Daarnaast zullen we twee therapeutische technieken; 'motiverende gespreksvoering' en 'zelfhulpgroepen', voor de behandeling van dubbel diagnose beschrijven. De bruikbare onderdelen uit de verschillende methoden en de ondersteunende technieken dienen om een methodiek te ontwikkelen die past bij de cultuur van de cliënten en bij de huidige zorg zoals die in de vorige deelvraag is beschreven.

Met de volgende vragen zal de deelvraag worden beantwoord:

4.3.1 Welke actuele methoden worden bij de behandeling van dubbele diagnose cliënten toegepast?

4.3.2 Welke therapeutische technieken zijn raadzaam een plaats te geven in de behandeling?

4.3.1 Welke actuele methoden worden bij de behandeling van dubbele diagnose cliënten toegepast?

Er worden verschillende behandelmodellen met verschillende visies gehanteerd. De afgelopen jaren zijn verscheidene behandel filosofieën naar elkaar toegegroeid (Dom e.a., 2013). Steeds vaker worden verslaving en psychiatrie gezien als een chronische hersenziekte die om langdurige zorg vraagt (Leshner, 1997; Nicol e.a., 2013). De vier meest bekende methoden bij de behandeling van dubbel diagnose cliënten worden hier uitgelegd. Namelijk de Psychotherapie, Cognitieve Gedragstherapie, Integrated Dual Disorder Treatment en Rehabilitatie.

Psychotherapie

'Psychotherapie is meer dan gewoon praten' (Stel, 2003).

De psychotherapie is een voorbeeld van de houding die in de GGZ het uitgangspunt zou moeten zijn volgens van der Stel (2003).

Het ontstaan van psychotherapie.

Psychotherapie is ontstaan uit de ideeën van Freud, die aannam dat we worden beïnvloed door onbewuste dingen die middels psychotherapie duidelijk gemaakt kunnen worden. Pas na de tweede wereld oorlog kreeg psychotherapie ook buiten Europa bekendheid. De huidige ontwikkelde vormen van psychotherapie komen uit Amerika (Dil, 2005).

Wat is psychotherapie?

Psychotherapie is een behandelmethode die gebruikt kan worden om op een effectieve manier tijdens een gesprek de psychische stoornissen en problemen te bespreken. De cliënt moet zich doormiddel van gesprekken gaan herinneren welke emoties aan onbewuste processen zijn gekoppeld. Het gesprek tussen de hulpverlener en de cliënt staat centraal. Onder psycho-educatie wordt niet alleen kennisoverdracht verstaan, het is bijvoorbeeld even belangrijk om aandacht voor de symptoommanagement te hebben. Bijvoorbeeld het vergroten van het aantal positieve sociale ervaringen, sociale vaardigheden, omgaan met stress en sociale steun. De psychotherapie wordt individueel maar ook aan groepen gegeven. In veel gevallen zijn de gesprekken van korte duur. Als een langdurige gesprek nodig is vanwege de ernst van de psychische problematiek is dat mogelijk. Het bedoeld effect van de psychotherapie wordt na ongeveer een jaar behaald. Er is tijd en geduld nodig om het proces te behalen (McConaughy, Prochaska & Velicer; Dil, 2005).

Het doel van psychotherapie.

Het doel van psychotherapie is om de klachten van een cliënt te verminderen of beter hanteerbaar te maken. Het is belangrijk dat de cliënt inzet toont in de behandeling en even belangrijk is de therapeut, deze moet deskundig zijn en professioneel kunnen werken. Voor de cliënt is psychotherapie vaak een moeilijk proces. De therapie biedt geen garantie voor een gelukkig leven. Nog steeds zal de cliënt te maken krijgen met problemen uit het dagelijks leven. Met behulp van de psychotherapie leert de cliënt de problemen beter te hanteren (Dil, 2005).

Visie van psychotherapie.

Psychotherapie richt zich niet alleen op de symptomen maar ook op de kwaliteit van de persoon en de ontwikkeling van de persoonlijkheid. De psychotherapeut kijkt en denkt mee over een oplossing en helpt om kwaliteiten van de cliënt in te zetten voor het verbeteren van de situatie (Dil, 2005).

- In bijlage 2.1 wordt verder ingegaan op de verschillende soorten van psychotherapeutische behandelingen en wanneer de therapie geboden wordt.

Cognitieve gedragstherapie.

'Wie belangrijke gebeurtenissen in zijn leven vanuit een negatief standpunt ziet, wordt makkelijker angstig, somber of geïrriteerd, dit heeft vaak negatief gedrag tot gevolg' (Beck, 2013).

Het ontstaan van de cognitieve gedragstherapie.

De cognitieve gedragstherapie is aan het eind van de jaren 60 ontstaan. Door psychologen werd steeds vaker onderkend dat hersenen niet alleen reageren op informatie maar ook informatie verwerken. Hieruit ontstond de cognitieve psychologie. In deze psychologie wordt de mens gezien als een informatie verwerkend persoon (Beck, 2013).

Wat is cognitieve gedragstherapie?

De cognitieve gedragstherapie heeft een aantal overeenkomsten met de psychotherapie. Bij beide wordt gedrag onderzocht en geprobeerd dit gedrag positief te beïnvloeden. Bij de cognitieve therapie ligt de nadruk op de invloed van het denken op het gevoelsleven en het doen. Bijvoorbeeld als een persoon gebeurtenissen doorgaans vanuit een negatief beeld bekijkt, zal deze persoon eerder angstig, somber of geïrriteerd raken. Deze negatieve gedachten worden tijdens de cognitieve therapie onderzocht. De automatische gedachten die disfunctioneel zijn worden nader bekeken en de therapeut kijkt samen met de cliënt of deze negatieve manier van denken realistisch is. Voornamelijk de wijze waarop men omgaat met emotionele problemen krijgt aandacht (Beck, 2013).

Het doel van cognitieve gedragstherapie

Het uiteindelijke doel van cognitieve gedragstherapie is het voorkomen van een terugval. De cliënt leert om gevoelens van feiten te onderscheiden. Door ontspanningstechnieken leert de cliënt de nieuwe technieken in steeds meer situaties toe te passen (Beck, 2013).

Visie van cognitieve gedragstherapie

De nadruk bij cognitieve gedragstherapie ligt op het wijzigen van gedragspatronen die door emotionele problemen in stand worden gehouden. Dit gebeurt door de manier van denken van de cliënt te wijzigen. Het handelen van een persoon is van invloed op hoe iemand zich voelt. Door zaken uit de weg te gaan die angst oproepen bijvoorbeeld, wordt deze versterkt in plaats van verminderd (Beck, 2013).

- In bijlage 2.2 wordt dieper ingegaan op de fasen van behandeling en de specifieke interventies van cognitieve gedragstherapie.

Integradet Dual Disorder Treatment.

Hulp alleen voor de verslaving doet af aan de psychiatrische aandoening en andersom neemt een behandeling voor de psychiatrische aandoening de verslaving niet weg. Het tegelijk behandelen van beide aandoeningen is daarom raadzaam (Mueser e.a., 2011).

Het ontstaan van IDDT

IDDT is ontstaan vanuit een Amerikaans project dat zich richtte op mensen met ernstige psychiatrische problematiek en verslaving (Mueser e.a., 2011).

Wat is IDDT?

IDDT staat voor Integradet Dual Disorder Treatment. Tot op heden is IDDT de meest volledig beschreven behandelmethode voor een geïntegreerde behandeling (Mueser e.a., 2011). Het model is het eerste evidence-based practice model voor dubbele diagnose (Boyle & Wieder, 2007) en improviseert de kwaliteit van leven van mensen met een dubbele diagnose. De interventies van de IDDT richten zich op verslaving en psychiatrie de interventies worden tegelijkertijd ingezet. IDDT gaat uit van een vijftal gedragsveranderingen bij de cliënt. Deze stadia worden als volgt beschreven:

Stadia van gedragsverandering	Stadia van behandeling	Gedrag van cliënt
Vooroverweging	Contact maken	Er wordt niet overwogen bepaald gedrag te veranderen of stil te staan bij de invloed ervan
Overweging	Overtuigen	Twijfelt erover bepaald gedrag te veranderen
Voorbereiding	Motiveren	Heeft voornemens om te veranderen en heeft stappen om te veranderen ondernomen
Actie	Actieve behandeling	Onderneemt actief stappen om te veranderen
Consolideren	Terugvalpreventie	Aanvankelijke doelen zijn bereikt en werkt eraan om dit te behouden

Figuur 3

Therapietrouw is belangrijk, een model dat trouw is aan figuur 3 boekt eerder vooruitgang (Jerrell & Ridgely, 1999; McHugo e.a., 1999). De behandeling wordt geboden door een multidisciplinair team met geïntegreerde verslavingsdeskundigen. De behandeling vindt fasegericht plaats zoals figuur 3 laat zien. Motivatie vanuit de cliënt hoeft niet aanwezig te zijn maar de interventies die door de therapeut worden toegepast sluiten aan op de motivatiefase van de cliënt. De continuïteit van zorg is belangrijk om de cliënt vast te blijven houden. Naast psycho-educatieve handelingen vinden ook gezondheid bevorderende interventies plaats. Belangrijk te noemen is dat het gecontroleerd gebruik van middelen bij deze methode acceptabel wordt geacht (Mueser, 2011).

Het doel van IDDT

Het doel van IDDT is om een vertrouwensrelatie met de cliënt en zijn systeem op te bouwen. Vervolgens is de bewustwording van de problematiek vanuit de cliënt belangrijk. De cliënt zal leren om keuzes te maken en wordt ondersteund in gedragsverandering gericht tot rehabilitatie.

De behandeling bij de eerste fase bestaat voornamelijk uit zorg voor de algemene dagelijkse zorg. Bij fase twee wordt psycho-educatie en motiverende gespreksvoering geboden. In fase drie wordt de behandeling actiever, dan neemt de cliënt deel aan een actieve behandelgroep, bijvoorbeeld leefstijltraining of de Libermanmodule. In deze fase is het belangrijk om het netwerk van de cliënt aan te moedigen om hun inzet voor hem te tonen. In fase vier vindt de verandering plaats en in de laatste fase streeft men ernaar om deze te behouden (Boyle & Wieder, 2007).

Visie van IDDT

Bij IDDT is het belangrijk aandacht te hebben voor de psychiatrie en verslaving tegelijkertijd vanuit één team. Doorslaggevende benamingen uit IDDT zijn: deskundigheidsbevordering voor hulpverleners, motiverende gespreksvoering centraal, groepsaanbod, familiebegeleiding en netwerkbenadering (Boyle & Wieder, 2007).

- In de bijlage 2.3 wordt uitleg gegeven over leefstijltraining en de Libermanmodule.
- In de bijlage 2.4 wordt uitgebreid ingegaan op de geïntegreerde behandelmethode, die overeenkomst met de IDDT.

Rehabilitatie

Rehabilitatie, een woord met twee betekenissen; eerherstel en revalidatie. Leven met een dubbele diagnose hoeft niet te betekenen dat een leven niet meer zinvol zal zijn. Rehabilitatie helpt de sterke kanten van de cliënt verder te ontwikkelen (Korevaar & Dröes, 2009).

Het ontstaan van rehabilitatie

Rehabilitatie is aanvankelijk ontwikkeld voor mensen met langdurig, ernstige fysieke of psychische aandoeningen. De rehabilitatiebenadering is in Amerika ontwikkeld toen veel chronische cliënten als gevolg van de sluiting van psychiatrische ziekenhuizen op straat terecht kwamen (Korevaar & Dröes, 2009).

Wat is rehabilitatie?

Rehabilitatie is het begeleiden en steunen van mensen met beperkingen bij het behalen van hun eigen doelen. De ondersteuning bestaat uit individuele begeleiding en kent vier fasen. Verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden. Het gaat in de praktijk om hulp bij behalen van de door de cliënt gewenste positie in de samenleving. Het helpt cliënten om hun mogelijkheden te ontdekken zodat ze onafhankelijk in de samenleving kunnen participeren. Niet de aandoening staat centraal maar het overwinnen van de beperkingen en problemen van het dagelijkse leven (Korevaar & Dröes, 2009).

Wat is het doel van rehabilitatie?

Het belangrijkste doel van rehabilitatie is het zoveel mogelijk vergroten van het activiteitsniveau en van de maatschappelijke participatie. Je kunt dit doel vertalen in bijvoorbeeld het zichzelf wassen, een maaltijd bereiden, zelfstandig reizen, en een cursus of training volgen. Het verschilt per doel wat de cliënt heeft gesteld (Kar & Keijzerwaard, 2003., Korevaar & Dröes, 2009).

Visie van rehabilitatie

Rehabilitatie ondersteunt cliënten bij het herstelproces. Herstellen doen mensen volgens rehabilitatie zelf, rehabiliteren kunnen hulpverleners toepassen om dit proces van herstel te

bevorderen. De cliënt wordt gesteund in een zelfstandig bestaan en het participeren in de maatschappij (Korevaar & Dröes, 2009).

4.3.2 Welke therapeutische technieken zijn volgens de literatuur raadzaam een plaats te geven in de behandeling?

Naast de verschillende methoden die worden toegepast voor de behandeling van dubbele diagnose cliënten zijn er overeenkomende technieken die bij elke methode kunnen worden toegepast. In de beantwoording van deze vraag willen we aandacht geven aan twee onderdelen; motiverende gespreksvoering en zelfhulpgroepen. Deze worden in Nederland met succes gebruikt. BRON ANDERS WEG

Deze onderwerpen dienen onderdeel te zijn van een methode die al gebruikt wordt bij de behandeling van dubbele diagnose cliënten (Trimbos, 2008).

- **Motiverende gespreksvoering**

Motiverende gespreksvoering wordt gezien als een belangrijke benadering bij verslaafden (Schipper & G, 2002). Het is een therapeutische techniek, veel elementen van motiverende gespreksvoering zijn nuttig in elk professioneel gesprek, vanuit welke methode of theorie dan ook. De respectvolle houding naar de cliënt behoort tot de grondslag van de methode van motiverende gespreksvoering (Veen van der & Goijarts, 2012). Het gaat er niet om de cliënt te overtuigen maar om verandering te stimuleren. Daarnaast is het belangrijk om bij het uitvoeren van motiverende gespreksvoering evocatie, innerlijke motivatie, toe te passen. Ten derde is het belangrijk de verantwoordelijkheid en keuze aan de cliënt te laten. Hierdoor zullen cliënten zelf kunnen werken aan verandering (Colombia University, 2009).

De opvattingen en inzichten over een gespreksverloop van een hulpverlener zijn belangrijk voor de vormgeving van een gesprek. Motiverende gespreksvoering is een manier om bij mensen te zijn. Daarom zijn de volgende drie grondslagen bij deze methode van groot belang: samenwerking, evocatie en autonomie (Trimbos, 2008).

Er kan met behulp van motiverende gespreksvoering gewerkt worden aan het vergroten van het gevoel van zelfwaardering, zelfredzaamheid en aan sociale vaardigheden. Tevens is het aanbieden van structuur van betekenis. Regels en afspraken over regels horen hierbij.

- De motiverende gespreksvoering wordt uitgebreid beschreven in bijlage 3.5 Hierin wordt vermeld wat de oorsprong, de grondslag en de werkwijze van motiverende gespreksvoering inhoud.

- **Zelfhulpgroepen**

Zelfhulpgroepen zijn zelfstandige groepen waarin men probeert los te komen van de verslaving door middel van onderlinge steun. Begrippen die centraal staan zijn: gelijkwaardigheid, herkenning, erkenning en onderlinge steun. Het leren van elkaars ervaringen neemt een belangrijke plaats in tijdens het groepsproces (Trimbos, 2008).

Vaak zijn hulpverleners erg gedreven en gemotiveerd in het behandelen. Een valkuil kan zijn dat men zich vergist in wat de cliënt nog zelf kan doen in zijn herstelproces. Zelfhulp omvat hulp buiten de professionele hulpverlening, ervaringsdeskundigheid en het oppakken van eigen verantwoordelijkheid. Bij zelfhulp staat de hulpverlener meer naast de cliënt en helpt hem waar nodig (Dom e.a., 2013). De centrale begrippen leveren volgens onderzoek van Trimbos (2008) een positieve bijdrage aan cliënten met dubbele diagnoseproblematiek. Uit onderzoek blijkt dat zelfhulpgroepen een goede aanvulling kunnen zijn op de behandeling voor dubbele diagnose.

Het kan iemand steunen in het volhouden van de beslissing om met een verslaving te stoppen (Kelly e.a., 2006).

Aansluiting op de methoden

We plaatsen deze twee technieken naast de vier methoden die eerder in deze deelvraag zijn behandeld: psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, IDDT en rehabilitatie. Op deze manier onderzoeken we de aansluiting van de technieken op de methoden.

- **Motiverende gespreksvoering**

Bij Psychotherapie staat het gesprek tussen de hulpverlener en de cliënt centraal. Het doel van deze gesprekken is dat de cliënt zich doormiddel van deze gesprekken gaat herinneren welke emoties aan onbewuste processen zijn gekoppeld. Ook bij cognitieve gedragstherapie staat het gesprek tussen de hulpverlener en de cliënt centraal. Hierbij is het van belang dat de cliënt irrealistische disfunctionele gedachten leert te vervangen door reëel functionele gedachten (Dil, 2005). De kennis van motiverende gespreksvoering zou een goede basis zijn voor het uitvoeren van psychotherapie en cognitieve gedragstherapie. Dit omdat de basishouding van motiverende gespreksvoering de positieve gedachtegang stimuleert. Verder is gebleken dat de methode werkt voor doelgroepen met verschillende culturele achtergronden (Veen van der & Goijarts, 2012). In de aanbevelingen voor de F.M.A.A wordt hier verder aandacht aan geschonken. Het is belangrijk dat de cliënt inzet toont bij de gesprekken. Door gebruikmaking van motiverende gespreksvoering kan de motivatie vanuit de cliënt komen om aan deze gesprekken mee te werken en open te zijn. Uit onderzoek is gebleken dat motiverende gespreksvoering bij verschillende culturele achtergronden werkzaam is (Arkowitz, e. a., 2008). Integreer dual disorder treatment sluit aan bij de theorie van motiverende gespreksvoering. Ook daarin wordt verwezen naar het belang van aansluiting bij de cliënt. Motiverende gespreksvoering zou de IDDT bevestigen en versterken in haar werking. Bovendien is motiverende gespreksvoering een centraal begrip in de IDDT (Boyle & Wieder, 2007). Rehabilitatie heeft als doel de sterke kanten te benadrukken en komt overeen met de uitgangspunten van motiverende gespreksvoering. Beide kijken niet specifiek naar het ziektebeeld maar leggen de nadruk op dat wat de cliënt nog wel kan en wil.

- **Zelfhulpgroepen**

Zelfhulpgroepen zouden een waardevolle toevoeging zijn bij de psychotherapie. Psychotherapie heeft als doel het hanteerbaar maken van de problematiek van de cliënt (Dil, 2005). Er vinden voornamelijk persoonlijke gesprekken plaats tussen de hulpverlener en de cliënt maar ook groeps gesprekken waarin de hulpverlener de leiding neemt. Onderlinge steun van medecliënten door middel van zelfhulpgroepen zou bij kunnen dragen aan het doel van psychotherapie. Cognitieve gedragsmethode richt zich eveneens voornamelijk op individuele gesprekken tussen de hulpverlener en de cliënt. Zelfhulpgroepen zouden een goede aanvulling zijn op deze therapie.

In de derde fase van IDDT onderneemt de cliënt al stappen om te veranderen. In deze fase zou een zelfhulpgroep met dubbel diagnose cliënten uit de zelfde fase passend zijn. Omdat de cliënten elkaar kunnen ondersteunen in het loskomen van het gebruik (Trimbos, 2008). Bij de rehabilitatie methode krijgt de cliënt individuele begeleiding van een hulpverlener, als doel kent de methode het verkrijgen van betrokkenheid in de maatschappij. De ervaringen die zelfhulpgroepen met elkaar kunnen uitwisselen zijn van waarde voor de ontwikkeling die de cliënt doormaakt (Kar & Keijzerwaard, 2003). Of het realistisch is om met het oog op de culturele verschillen een zelfhulpgroep op te starten bij de F.M.A.A zou in een mogelijk vervolgonderzoek uitgelicht kunnen worden.

Conclusie

Welke actuele methoden zijn er voor de behandeling aan dubbele diagnose cliënten?

Er worden verschillende behandelmethoden gebruikt in Nederland. Vier actuele methoden zijn psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, integrated dual disorder treatment en rehabilitatie. Bij psychotherapie staat het gesprek tussen de hulpverlener en de cliënt centraal. De cliënt moet zich door middel van gesprekken gaan herinneren welke emoties aan onbewuste processen zijn gekoppeld. Het doel van psychotherapie is om klachten te verminderen of hanteerbaar te maken. Cognitieve gedragstherapie legt de nadruk op de invloed van het denken op het gevoelsleven. Bij automatische gedachten die disfunctioneel zijn wordt bekeken of ze realistisch zijn. De cliënt leert gevoelens van feiten te onderscheiden. Het doel van cognitieve gedragstherapie is het voorkomen van terugval.

IDDT is een geïntegreerde behandelmethode. De interventies van IDDT worden tegelijkertijd voor zowel de verslavingsproblematiek als de psychiatrie ingezet. Het doel van IDDT is het opbouwen van een vertrouwensrelatie met de cliënt en zijn systeem. Bij rehabilitatie richt men zich tot de mogelijkheden die de cliënt nog heeft om op een zo normaal mogelijke manier te participeren in de maatschappij. De aandoening op zichzelf wordt niet behandeld.

Naast deze methodieken zijn er onderdelen die aan kunnen sluiten op de verschillende methodieken. Motiverende gespreksvoering wordt gezien als een belangrijk onderdeel ter ondersteuning van een methodiek. De cliënt wordt gestimuleerd en gemotiveerd. De motivatie vanuit de cliënt zelf oproepen. Bij zelfhulpgroepen proberen cliënten op basis van elkaars ervaring los te komen van hun verslaving.

Deze vier methoden worden in hoofdstuk 5 gebruikt om te kijken waar een bijdrage kan worden geleverd in de huidige zorg bij de F.M.A.A. Eerst zullen in hoofdstuk 4 de randvoorwaarden worden weergegeven die van belang zijn bij de implementatie van een methodiek.

4.4

Deelvraag 4: Welke randvoorwaarden zijn van belang bij de implementatie van een methodiek?

'Je kunt niet een programma uit de kast halen uit het buitenland, dat hier toepassen en dan denken dat de problemen opgelost zijn. Zo werkt het niet. Je zult met iedere verslaafde individueel in contact moeten treden, in gesprek moeten gaan en dan gezamenlijk naar een oplossing zoeken' (Amigoe, 2006).

In de voorgaande deelvraag zijn methoden beschreven die in de praktijk effectief zijn gebleken. Dat een methode werkt is niet vanzelfsprekend. Een fase van implementatie gaat meestal gepaard met weerstand. De nieuwe werkwijze vraagt andere kwaliteiten van de hulpverleners. Uitproberen, leren, onderhandelen hoort allemaal bij het implementeren. Implementeren staat vooral in het teken van uitvoeren en communicatie over wat je dan doet (Verhagen, 2012). In dit hoofdstuk worden randvoorwaarden beschreven waaraan een methode moet voldoen om de kans te vergroten dat de implementatie daarvan succesvol zal zijn. Met de volgende vragen zal deelvraag vier worden beantwoord:

4.4.1 Hoe wordt methodisch handelen gedefinieerd?

4.4.2 Welke algemene randvoorwaarden zijn van invloed bij het implementeren van een methode?

4.4.3 In hoeverre voldoet de F.M.A.A. aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van een methode?

4.4.4 Welke culturele aspecten zijn van invloed bij de implementatie van een methode op Aruba?

4.4.1 Hoe wordt methodisch werken gedefinieerd?

Voordat we de randvoorwaarden van de implementatie onderzoeken herhalen we met een uitgebreidere definiëring de begrippen; 'methode', 'methodiek' en 'methodisch' werken uit hoofdstuk twee. Hiermee beschrijven we de eerste randvoorwaarden waaraan een methodiek moet voldoen.

Van een methode kan alleen gesproken worden als er vooraf een doel is gesteld. Als er in het werkveld geen specifieke methode wordt gehandhaafd maar een aantal verschillende, dan wordt dit methodiek genoemd. Methodiek is het 'systematisch, toetsbaar samenhangend en zich ontwikkelend geheel van gedrags- en handelingswijzen dat gebaseerd is op zaken die in verhouding staan tot de zorgvraag.' Een methodiek bestaat uit een werkmodel, een ondersteunende theorie die verantwoording biedt van het werkmodel (Bassant & Roos, 2003; Visser, 2009).

Methodisch werken is een voorwaarde om kwalitatief goede zorg te kunnen bieden. Door een specifieke methodiek toe te passen heeft de hulpverlener een voorbeeld om op een professionele wijze kwalitatieve zorg te kunnen bieden (Winkelaar, 2006). Als sociaal pedagogische hulpverleners analyseren we de situatie van de cliënten en de hulpverleners, door methodische te werken komen we tot een resultaatgericht product.

In het methodisch handelen wordt in bijna alle gevallen een volgorde gezien. De vijf fasen die Coussens (2009) noemt voor methodisch handelen komen overeen met de vijf fasen zoals we die kennen uit de plancyclus in het sociaal agogisch werk (Fontaine, 2005).

1: Oriëntatiefase, verhelderen van de zorgvraag

2: Onderzoek en analyse van gegevens en diagnose

3: Opstellen van het zorgplan/ plannen

4: Uitvoeren van interventies

5: Evalueren

Na fase vijf begint de cyclus, indien nodig, weer opnieuw bij fase 1. De fases zijn fundamenteel om tot een succesvol resultaat te komen. In de bijdrage aan het invoeren van een methodiek houden we rekening met deze vijf fasen en de randvoorwaarden die hierna worden beschreven.

4.4.2 Welke algemene randvoorwaarden zijn er bij het implementeren van een methodiek?

In de beantwoording van deze deelvraag worden voorwaarden beschreven die van belang zijn bij de implementatie van een methodiek gericht op de onderzoekers, het team en de organisatie.

Criteria voor een succesvolle implementatie.

Criteria voor onderzoekers.

Allereerst zijn een open houding, observeren, luisteren, accepteren dat zaken anders lopen dan verwacht en gaandeweg improviseren van groot belang bij een succesvol implementatie proces. Om een implementatie niet alleen kwaliteit, maar ook kwantiteit te geven is het van belang om verstandig en planmatig te werk te gaan (Verhagen, 2012).

Criteria voor het team:

- Door de samenwerking binnen het team moet een positief resultaat behaald worden (Koops, 2009).
- Het team moet overtuigd zijn van de meerwaarde van de methodiek. De teamleden moeten weten dat deze in het voordeel zal zijn van hen ten opzichte van de huidige situatie en daarnaast moet de methodiek aansluiting hebben op hun behoeften (Verhagen, 2012). Ook moet er volgens het Trimbos instituut (2008) aansluiting zijn bij de aanwezige kennis op de afdeling.
- De methodiek moet aansluiten bij de normen en waarden van het team en gemakkelijk in te passen zijn in de huidige werk situatie. Daarnaast moet de methodiek gemakkelijk te gebruiken zijn (Verhagen, 2012).
- De methodiek moet eerst uitgeprobeerd worden, en daarna moet de implementatie ervan worden overwogen. Innovaties van methodieken zijn succesvoller als ze zonder veel moeite kunnen worden uitgeprobeerd. Het geeft een veilig gevoel om te weten dat ze er niet aan vast zitten wanneer er ontevredenheid is (Verhagen, 2012).
- De methodiek moet betrouwbaar zijn. Als deze niet blijkt te werken wordt ze niet opgepikt en zal de gebruikmaking ervan stoppen (Verhagen, 2012).

Criteria voor de organisatie:

- De methodiek past binnen de huidige manier van denken en doen in de organisatie (Verhagen, 2012).
- Mogelijkheden kunnen worden ingevoerd in het behandelbeleid worden overwogen. Het Trimbos instituut (2008) raadt aan om voorlichting te geven van één of twee dagdelen over dubbel diagnose en middelenmisbruik. Er zal volgens hen een uniforme houding moeten worden geformuleerd die uitmondt in een afdelingsbeleid waarin een behandelopzet en personele consequenties zijn vastgelegd.
- De organisatie beschikt over de competenties om de methodiek te implementeren (Verhagen, 2012).
- Behandelaren met psychiatrische achtergrond worden getraind in gedragstherapeutische interventies zoals leefstijltrainingen en motiverende gespreksvoering en cursussen over verslavingszorg worden gegeven. De trainingen kosten een dagdeel en moeten naar advies van Trimbos instituut (2008) worden

opgevolgd door intervisiebijeenkomsten waarin casuïstiek en interventies worden besproken.

4.4.3 In hoeverre voldoet de F.M.A.A. aan de randvoorwaarden die nodig zijn voor de implementatie van een methodiek?

Bij de beantwoording van deze vraag vergelijken we de randvoorwaarden met de gegevens uit deelvraag twee over de huidige zorg bij de F.M.A.A. Op deze manier onderzoeken we op welke wijze de randvoorwaarden verwerkt kunnen worden in de bijdrage aan de implementatie van een methodiek.

Voorwaarden die nodig zijn bij een implementatie voor het team:

- *Door de samenwerking binnen het team moet een positief resultaat behaald worden (Koops, 2009).*

Uit deelvraag 4.2.1 blijkt dat de samenwerking van de teamleden in de huidige situatie niet goed verloopt (IVK 5; IVK 2). Om tot een goede samenwerking te komen die leidt tot positieve resultaten zijn drie factoren nodig: extrinsieke motivatie, intrinsieke motivatie en de prestatienormen van de samenwerkende groep als geheel (Koops, 2009). Met deze drie factoren dient ook rekening te worden gehouden bij het schrijven van aanbevelingen en het implementeren van een methodiek.

Bij extrinsieke motivatie spant het teamlid zich in vanwege de beloning die het werk met zich mee brengt; waardering, salaris en betere werkomstandigheden. Deze factoren motiveren om meer inzet te tonen. Van intrinsieke motivatie is sprake als er betreffende persoon gemotiveerd is om ergens aan te beginnen (Aronson, Timothy, Wilson & Akert, 2007). De organisatie moet actie ondernemen om de intrinsieke motivatie van teamleden te vergroten. Het leveren van prestaties motiveert intrinsiek omdat teamleden worden uitgedaagd. Verder bevordert een hoge cohesie in een team een goede samenwerking. Een hoge cohesie ontstaat als mensen gemeenschappelijke achtergronden, en een beperkte omvang hebben (Koops, 2009; Alblas, 1997). Deze laatste twee facetten zijn bij het team van de dubbele diagnose afdeling van toepassing.

- *Het team moet overtuigd zijn van de meerwaarde van de methodiek. De teamleden moeten weten dat deze in het voordeel van hen zal zijn ten opzichte van de huidige situatie. Daarnaast moet de methodiek aansluiten op hun behoeften (Verhagen, 2012). Ook moet er volgens het Trimbos instituut (2008) aansluiting zijn op de aanwezige kennis op de afdeling.*

Uit de resultaten van de interviews is af te leiden dat het team overtuigd is van de meerwaarde van een verandering. Tevens komt hierin naar voren dat er behoefte is aan de invoering van een methodiek. Uit de interviews blijkt duidelijk dat er nog geen behandelingsmethodiek wordt geboden. Aan alle respondenten is de vraag gesteld welke zorg zij het beste vinden voor de dubbele diagnose cliënten. De adviezen die zij gaven was; een geïntegreerde behandeling voor de cliënten waarin aandacht is voor het opbouwen van een netwerk rondom de cliënt (IVK.1). Uit dit onderzoek blijkt dat de aanwezige kennis en voldoende geschoold personeel deels wordt gemist. Om een methodiek toch succesvol te laten worden, moeten wij als onderzoekers rekening houden met de kennis en het personeel dat wel aanwezig is.

- *De methodiek moet aansluiten bij de normen en waarden van het team en gemakkelijk in te passen zijn in de huidige werk situatie. Daarnaast moet de methodiek gemakkelijk te gebruiken zijn (Verhagen, 2012).*

Van de respondenten hebben een aantal mensen genoemd dat de innovatie gemakkelijk toepasbaar moet zijn. Men gaat er vanuit dat het verschil in de cultuur doorspeelt in het bieden van een behandelplan en men verwacht niet dat een willekeurig programma dat elders werkt, ook bij de dubbele diagnose afdeling resultaat zal boeken.

"Kijk in Nederland zijn allemaal mooie programma's die methodisch werken en dat dat is hier gewoon niet. Dus maak het niet te ingewikkeld dat is wat ik bedoel." (18. F.LB.8.12.4).

"Qua methodiek zou ik het op prijs stellen dat jullie een methodiek, een simpel plan kunnen implementeren op de afdeling" (13.F.LB.3.12.1).

In de interviews komt duidelijk naar voren dat er in de huidige situatie nog geen programma geboden wordt (IVK.3). We kunnen niet verwachten dat er vanuit niets een ingewikkelde innovatie door het team zal worden toegepast.

- *De methodiek moet eerst uitgeprobeerd worden, en daarna moet de implementatie ervan worden overwogen. Innovaties van methodieken zijn succesvoller als ze zonder veel moeite kunnen worden uitgeprobeerd. Het geeft een veilig gevoel om te weten dat ze er niet aan vast zitten wanneer er ontevredenheid is (Verhagen, 2012).*

De producten die uit dit onderzoek voortkomen zijn in ons bijzijn getest, tijdens gesprekken met cliënten, door hulpverleners van de afdeling.

- *De methodiek moet betrouwbaar zijn. Als deze niet blijkt te werken wordt ze niet opgepikt en zal de gebruikmaking ervan stoppen (Verhagen, 2012).*

Om er zeker van te zijn dat een bijdrage aan het invoeren van een methodiek in effectiviteit te vertrouwen is, doen wij onderzoek naar methoden waarvan, volgens de theorie, zeker is dat ze werken. Dit onderzoek heeft u kunnen lezen in de derde deelvraag. Daarnaast kijken we welke verschillen in de cultuur mogelijk van invloed zouden kunnen zijn op de implementatie van de methodiek. We doen dit omdat vanzelfsprekendheden blijken niet altijd zo vanzelfsprekend te zijn.

Criteria voor een succesvolle implementatie van de methodiek voor de organisatie:

- *De methodiek past binnen de huidige manier van denken en doen in de organisatie (Verhagen, 2012).*

De interviewvragen hebben betrekking op de huidige werkwijze. De resultaten van de interviews kunnen worden gebruikt om zo dicht mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van de organisatie. Op die manier kunnen we de innovatie zo goed mogelijk laten passen binnen de huidige manier van denken en doen in de organisatie.

- *Mogelijkheden kunnen worden ingevoerd in het behandelbeleid worden overwogen. Het Trimbos instituut (2008) raadt aan om voorlichting te geven van één of twee dagdelen over dubbel diagnose en middelenmisbruik. Er zal volgens hen een uniforme houding moeten worden geformuleerd die uitmondt in een afdelingsbeleid waarin een behandelopzet en personele consequenties zijn vastgelegd.*

Voorlichting aan het personeel over de doelgroep is zeker raadzaam omdat het personeel zelf al te kennen geeft dat ze niet over voldoende kennis beschikken en graag meer willen leren. De voorlichting wordt door middel van klinische lessen al gegeven, al wordt er wel om meer klinische lessen gevraagd (IVK.4; IVK 13). Het opzetten van een afdelingsbeleid is raadzaam om zo de eenheid van het team te bevorderen. Het realistisch opzetten van de innovatie houdt in dat de mogelijkheden die door het personeel kunnen worden uitgevoerd, door middel van het onderzoek, duidelijk worden. Deze kunnen vervolgens worden verwerkt in het product.

- *De organisatie beschikt over de competenties om de methodiek te implementeren (Verhagen, 2012).*

Wij hebben hier vertrouwen in omdat de uitgangspunten van de organisatie overeenkomen met die van ons. Uit de resultaten van de interviews werd bijvoorbeeld duidelijk dat er vanuit de organisatie behoefte is aan geschoold personeel, kennis en een programma op de afdeling. Verder beantwoorden de ontwikkelde producten de vraag die vanuit de organisatie aan ons is gesteld. De aanbevelingen en het product hebben we op een manier gemaakt die zo goed mogelijk past binnen de competenties van de organisatie. We hebben rekening gehouden met de aanwezige kennis en het aanwezige personeel om de innovatie uit te kunnen voeren.

- *Behandelaren met psychiatrische achtergrond worden getraind in gedragstherapeutische interventies zoals leefstijltrainingen en motiverende gespreksvoering en cursussen over verslavingszorg worden gegeven. De trainingen kosten een dagdeel en moeten naar advies van Trimbos instituut (2008) worden opgevolgd door intervisiebijeenkomsten waarin casuïstiek en interventies worden besproken.*

Zoals eerder beschreven vinden er binnen de organisatie klinische lessen plaats.

Intervisiebijeenkomsten vinden nog niet plaats en zouden een goede aanbeveling zijn. Niet alleen ten behoeve van de trainingen maar ook met het oog op de samenwerking onderling. Een van de producten is een factsheet over motiverende gespreksvoering. Door gebruikmaking van deze gespreksmethode wordt de kans op een succesvolle invoering van andere methoden vergroot.

4.4.4 Welke culturele aspecten zijn van invloed bij de implementatie van een methodiek op Aruba?

Vanuit de uitslagen van de interviews blijkt dat er drie punten zijn waardoor de respondenten twijfelen over de haalbaarheid van het invoeren van een methodiek. Namelijk de medewerking vanuit de politiek, de verschillen in cultuur, en het gebrek aan geschoold personeel (IVK.9).

Binnen de verschillende culturen wordt aan de aandoening of verslaving een andere plaats gegeven. Culturele verschillen zorgen ervoor dat verschillende benaderingswijzen noodzakelijk zijn (Nispen & Stalen, 2009).

Omdat de theorie dit belang benadrukt en omdat de respondenten twijfelen aan de haalbaarheid van het invoeren van een methodiek, vinden wij het essentieel om de cultuur te onderzoeken en daarmee de bijdrage aan de implementatie van een methodiek zo goed mogelijk te laten verlopen. In dit onderzoek behandelen we enkele eigenschappen van de Arubaanse cultuur en trekken we conclusies over de manier waarop we deze informatie kunnen vervoegen in de producten en in het implementatieproces.

De culturele aspecten van de Arubaanse bevolking die een implementatie mogelijk kunnen beïnvloeden.

- **Gemengde cultuur**

Op Aruba komen traditionele en moderne invloeden voor (Boonen, 2003). Traditionele worden ook wel fijnmazige en moderne ook wel grofmazige culturen genoemd. Fijnmazige culturen hebben een grote mate van structuur en duidelijke regels voor wat wenselijk of juist onwenselijk gedrag is (Mens en samenleving, 2010). In een grofmazige cultuur overheerst een minder rigoureuze structuur van gedragsregels en normen. Er wordt niet moeilijk gedaan over veranderingen en er is minder sociale controle (Boonen, 2003). Conflict wordt in een fijnmazige cultuur vermeden als deze een goede verhouding in de weg staat. Het behagen van de groep is voor de fijnmazige cultuur belangrijker dan zekerheid over andere zaken (Pinto, 2000). In deze cultuur zegt men niet altijd wat men ergens van vindt. Dit is wel het geval in een grofmazige cultuur, ook wel individualistische cultuur genoemd. Een individu denkt voor zichzelf en spreekt

zijn verwachtingen, van anderen, uit (Mens en samenleving, 2010). Uiterlijk is voor de Arubanen belangrijk, Arubanen lijken Amerikaans met hun mooie, grote auto's. Ze lijken op Nederland met de regels die ze van hen hebben overgenomen, maar daarbinnen komt ook de Zuid-Amerikaanse cultuur nog naar voren.

De cultuur op Aruba heeft door zijn traditionele en moderne invloeden een mengvorm van een fijnmazige en een grofmazige cultuur. Er zijn daardoor van beide culturen kenmerken zichtbaar, er kunnen geen individuen getypeerd worden (Boonen, 2003).

We concluderen hieruit dat de methode behalve een aantrekkelijk uiterlijk ook een functionele rol moet kunnen beoefenen in alle culturele verschillen die zijn waargenomen. Een methode moet door deze verschillen op een mengelmoes van culturen en gewoontes zijn afgestemd. De methodiek moet zo worden ontwikkeld dat de hulpverlener samen met de cliënt kan overleggen, zodat er ruimte is om naar de wensen van de cliënt te luisteren (Wal, 2003).

- **Op Aruba is sprake van een 'extended family system'**

In Latijns Amerika is – anders dan in NL - sprake van een 'extended family system' waarin voornamelijk de grootouders/grootmoeder een belangrijke stem hebben. Ook in Aruba is dit van oudsher het geval. Onderzoek in Amerika heeft aangetoond dat bij de Spaans sprekende bevolkingsgroep en betrekken van de familie bij de behandeling van groot belang is. Zij beschikken over een groot netwerksysteem en elk gezinslid vervult een eigen rol. Men kan denken aan de moeders die als alleenstaande ouder verschillende rollen moet vervullen en vaak bijgestaan worden door grootouders die vaak als 'wijs' worden gezien of door peetouders. Dit is van belang omdat in het bijzonder het ontbreken van de vaderfiguur kwetsbaarheid voor verslaving lijkt te vergroten (Ruiz & Langrod, 1997).

Het lijkt logisch om bij het behandelen van een cliënt, de wensen van de cliënt als uitgangspunt te zien. Echter blijkt hieruit dat ook de familie een grote invloed heeft op de cliënt. Om de implementatie succesvol te laten zijn moet er rekening worden gehouden met de input die familie geeft. We zullen dit doen door een familielid als mogelijke derde persoon bij het product te betrekken.

- **Moeilijk om een confrontatie aan te gaan**

Er zijn verschillende benaderingswijzen en modellen uit het buitenland beschikbaar, die kunnen echter niet zonder meer gebruikt worden. In Aruba is het moeilijk om met iemand een confrontatie aan te gaan, een confrontatie leidt tot gezichtsverlies, het gevolg hiervan is dat de cliënt je mogelijk voortaan uit de weg zal gaan (Amigoe, 2003). Voor het implementeren van een methodiek dient daarom tijd te worden uitgetrokken. De kans dat het personeel de indruk krijgt dat iemand hen de les wil leren, moet uitgesloten worden.

- **Arubanen hechten veel waarde aan hun gewoonten en taal**

De Arubaanse bevolking kenmerkt zich aan eigenheden die zich uiten in de taal (Papiamentu) en algemene taalvaardigheid, in een 'open mind' en ontvankelijkheid, in humor en zelfspot en in de onderlinge verbondenheid door een fierheid en trots op het eiland. Verder is de bevolking niet zelfgenoegzaam maar juist zelfbewust (Alofs & Romondt, 2001). De eigenschappen van de Arubaanse bevolking kunnen van invloed zijn op de innovatie omdat zij elkaar tot onvoorwaardelijke steun zijn en waarde hechten en sterk blijven staan in hun gewoonten. Een innovatie moet daarom niet tegenin de gewoonten en gebruiken van de Arubaanse cultuur gaan. Het is belangrijk om naast de Arubaanse cultuur rekening te houden met de vele verschillende culturen die Aruba rijk is (Anthony e.a., 2005).

Als we kijken naar de randvoorwaarden voor een succesvolle methodiek, is het van belang dat er eenheid en samenwerking kan ontstaan en dat het product eenvoudig is. De methode die door ons wordt ontwikkeld is Nederlands net zoals de algemene taal in Aruba. Over het algemeen

wordt verwacht dat iedereen Nederlands spreekt. Echter is het voor de cliënten en soms ook het personeel niet altijd even gemakkelijk. De methode moet daarom in eenvoudig Nederlands worden geschreven.

- **Samenwerking met andere instanties is belangrijk**

“Daarom zouden andere instanties die psychiatrische cliënten of bejaarden opvangen een rol moeten spelen bij het oplossen van het ‘choller-probleem” (Amigoe, 2006).

Naast dat de methode simpel moet zijn moet de organisatie ook het belang van het samenwerken met andere instanties inzien. Samenwerken is belangrijk omdat de ernst van de problematiek dan duidelijk naar voren kan worden gebracht. Ook wordt de reikwijdte van de hulp die geboden kan worden groter.

Volgens een nieuwsbericht in de krant is het niet duidelijk of ‘chollers’ in de binnenstad allemaal verslaafden zijn. Het gaat vaak om mensen die dakloos zijn geworden vanwege economische problemen. Zij kunnen bijvoorbeeld een dak boven hun hoofd niet betalen of ze hebben psychische problemen. Het kan ook gaan om oudere mensen (Amigoe, 2006). Het is belangrijk om duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheid tot samenwerking met meerdere instanties voor deze doelgroep.

Conclusie

Welke randvoorwaarden zijn van belang bij de implementatie van een methodiek?

Voor de onderzoekers, het team en de organisatie zijn de algemene criteria beschreven waaraan een organisatie moet voldoen om tot een succesvolle implementatie van een methodiek te komen.

De onderzoekers moeten een openhouding hebben, open staan voor onverwachte gebeurtenissen en kunnen improviseren als dat nodig is.

Het team moet de meerwaarde van een innovatie inzien, de innovatie moet aansluiting bij hen hebben en zo zijn er nog enkele criteria. Het team voldoet op de meeste punten aan de criteria. Op het punt van de samenwerking verdient het team extra aandacht.

De organisatie moet over competenties beschikken om de innovatie in te voeren, en de mogelijkheden overwegen om de methodiek in het beleid over te nemen. De F.M.A.A. voldoet aan deze criteria maar zou de klinische lessen die worden gegeven kunnen aanvullen met intervisiebijeenkomsten.

Om de implementatie aan te laten sluiten bij de cultuur van Aruba is het belangrijk om te weten dat Aruba een gemengd grofmazige – fijnmazige cultuur heeft. Er dient voorzichtig om te worden gegaan met typering, omdat die door de gemengde cultuur niet kunnen worden gedaan. Het familiesysteem op Aruba zorgt er voor dat er in de bijdrage veel ruimte moet worden gemaakt voor de familie van de cliënten. Een fase van implementatie gaat vaak gepaard met weerstand omdat er andere competenties van de werknemers gevraagd worden dan zij gewend zijn te gebruiken.

In het volgende hoofdstuk wordt de bijdrage voor het invoeren van een methodiek beschreven. De bijdrage zal door gebruikmaking van de randvoorwaarden en de verzamelde informatie uit vorige deelvragen worden onderbouwd.

4.5

Deelvraag 5. Hoe kunnen de onderzoeksresultaten worden toegepast in het bijdragen aan een methodiek voor de dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

In deze vraag zullen conclusies worden getrokken uit de beantwoording van de voorgaande deelvragen. We willen weten hoe we de resultaten uit voorgaande vragen kunnen verwerken bij het invoeren van een methodiek voor de behandeling van dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A. Uit dit hoofdstuk komen drie mogelijkheden naar voren waarmee wij een bijdrage kunnen leveren aan het implementeren van een behandelmethodode voor de dubbel diagnose cliënten bij de F.M.A.A.

4.5.1 Op welke wijze kunnen de onderdelen uit de eerste deelvraag bijdragen aan een methodiek voor de behandeling?

4.5.2 Welke bijdrage voor het implementeren van een methodiek sluit aan bij de huidige geboden zorg?

4.5.3 Hoe kunnen de onderzochte methoden worden gebruikt bij de bijdrage aan een methodiek?

4.5.1 Op welke wijze kunnen de onderdelen uit de eerste deelvraag bijdragen aan een methodiek voor de behandeling?

Uit dit onderzoek blijkt dat het tegelijkertijd aandacht schenken aan psychiatrie en verslaving essentieel is (Dom, e.a, 2013). Dit komt overeen met de visie van de organisatie en de afdeling beschermd wonen voor dubbel diagnose waarin aan beide aspecten aandacht gegeven wordt (F.M.A.A., 2011). Maar uit de interview resultaten blijkt dat er op de werkvloer een gebrek is aan kennis over de psychiatrie (IVK.12.1). Dit wordt bevestigd door de interviewresultaten over het personeel waaruit blijkt dat zij behoefte hebben aan kennis over de doelgroep (IVK.13). Door het personeel zelf wordt het geven van klinische lessen als oplossing genoemd. Klinische lessen vinden al plaats maar zouden nog meer plaats mogen vinden omdat er nog steeds onvoldoende kennis is over psychiatrie.

Een van de belangrijkste problemen met negatieve gevolgen voor de prognose van dubbele diagnose is dakloosheid. Gezien wordt dat hoe langer cliënten dakloos zijn geweest hoe vaker zij terugvallen in het oude gedrag en hoe minder de cliënt gemotiveerd is om te veranderen. Een eenduidige etiologie is, door de comorbiditeit in de doelgroep dubbel diagnose, onmogelijk. Elke hulpverlener heeft kennis en empathie voor deze complexe doelgroep nodig (Dom e.a., 2013).

De invloeden vanuit de maatschappij en het verleden spelen door op de cliënten (Amigoe, 2006). De achtergronden die alle verschillende culturen meebrengen zorgen voor een diversiteit aan zorgvragen.

Mogelijke bijdrage:

Deze feiten uit de eerste deelvraag zouden samengevoegd kunnen worden in een zorgplan dat aandacht moet geven aan de verslaving en de psychiatrie. Door het hele team moet de methodiek gebruikt kunnen worden en zo ontwikkeld dat het toepasbaar is op de gevarieerde doelgroep met verschillende culturele achtergronden.

4.5.2 Welke bijdrage voor het implementeren van een methodiek sluit aan bij de huidige geboden zorg?

Aansluiting op de visie van de organisatie

Voor de bijdrage aan een methodiek willen we zo goed mogelijk aansluiting vinden bij de organisatie op basis van de randvoorwaarden uit deelvraag vier.

De samenleving en de politiek zijn van invloed op de verbeterpunten in de huidige zorg zoals blijkt in deelvraag 2.2.(IVK.12). De visie van het personeel ten aanzien van de cliënten verschilt met de visie die over het algemeen in de maatschappij gezien wordt. In de maatschappij worden 'chollers' (die in veel gevallen dubbel diagnose cliënt zijn) gezien als besmettelijke ziekte (Galen, 2007; IVK.6). Vanuit de interviews zien we dat het belangrijk wordt geacht door de werknemers dat de cliënten een volwaardig levensbestaan krijgen, zich veilig kunnen voelen en kunnen herstellen van hun verslaving (IVK.7). In de interviews en tevens in de observaties zien we dat er geen educatieve lessen worden geboden die de cliënt op het gebied van zijn aandoening iets kan leren. Verder zien we dat er op het gebied van het leren erkennen van de verslaving in de visie van het team en op de afdeling geen ontwikkelingen zijn. Daarnaast wordt op het gebied van de verslaving geen gerichte begeleiding gegeven (IVK.7). En komt uit de interviews naar voren dat er ondanks de leefwijzer geen specifieke behandelmethodes is voor dubbel diagnose cliënten die wordt gehandhaafd (IVK 1).

De visie van de organisatie komt overeen met de visie van het personeel op de punten van 'herstel van het verloren gegane' en de 'holistische benadering'. Het doel van de afdeling voor dubbele diagnose cliënten is om door huisvesting en begeleiding meer rust te brengen in het leven van de cliënten (F.M.A.A., 2011). Structuur op de afdeling zorgt ervoor dat de kans op terugval kleiner wordt en het biedt rust aan de cliënten (Schene & Boer, 2008). Uit de resultaten blijkt dat er op de afdeling behoefte is aan een programma waarin gepland staat welke activiteiten gedaan worden zodat er structuur ontstaat (IVK 3).

Mogelijke bijdrage:

Op grond van deze gegevens komen wij tot de conclusie dat wij een bijdrage kunnen leveren voor het implementeren van een methodiek door het maken van een weekprogramma voor de afdeling. Dit zou aansluiten bij de visie en behoeften vanuit de organisatie. Hierbij zou rekening moeten worden gehouden met de basale zorg die al aanwezig is, zodat het programma goed aansluit.

Daarnaast zouden we educatieve informatie kunnen geven over een menswaardige benadering gericht op de dubbel diagnose cliënt om bij te dragen aan de behoeften aan kennis.

Aansluiting bij leefwijzer van afdeling

Door de vier thema's uit de leefwijzer van de F.M.A.A te vergelijken met de resultaten uit het onderzoek naar de huidige geboden zorg, werd zichtbaar hoe de beschreven richtlijnen die de F.M.A.A. voorschrijft voor de behandeling in de praktijk worden gebracht (Figuur 2). De verschillen tussen de praktijk en de theorie vanuit de leefwijzer gebruiken we bij het vormen van de bijdrage aan een methodiek die aansluit bij de visie en de behoeften van de organisatie.

Lichamelijk

Voornamelijk de basale zorg, lichamelijke verzorging, is door ons op de afdeling tijdens de observaties waargenomen (OVK.3.1). Verder zijn niet alle punten uit de leefwijzer duidelijk waargenomen of door de respondenten benoemd. We zien in de informatiegids dat er vanuit gegaan wordt dat er geen genezing mogelijk is (F.M.A.A., 2011). Dit lijkt tegenstrijdig omdat de leefwijzer eveneens door de F.M.A.A. is beschreven.

Sociaal

Op sociaal gebied wordt niet zichtbaar volgens de leefwijzer gehandeld. Cliënten worden soms weggestuurd uit de huiskamer, in het bijzijn van cliënten wordt regelmatig over hen gesproken, de benadering slaat soms over van vriendelijkheid naar betutteling en de consequenties die gesteld worden zijn soms onduidelijk (OVK.3). Deze observaties worden mogelijk veroorzaakt door het missen van een ruimte en het ontbreken van personeel die beschikt over de juiste kennis (DNVK.3).

Psychisch

Bij het psychische aspect valt op dat de ontwikkeling van de cliënt niet het doel is van de behandeling. De behandeling wordt meer gezien als begeleiding van de cliënt bij het dagelijkse leven. Het educatieve stuk waarbij de cliënt leert om in de toekomst zelfstandiger te kunnen leven of waarbij de cliënt leren om te gaan met verslaving, emoties en dergelijke wordt niet genoemd (IVK.7). Wel hebben we vaardigheden waargenomen van de personeelsleden die aandacht geven aan het psychische aspect, bijvoorbeeld een hulpverlener die nieuwe herinneringen wil toevoegen aan oude activiteiten, zodat een slechte emotionele herinnering wordt vervangen (IVK 1).

Spiritueel

Vanuit de observaties is op spiritueel gebied zichtbaar dat er voor de maaltijd tijd werd genomen om te bidden (OVK.5). Er zijn verder geen spirituele meetings waargenomen. Op de afdeling voor verslavingszorg vonden deze wel plaats. Vanuit interviews wordt op spiritueel gebied duidelijk dat het personeel niet gelooft dat genezing mogelijk is, maar wel een beter levensbestaan. Er wordt in de interviews genoemd dat een zorgplan ontbreekt.

Mogelijke bijdrage:

Deze gegevens bevestigen dat een bijdrage door middel van een zorgplan een mogelijkheid is die aansluit bij de behoeften en de visie van de organisatie. Een beter levensbestaan bieden aan cliënten is mogelijk door het opstellen van doelen in een zorgplan. Waar op Aruba eerst geen openheid was om samen met de familie de problemen te bespreken, ontwikkeld dit nu steeds meer, de taboe die op verslaving ligt wordt steeds beter bespreekbaar (Amigoe, 2006). Dit vergt competenties van de hulpverleners op het psychische gebied omdat zij ook de familie bij de behandeling zullen moeten betrekken. Wij denken dat de hulpverlener dit mogelijk kan maken door de cliënt te stimuleren in zijn eigenwaarde en door te werken aan doelen van de cliënt, bijvoorbeeld in een zorgplan, zodat de cliënt weer in zichzelf gaat geloven. Een zorgplan sluit aan bij de vaardigheden van hulpverleners die zijn geobserveerd en bij de visie van de organisatie. Bijvoorbeeld als we kijken naar het doel: herstel van het verloren gegane (F.M.A.A, 2011) en de behoeften die worden genoemd in de interviews (IVK.10).

4.5.3 Hoe kunnen de onderzochte methoden worden gebruikt bij de bijdrage aan een methodiek?

Hier beschrijven we de aansluiting van de in deelvraag drie onderzochte methoden bij de F.M.A.A. Dit helpt ons bij het concluderen over de bijdrage die wij kunnen leveren aan het invoeren van een methodiek bij de afdeling dubbel diagnose.

Psychotherapie:

Bij psychotherapie worden psychische stoornissen en problemen met de cliënt besproken (Van der Stel, 2013). Hiervoor is theoretische kennis over de psychiatrie een vereiste. Het invoeren

van dit punt zou geen goede aansluiting bieden op deze afdeling omdat daar, zoals in vraag 2.1 staat geschreven, in de huidige situatie een gebrek aan is.

De psychotherapie bestaat niet alleen uit het overbrengen van kennis, maar ook uit het vergroten van positieve sociale ervaringen. Daar wordt op de doelgroep kennis aan besteed zoals blijkt uit het citaat vanuit dit interview:

'Wat ik vind dat ik aan de dubbele diagnose cliënten moet geven, is het gevoel van: leven kan anders zijn. De dingen die ik heb meegemaakt hoeven niet meer op de voorgrond te staan. We bouwen, aan nieuwe relaties en geven nieuwe herinneringen aan oude activiteiten.' (I1.F.LB.1.19.1).\

Het doel van psychotherapie is het verminderen van klachten en het hanteerbaar maken daarvan. Dit komt overeen met het doel van de hulpverleners die werkzaam zijn bij de dubbel diagnose (IVK.7).

Om psychotherapie echt toe te passen is een therapeut nodig. Het personeel kan onderdelen van psychotherapie gebruiken door het vergroten van positieve ervaringen, en het bespreken van de problemen van cliënten bijvoorbeeld. Zoals in de voorgaande deelvraag wordt beschreven, wordt in de huidige zorg niet verwacht dat er genezing mogelijk is voor deze doelgroep. Toch zou het bespreken van denken en gevoelens plaats kunnen vinden in een wekelijkse evaluatie van de doelen in een eventueel zorgplan.

Cognitieve Gedragstherapie

De nadruk bij cognitieve gedragstherapie ligt op de invloed van het denken op het gevoelsleven. Er wordt gekeken of een eventueel negatieve manier van denken realistisch is, omdat negatieve gedachten negatieve gevoelens uitlokken. Het uiteindelijke doel van deze therapie is het voorkomen van terugval (Bögels & Oppen). Het is goed om als hulpverlener kennis te hebben van deze theorie. Met het oog op de vraag vanuit de organisatie om een eenvoudig product te maken zal deze methode niet in het product worden verwerkt. Wel kan er, net als bij psychotherapie, aandacht zijn voor theorieën uit deze methode in de evaluatie van doelen in een eventueel zorgplan.

Integrated Dual Disorder Treatment

Bij de F.M.A.A. wordt de handeling die bij de eerste fase (vooroverweging) van deze methode horen toegepast, namelijk de algemene dagelijkse zorg voor de cliënt. In de tweede fase (overweging) worden bij IDDT psycho-educatie en motiverende gespreksvoering aangeboden. Op de afdeling waar dubbel diagnose cliënten worden behandeld wordt psycho-educatie niet toegepast. Motiverende gespreksvoering is bij de personeelsleden al bekend door de lessen die maandelijks worden aangeboden. De derde fase houdt in dat er behandelgroepen zijn, door middel van dit onderzoek en door onze producten zullen wij dit niet kunnen realiseren wel kunnen wij hier adviezen over schrijven. De vierde en vijfde fase die de verandering in de cliënt stimuleren en behouden, proberen wij doormiddel van motiverende bejegening, zo duidelijk mogelijk over te brengen (Figuur 3).

Het doel van IDDT is de bewustwording van problematiek vanuit cliënt en gedragsverandering gericht tot rehabilitatie stimuleren. Voor deze doelen is kennis van problematiek nodig om ook de cliënt hiervan bewust te maken (Mueser e.a., 2011). De teamleden geven in de interviews, zoals ook in deelvraag 4 is beschreven aan, dat er vraag is naar meer kennis over de doelgroep. Het is de bedoeling om per cliënt te kijken welke interventie aansluit. Een vertrouwensrelatie moet worden opgebouwd tussen de hulpverlener en de cliënt. Daarna is het belangrijk dat de cliënt zich bewust wordt van zijn problematiek. Als dat zo is kan er gewerkt worden aan gedragsverandering die gericht is op rehabilitatie (Mueser e.a., 2011). In de methode die voor de F.M.A.A. wordt ontwikkeld, zal ook de individuele cliënt het uitgangspunt zijn. Om de cliënt optimaal te kunnen begeleiden zullen de hulpverleners hun kennis wel moeten verbreden.

Rehabilitatie

Rehabilitatie helpt sterke kanten van de cliënt verder te ontwikkelen. Rehabilitatie is er om langdurig fysiek of psychische aandoeningen te herstellen. De methodiek is gericht op het ondersteunen van de cliënt in zijn eigen doel. Dat gebeurt door het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van het doel van de cliënt (Korevaar & Dröes, 2009). Voorbeelden van rehabilitatiedoelen zijn; zichzelf wassen, een maaltijd bereiden, en een cursus of training volgen. Deze doelen zijn voorbeelden die ook toepasbaar zullen zijn in de methodiek die voor de F.M.A.A. wordt ontwikkeld. De doelen zijn haalbaar en relevant voor de doelgroep.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is nuttig in elk gesprek, vanuit welke theorie dan ook (Miller & Rollnick, 2011). In motiverende gespreksvoering is een respectvolle houding tegenover de cliënt van belang.

De houding die van belang is bij motiverende gespreksvoering geldt voor elke hulpverlener. Het gaat er bij de motiverende gespreksvoering om dat de cliënt gestimuleerd wordt in zijn verandering. Niet door de cliënt te overtuigen maar door innerlijke motivatie bij de cliënt op te roepen. De verantwoordelijkheid en keuze om te veranderen wordt bij de cliënt gelaten. Dit kost tijd, geduld en energie van het personeel (Trimbos, 2008). Uit de observaties blijkt dat de vaardigheden van motivering zichtbaar zijn. De hulpverlener stimuleert de cliënt in zijn zelfzorg en huishoudelijke taken, zonder de verantwoordelijkheid van hem over te nemen. Daar maken wij uit op dat deze methode aansluit op de doelgroep en bij de vaardigheden van de hulpverleners (OVK.3.1). Door middel van motiverende gespreksvoering worden zelfwaardering, zelfredzaamheid en sociale vaardigheden vergroot, dit sluit aan bij de leefwijzer van de F.M.A.A. (Afbeelding 2).

Mogelijke bijdrage:

De algemene dagelijkse zorg die bij de eerste fase van de IDDT hoort is waargenomen op de dubbele diagnose afdeling bij de F.M.A.A. In de tweede fase wordt motiverende gespreksvoering aangeboden. Motiverende gespreksvoering sluit daarom niet alleen aan bij de organisatie door middel van de educatieve aspecten, maar ook bij de methodiek zoals geadviseerd in de theorie. Een mogelijke bijdrage aan het invoeren van een methodiek zou een **factsheet** kunnen zijn waarin motiverende gespreksvoering wordt uitgelegd.

Conclusie

Hoe kunnen de onderzoeksresultaten worden toegepast in het bijdragen aan een methodiek voor de dubbele diagnose cliënten bij de F.M.A.A.?

Uit de resultaten komen drie manieren naar voren waarop een bijdrage kan worden geleverd aan het invoeren van een methodiek voor de dubbel diagnose cliënten bij de F.M.A.A. Allereerst door een zorgplan dat aansluit op de visie en behoeften van de organisatie en op de benodigdheden volgens de literatuur. Ten tweede door middel van een weekprogramma dat eveneens aansluiting vindt bij de behoeften van de organisatie en daarnaast een goede verbinding heeft met het zorgplan door daar structureel evaluaties op de doelen in terug te laten komen. En ten derde door middel van het delen van kennis over motiverende gespreksvoering in een factsheet. Dat is een menswaardige benadering die aansluit bij de visie van de organisatie, de behoeften van de organisatie en bij het zorgplan. De verantwoording van deze producten wordt beschreven in hoofdstuk 5.

- In bijlage 3 staan de drie producten weergegeven.

Hoofdstuk 5: Producten

Vanuit het onderzoek hebben we drie producten gemaakt. De producten kunnen los van elkaar gebruikt worden maar hebben zeker een verbindende factor met elkaar. Het doel om de kwaliteit van zorg voor dubbele diagnose cliënten te verbeteren wordt door het werken met de producten, zo goed als wij mogelijk achten, behaald.

5.1 Verantwoording individueel zorgplan

Vanuit de interviews blijkt dat er vraag is naar een zorgplan voor de afdeling dubbel diagnose bij de F.M.A.A. Met dit product hopen wij aan de verwachting van de organisatie te voldoen.

Door de gebruikmaking van een zorgplan is er automatisch al meer sprake van een 'behandeling' van de dubbel diagnose cliënten, omdat er met de cliënten wordt gewerkt. Het is dan niet meer zo dat de afdeling alleen zorgt voor een dak boven het hoofd maar ook daadwerkelijk iets voor de cliënt kan gaan betekenen. Door de opgestelde doelen wordt duidelijk wat de problemen zijn van de cliënt. Dit is voor de hulpverlener een onmisbaar handvat om de cliënt te begeleiden (Kar & Keijzerwaard, 2003)

Voor het maken van dit zorgplan hebben we ons verdiept in veel verschillende zorgplannen van organisaties, gekeken naar de behoeften van de organisatie vanuit onze observaties en interviews, en onze kennis van zorgplannen vanuit werkervaring toegepast. Daarnaast waren de randvoorwaarden die in deelvraag 4 zijn beschreven leidend in de uitvoering van het zorgplan.

Op de voorkant staat een beknopte versie van de inhoud van het individuele zorgplan weergegeven. Deze dient als samenvatting en is gemakkelijk te gebruiken bij het controleren van het complete zorgplan.

Inhoud van het zorgplan

In het ontwikkelde zorgplan wordt rekening gehouden met de 5 fasen van de plancyclus in het sociaal agogisch werk zoals in hoofdstuk 4.4.1 staan weergegeven.

Het product is zo opgesteld dat de hulpverlener met de cliënt antwoorden moet formuleren, we hebben gekozen voor het zelf formuleren van antwoorden om zo de individuele cliënt te respecteren. Het zorgplan is opgebouwd uit drie fasen: hulpvraag – probleem formulering – evaluatie. Binnen deze drie fasen zijn de vijf fasen van (Coussens, 2009) over het methodisch werken verwerkt.

Hulpvraag

Voor het formuleren van de hulpvraag wordt de vragenlijst met de cliënt ingevuld. Aan de hand van de vragenlijst ziet de hulpverlener waar de cliënt hulp nodig heeft en waar vervolgens een doel opgesteld kan worden. Na het invullen van de vragenlijst heeft de cliënt meer inzicht in zijn situatie en wordt het beantwoorden van de openvragen gemakkelijker.

Probleem formulering

Vanuit de hulpvraag wordt het probleem geformuleerd. Bij het formuleren van het probleem is het belangrijk de hulpverlener het doel smart formuleert. In bijlage 3 wordt dit verder uitgewerkt.

De probleemstelling wordt geformuleerd zodat naar aanleiding van de probleemformulering de doelstelling zo specifiek/doelgericht mogelijk kan worden opgezet.

Het is belangrijk om een goed doel te maken omdat het leerdoel gebruikt wordt als leidraad bij de behandeling van de cliënt. Omdat het belangrijk is om geen zaken over het hoofd te zien en om de cliënt te helpen bij het formuleren van de probleemstelling hebben we een vragenlijst toegevoegd die daar verduidelijking in kan geven. Deze is gemaakt aan de hand van de 11 gezondheidspatronen van Gordon.

Evaluatie

Omdat er wekelijks of dagelijks aan het doel van de cliënt wordt gewerkt is het nodig om de doelstelling een keer in de 6 weken bij te stellen. In de 6 weken daarvoor worden de doelen door de week vaker geëvalueerd in persoonlijke mentor gesprekken (Zie weekprogramma). Op deze manier is de vooruitgang van de cliënt goed zichtbaar. Dat werkt in het geval van groei stimulerend voor de cliënt.

Aansluiting bij F.M.A.A.:

Vanuit de organisatie is ons specifiek gevraagd om een zorgplan voor de afdeling te ontwikkelen. Om het zorgplan specifiek voor de afdeling te kunnen ontwikkelen hebben we literatuuronderzoek gedaan en datagegevens verwerkt in de deelvragen. De antwoorden op de deelvragen hebben ons geholpen om een product te ontwikkelen dat aansluit op de wensen van de organisatie. Wij denken dat dit product ook zal aansluiten bij de behoeften van de cliënten, de keren dat we bij de uitvoering het plan aanwezig waren, werd dit vermoeden bevestigd.

Haalbaarheid implementatie:

Bij de uitvoering van dit onderzoek hebben we ons continu de vraag gesteld hoe een praktische toepassing onze resultaten op een zo goed mogelijke manier zou kunnen aansluiten bij de doelgroep. De producten die hieruit voortgekomen zijn betreffen een zorgplan, een weekprogramma, en een informatiegids over motiverende gespreksvoering. De implementatie van het product is haalbaar gebleken. We hebben de mogelijkheid gehad om aanwezig te zijn bij de implementatie van het zorgplan. We merkten door de positieve reacties van zowel de cliënten als de hulpverleners dat het zorgplan aansloot bij hun behoeften. Ook op andere afdelingen van de F.M.A.A zoals de verslavingszorgafdeling zal gebruik gaan maken van het zorgplan.

Gebruiksaanwijzing product

Voor de hulpverleners hebben we het individuele zorgplan nog verder toegelicht. Voor de juiste gebruikmaking daarvan is het belangrijk om deze door te lezen.

- In bijlage 3 staat het zorgplan met daarbij de gebruiksaanwijzing.

5.2 Verantwoording weekprogramma

'Rehabilitatie is mensen met beperkingen ondersteunen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun eigen doelen zodat zij tevreden en succesvol zijn in hun activiteiten en in hun deelname aan de samenleving (Korevaar & Dröes, 2009).'

De informatie zoals die beschreven staat in het handboek rehabilitatie van Korevaar en Dröes (2009) is naast bevindingen uit de interviews en observaties gebruikt als bron voor het beschrijven van het weekprogramma. We schrijven in de aanbeveling dat er structuur aangebracht moet worden doormiddel van een dagprogramma. Dit weekprogramma hebben we zo goed mogelijk laten aansluiten bij de huidige afdeling. Tegelijkertijd proberen we met dit programma aanvulling te geven op punten waar nodig is.

De groen gemarkeerde woorden in het programma zijn de activiteiten die anders zijn dan de dagelijks routine. Dit zijn er nog niet zoveel vergeleken met hoeveel wij vanuit Nederland gewend zijn, maar het is een goed begin voor deze afdeling waar nog niet veel 'bijzondere' activiteiten gepland stonden. We hopen dat er in de loop van de tijd meer materiaal zal zijn waardoor er meer mogelijkheden zijn voor gezamenlijke activiteiten. Hieronder zal puntsgewijs de weekplanning worden verantwoord.

Verklaring van begrippen

De verklaring van de begrippen onder het weekprogramma zijn bedoeld als verduidelijking voor de hulpverlener.

- De verklarende begrippen staan in bijlage 3.

Aansluiting

Tijdens het opstellen van het weekprogramma is er rekening gehouden met de alreeds bestaande 'structuur' van de afdeling. We hebben het weekprogramma vooraf besproken met onze werkbegeleidster, we hebben een aantal punten aangepast zodat het programma bij de afdeling zal aansluiten.

Haalbaarheid

De haalbaarheid van het programma zal vooral in het begin veel moeite kosten. Het is nieuw om met een specifieke structuur te werken en in de Arubaanse cultuur is men over het algemeen niet gewend om met een vaste structuur te werken (Alofs & Romondt, 2001). Men zal elkaar moeten aanscherpen op het werken met het weekprogramma om de haalbaarheid te realiseren.

5.3 Verantwoording van motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is verschillende keren naar voor gekomen in de beantwoording van onze deelvragen. Deze bejegening sluit aan bij de drie onderzochte methoden, bij de randvoorwaarden voor de implementatie bij de organisatie, bij de visie van de F.M.A.A. en bij de doelgroep dubbele diagnose. Daarnaast zal motiverende bejegening het zorgplan dat wij hebben gemaakt versterken. Door gebruikmaking van deze gesprekstechnieken zullen betere doelen opgesteld worden voor de cliënt en zullen de gesprekken in waarde verhogen.

Vanuit de interviews, observaties en notulen werd het ons duidelijk dat er vaak weinig aandacht wordt geschonken aan de onderlinge band binnen het team en met de cliënten. De drie maanden dat wij op de afdeling aanwezig waren was te kort om deze band te kunnen beïnvloeden. Wij geloven dat men hierin kunnen groeien, dit zal echter tijd kosten. Om dit groeiproces te versnellen hebben wij een factsheet gemaakt over motiverende bejegening. Deze gesprekstechniek en basishouding was binnen de organisatie en binnen het team al bekend maar werd niet bewust gebruikt.

Het doel van motiverende gespreksvoering om de cliënt zelf te laten nadenken en dit te stimuleren wordt in veel organisaties in Nederland met resultaat gebruikt. De accepterende, positieve en empathische houding is positief voor de cliënt maar werkt vaak ook binnen het team door. Onderzoek naar het effect van motiverende gespreksvoering wijst uit dat de techniek werkt bij de behandeling van verslaafden (Miller & Rollnick, 2011).

Het doel van het gebruik van dit product voor de dubbele diagnose afdeling is om de onderlinge band tussen de cliënt en de hulpverlener te verbeteren. Tevens is product voor de hulpverleners een middel om met behulp van deze techniek een gesprek aan te gaan en het zorgplan op te stellen.

Inhoud van de factsheet over motiverende gespreksvoering

De factsheet bevat een samenvatting en handreiking voor de hulpverleners om met motiverende gespreksvoering te kunnen werken.

Aansluiting bij de F.M.A.A.

Wij nemen op grond van onze observaties en gehouden interviews aan dat het werken met motiverende gesprekstechnieken zal aansluiten bij de hulpverleners van de F.M.A.A. Deze aanname wordt versterkt doordat de hulpverleners zich in willen zetten voor de dubbele diagnose doelgroep. Het werken met motiverende gesprekstechnieken zal aanpassingen vragen, maar de positieve effecten zullen voor de hulpverleners een stimulans zijn om ermee te blijven werken. Binnen het team bevindt zich onder andere een SPH-student die zich voor de gesprekstechniek wil inzetten. Ook de andere teamleden waren enthousiast.

Haalbaarheid:

Mits er toezicht is en er op het gebruik van motiverende gesprekstechnieken wordt geëvalueerd, denken wij dat het haalbaar is om de techniek toe te passen. Zoals eerder beschreven is het doel van het gebruik om een positieve werksfeer tussen de cliënten en de hulpverleners te bewerkstelligen. Dit is een doel waar al aan gewerkt werd. De hulpverleners zijn gemotiveerd, door hun motivatie geloven wij in de haalbaarheid van het product.

Hoofdstuk 6: Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk zal antwoord worden gegeven op de hoofdvraag en zullen de resultaten worden verklaard en geïnterpreteerd. Verder evalueren we de betrouwbaarheid en validiteit van dit onderzoek.

Hoofdvraag:

‘Op welke wijze kunnen Sociaal Pedagogische Hulpverleners bijdragen aan het invoeren van een specifieke methodiek en een eenduidige werkwijze die door alle hulpverleners van de F.M.A.A. kan worden toegepast bij de behandeling van dubbel diagnose cliënten?’

Voor de beantwoording van deze vraag is door middel van interviews, observaties en documenten onderzocht door wie en hoe de huidige zorg van de afdeling geboden wordt. Daarnaast is middels literatuur onderzocht wat bekende en werkende methodieken zijn voor de behandeling van dubbel diagnose cliënten. Alsmede zijn de randvoorwaarden voor het implementeren van een methodiek onderzocht. Ten laatste is onderzocht tot welke bijdrage deze resultaten konden leiden.

Voordat we aan het onderzoek begonnen waren de verwachtingen dat wij deze vraag konden beantwoorden door het schrijven van aanbevelingen en indien er tijd over zou zijn met het maken van een product. Betreffende resultaten hebben naast de aanbevelingen geleid tot het maken van drie producten; een informatieblad over motiverende gespreksvoering, een weekprogramma en een zorgplan. Deze dragen bij aan de kennis van het personeel, structuur op de afdeling en aan de doelen waaraan kan worden gewerkt bij de behandeling van de dubbel diagnose cliënt.

Het beginstadium van de invoering en gebruikmaking van deze producten hebben wij mee mogen maken. Dit was een zichtbare verrijking voor de geboden zorg. Met name het zorgplan is met dankbaarheid ontvangen. Met behulp van de verzamelde data was het mogelijk om de producten op een zo goed mogelijke manier aan te laten sluiten bij de manier van werken en de kennis die al op de afdeling aanwezig was. Zo is in het weekprogramma het voorgaande dagritme onveranderd gebleven, het was daarin ruim mogelijk om activiteiten aan de structuur toe te voegen. Het zorgplan sluit aan bij de wensen van de organisatie. De motiverende gespreksvoering was al bekend op de afdeling waardoor het gemakkelijk werd opgepakt. Daarnaast sluit deze gespreksvoering aan bij de vier methoden die zijn onderzocht. Verder versterkt de gebruikmaking van motiverende gesprekstechniek tijdens het invullen van het zorgplan de effectiviteit van de werking.

De producten kunnen gebruikt worden bij alle afdelingen binnen de F.M.A.A. Omdat zij aansluiten bij de visie van de F.M.A.A. Ook bij andere organisaties met dubbel diagnose cliënten of waar op een andere manier wordt gewerkt aan het behalen van doelen van cliënten zijn het zorgplan en de factsheet over motiverende gespreksvoering te gebruiken omdat deze een vaste structuur bevatten die niet persoonsgebonden is (Bassant & Roos, 2003).

Kritische reflectie

Aangaande de interviews hadden wij naderhand meer vragen willen stellen aan het personeel over de wijze waarop de zorg wordt geëvalueerd. We hadden ervoor gekozen om de informatie over de evaluatie te verkrijgen via het hoofd, om zo mogelijke verschillen van interpretatie te voorkomen. We denken echter dat de interpretatie van het personeel ook van belang is bij het beantwoorden van de vragen en voor het schrijven van aanbevelingen.

Om reden dat we de vragen doelgericht stelden en eveneens vragen aan onze interviews toevoegden die betrekking hadden op onze observaties, zijn er geen vragen gesteld over

culturele facetten met betrekking tot het onderzoek. Daardoor moesten de bevindingen over de invloed van de cultuur op basis van literatuur worden gemaakt. Het was lastig om recente publicaties te vinden over dit onderwerp. Dit heeft invloed gehad op onze resultaten.

Wij hebben geprobeerd om de interviewdata objectief te verwerken in label schema's. We zijn ons ervan bewust dat wij zelf degenen zijn die bepalen welke labels we zullen uitwerken, waardoor het niet mogelijk is om de data geheel objectief te verwerken.

Verder realiseren we ons dat de probleemstelling en bevindingen die wij hebben gedaan gekleurd zijn door onze verwachtingen van een behandeling voor dubbel diagnose cliënten als westerling. Ondanks dat we hier zoveel mogelijk rekening mee hielden werden we soms desondanks geconfronteerd met de verschillen tussen Aruba en Nederland. Zo is het bijvoorbeeld niet vanzelfsprekend dat ons product voor elke cliënt zomaar uitgeprint kan worden. De mogelijkheden daarvoor zijn beperkter dan in Nederland. We hebben onze verwachtingen en onze plannen daaraan moeten aanpassen.

Gebrek aan tijd heeft ons doen besluiten de cliënten niet te ondervragen gedurende dit onderzoek. Wij realiseren ons dat een verbreding op die manier een verrijking zou zijn geweest voor de resultaten.

De norm van het aantal pagina's is overschreden. Deze overschrijding komt door de keuze om nog voor een vierde vorm van dataverzameling te gaan; namelijk de verwerking van documenten. Wij vinden deze data relevant omdat het de interviews en observaties bevestigt. Daarom zijn ze in het document opgenomen.

Hoofdstuk 7: Aanbevelingen voor de F.M.A.A.

In dit hoofdstuk worden de aanbevelingen geschreven gebaseerd op de hieraan voorafgaande hoofdstukken. De aanbevelingen worden verdeeld onder; aanbevelingen op meso niveau, geschreven voor het team op de afdeling en de organisatie en aanbevelingen op macro niveau, geschreven voor de overheid. De aanbevelingen die van bovenaf ingevoerd worden zullen invloed hebben op het micro niveau, de cliënt.

Aanbevelingen voor het team op de afdeling

- **Motiverende gespreksvoering;** willen we voor het team aanbevelen om als grondhouding tijdens de benadering van de cliënten te houden. Motiverende gespreksvoering wordt gezien als een belangrijke benadering bij verslaafden (Schipper & G, 2002). Motiverende gespreksvoering biedt ruimte aan de cliënt, de hulpverlener zet zich niet autoritair op, waardoor een goede aansluiting op verschillende culturen kan worden gevonden (Veen & Goijarts, 2012). Wij zijn ervan overtuigd dat als het team kennis heeft van motiverende gespreksvoering en deze kennis toe kunnen passen dan kunnen zij op een professionele wijze de cliënten te stimuleren in hun proces. Motiverende gespreksvoering bestaat in verschillende vormen. Gekozen kan worden om de methode specifiek aan te bieden aan het personeel. Omdat tijd en geld dit hoogstwaarschijnlijk niet toelaten hebben wij een overzichtelijk informatieblad gemaakt met daarop een kort en bondige uitleg en behandelwijze middels de motiverende gespreksvoering. Het is raadzaam om deze informatie regelmatig door te nemen. Bewustwording door te reflecteren is een tip die wij aan het team meegeven. Wij zijn ons ervan bewust dat deze methode mogelijk niet geheel passend is in de Arubaanse cultuur. De keuze om deze methode wel aan het team aan te raden is genomen nadat wij hoorden dat de methode al bekend was bij het personeel. Er zijn in het afgelopen jaar klinische lessen over motiverende gespreksvoering gehouden en men is enthousiast over een toepassing van de methode op de afdeling. De motiverende gespreksvoering zal in verbinding staan met de andere aanbevelingen voor de afdeling. Het is namelijk van belang dat de hulpverleners de motiverende gespreksvoering als een grondhouding aannemen en hier in alle gevallen uit zullen werken. Met name ook in het zorgplan dat wij de organisatie aanbevelen en aanbieden.
- **Zorgplan;** wij raden aan om voor elke cliënt een individueel zorgplan op te stellen. Zo zal de cliënt inzicht krijgen in zijn eigen ontwikkeling aangaande de reden van zijn verblijf. Door samen met de cliënt te werken krijg je als hulpverlener inzicht in het proces van de cliënt en de cliënt ontwikkeld door het opstellen van doelen zelfinzicht. Door doelen op te stellen en deze regelmatig te evalueren zal de cliënt moeten werken aan zijn persoonlijke ontwikkeling gedurende zijn verblijf. Het is de bedoeling dat de motiverende gesprekstechniek ook tijdens het opstellen van een individueel zorgplan wordt toegepast. Wij hebben een zorgplan voor de afdeling ontwikkeld dat gangbaar is voor alle personeelsleden. Het zorgplan is ontwikkeld voor de diversiteit aan culturen op het eiland Aruba. We hebben dit gedaan door rekening te houden met de verschillende opleidingsachtergronden van de hulpverleners. Er is rekening gehouden met diversiteit aan culturen door de open vragen die aan de cliënten worden gesteld, iedereen kan zijn eigen antwoord geven. Daarnaast hebben wij het zorgplan gebaseerd op de 11 gezondheidspatronen van Gordon die door de F.M.A.A. al als uitgangspunt van een bestaand zorgplan gelden. Wij adviseren het team om het door ons ontwikkelde zorgplan te gebruiken zodat er zicht komt in de persoonlijke ontwikkeling van de cliënten. Wij hebben bij de implementatie gezien dat het zorgplan voor zowel de cliënten als het personeel een succes was.

- **Dagprogramma;** het aanbrengen van structuur doormiddel van een dagprogramma wordt door ons sterk aanbevolen. Dit ten behoeve van de cliënt, de samenwerking onderling en de continuïteit van de geboden zorg. Wij hebben een dagprogramma voor de afdeling ontwikkeld. Dit dagprogramma is gebaseerd op de reeds bestaande structuur momenten. Het dagprogramma is gemakkelijk toe te passen door alle hulpverleners maar het zal voor de hulpverleners geduld en constante herhaling vragen om het (ook) de cliënten eigen te maken. Het is daarom belangrijk om het aan elke cliënt persoonlijk te introduceren. Elke cliënt zal een dagprogramma op de kamer krijgen zodat het voor hem elk moment van de dag duidelijk is wat hij kan verwachten. Bij de gezamenlijke momenten wordt iedereen verwacht. Het is de taak van de hulpverlener om iedereen zover te krijgen dat hij aanwezig is. Dit kost tijd, energie en geduld. De nadruk bij de benadering van de cliënten ligt vooral op het positieve wat de cliënt laat zien. Hierdoor wordt de cliënt gestimuleerd in zijn positieve gedrag. De motiverende gespreksvoering wordt hierbij toegepast.
- **Intervisie;** bevelen we het team aan, om zo de samenwerking van de teamleden onderling te verbeteren. Als de samenwerking onderling niet goed verloopt is het moeilijk om de kwaliteit en de continuïteit van zorg te waarborgen. Het team moet kunnen samenwerken. Men moet de zorg op elkaar kunnen afstemmen om de beste zorg voor de cliënten te kunnen leveren. Een goede samenwerking is van belang voor meerdere aanbevelingen. Zo wordt bijvoorbeeld het bijhouden van het individuele zorgplan en het volgen van een dagprogramma bemoeilijkt als de samenwerking onderling niet goed verloopt.
Het is raadzaam om als team wekelijks een intervisie bijeenkomst houden waarbij een casus wordt besproken van de voorgaande week. Hierdoor leert het team elkaar beter kennen. Ze zien welke sterke kanten de ander heeft en bij welke punten de ander nog hulp nodig heeft. Met intervisie wordt de deskundigheid op peil gehouden (Meer & Rombout, 2005). Daarnaast leert iedereen van de casus omdat je leert reflecteren hoe je zelf in zo een situatie zou handelen. De verhouding van het houden van intervisie in Aruba is mogelijk anders dan in Nederland. Zoals in deelvraag 4.4 wordt beschreven vindt de Arubaanse bevolking het over het algemeen moeilijk om de confrontatie aan te gaan. Het is daarom raadzaam om een professionele intervisor aan te stellen die het proces zal kunnen begeleiden.
- **Teambuilding;** de basis van een sterk team. Wij raden aan regelmatig een activiteit te organiseren als team zodat het team een geheel wordt. Doormiddel van teambuilding wordt de basis voor een team gelegd, dat samenwerkt en elkaar waardeert in sterke kanten en steunt in zwakke punten. De kennis van elkaars sterkte kanten is belangrijk omdat daar de groei in te vinden is. De kennis van zwakke punten is belangrijk omdat men, door hier rekening mee te houden, de stagnatie van groei tegen kan gaan.

Aanbevelingen voor de organisatie

- **Opgeleid personeel;** wij bevelen opgeleid personeel aan omdat de complexiteit van de doelgroep vraagt om ervaring en competente hulpverleners. Hulpverleners die kunnen inspelen op de cliënten als individu. Elke cliënt heeft een andere benadering nodig om hen uiteindelijk voor hetzelfde doel te motiveren. Kennis van psychiatrie is nodig om de cliënten zo goed als mogelijk te begrijpen en om hun soms vervelende gedrag te kunnen verklaren. Het is positief te noemen dat aan kennisoverdracht wordt gewerkt doormiddel van klinische lessen. Het is naast deze klinische lessen raadzaam om een team van psycho-educatie te betrekken bij de zorg die door de hulpverleners aan de dubbele diagnose cliënten wordt geboden.

Onder opgeleid personeel verstaan wij ook de aanwezigheid van verschillende disciplines op de afdeling. Het team mist overleg met andere disciplines. Met vragen over het ziektebeeld van de cliënten kunnen ze niet gemakkelijk bij een psychiater, verslavingsarts of gespecialiseerde therapeut terecht. Het is raadzaam om wekelijks een aantal cliënten met een psychiater te bespreken. Dit omdat het personeel dat werkzaam is op de afdeling wel kan observeren maar zelf geen veranderingen mag aanbrengen in medicatie en of andere behandelingsafspraken.

- **Voldoende personeel;** wij vinden voldoende personeel noodzakelijk om een goede, veilige en kwalitatief goede werksfeer te kunnen creëren. Onder voldoende personeel verstaan wij gedurende de week twee personeelsleden per dienst. In het weekend een personeelslid, dit omdat er in het weekend geen activiteiten zullen plaatsvinden. Twee personeelsleden per dienst brengt de kwaliteit van zorg naar boven omdat er controle is op de manier van werken. Inherent wordt er aan de samenwerking en teambuilding gewerkt. De cliënten hebben altijd iemand om op terug te vallen. Er zal altijd iemand aanwezig zijn op de afdeling.
- **Ruimte;** uit dit onderzoek is gebleken dat het missen van ruimte ervoor zorgde dat de cliënten geen eigen plek kon worden geboden. Voldoende ruimte is voor de cliënten nodig om zich veilig en thuis te voelen. Het is belangrijk dat zij een eigen plek hebben. Psychiatrische cliënten kunnen heel aanwezig zijn, een ruimte is daardoor niet alleen letterlijk maar ook figuurlijk snel te klein. Dit geldt niet alleen voor de cliënten maar ook voor het personeel dat met de cliënten werkzaam is. Wij raden aan om voldoende ruimte voor het aantal cliënten te creëren.
- **Kantoor;** wij hebben gezien dat het missen van een ruimte voor het personeel ervoor zorgt dat de continuïteit van zorg niet gewaarborgd kan worden. Dit ten laste van het personeel en de cliënten. Het personeel heeft een eigen ruimte nodig om met elkaar te kunnen overleggen en om over cliënten te rapporteren. Het kantoor dient als ruimte voor het personeel en is niet bedoeld om met cliënten zaken te bespreken. In het kantoor vinden de overdrachtsmomenten plaats en liggen belangrijke informatie en zaken die niet voor de cliënten bedoeld zijn zoals medicatie, computer, afdelingsagenda en dergelijke.
- **Overdracht;** wij stellen dat een goede overdracht op een gecompliceerde afdeling als deze, noodzakelijk is om de continuïteit en daarmee de kwaliteit van zorg te waarborgen. Het is van belang dat een personeelslid vooraf weet hoe hij/zij de afdeling met zijn/haar cliënten zal aantreffen. Een goede overdracht bestaat uit een mondelinge overdracht na elke dienst en een schriftelijke overdracht in de rapportage. In de rapportage kan niet alles uitvoerig worden vermeld. Tijdens de overdracht dient er tijd en ruimte te zijn om elke cliënt te bespreken en indien nodig gemaakte afspraken duidelijk te maken.
- **Internetverbinding;** wij willen een internetverbinding aanbevelen omdat er momenteel geen mogelijkheid is voor het personeel om te rapporteren in een waardig systeem. Momenteel wordt 'Word' gebruikt. Als internet aanwezig is kan het algemene rapportagesysteem 'EZRA', wat binnen de F.M.A.A. wordt gebruikt, worden ingevoerd. Daarnaast is een internetverbinding raadzaam omdat zo ook niet geschoolde personeelsleden terplekke de mogelijkheid wordt gegeven om informatie op te zoeken. mits dit urgent is.
- **Rapportage systeem;** De huidige manier van rapporteren is onveilig en vaak onvolledig. Wij raden aan om het algemeen gebruikte rapportage systeem 'EZRA' ook binnen de afdeling voor dubbele diagnose cliënten te integreren. Het integreren van dit systeem

kost tijd omdat het personeel hierin geschoold zal moeten worden. Maar om de kwaliteit van zorg te waarborgen is goed rapportage systeem onmisbaar.

- **Algemeen afdelingsbeleid;** uit de onderzoeksresultaten blijkt dat personeel zich met regelmaat afmeldt. Hierdoor ontstaat personeelstekort. Het is daarom aan te raden om als organisatie een helder beleid voor de afdeling op te stellen. Hierin kunnen afspraken met betrekking tot ziekmelding komen te staan en mogelijke consequenties hierop moeten in het beleid worden vastgelegd.

Aanbevelingen voor de overheid

- We hebben gedurende het onderzoek gezien en gemerkt dat de overheid veel invloed heeft op de huidige gang van zaken. De organisatie is afhankelijk van de subsidie die de overheid geeft, echter lijkt de overheid het belang van de organisatie niet in te zien. Een vervolg onderzoek zou zich volgens ons moeten richten tot de overkoepeling van de organisatie, namelijk de overheid. Wij denken dat het goed zou zijn als er openheid komt over de wijze waarop er nu door de overheid en de maatschappij naar de cliënten wordt gekeken. We denken dat de invloed die de overheid kan spelen op de kwaliteit van zorg voor de cliënten van de F.M.A.A. van groot belang is voor het verbeteren van de zorg. De overheid zal het probleem moeten erkennen voordat zij uitspraken kan doen over het financiële plaatje.

Hoofdstuk 8: Literatuur¹

- Akker, J. van den. (2003). *Curriculum Landscapes and Trends*. Nederland: Springer
- Alblas, G., (1997). *Groepsprocessen Overleggen en uitvoeren in teams*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Alofs, L., Romondt, van A. (2001). *Aruba y su Status Aparte, Logro di pasado, reto pa futuro*. Oranjestad: Ministerie van Algemene Zaken van Aruba.
- Amigoe. (10 oktober 2006). *Gezamenlijke aanpak drugsverslaving*. Amigoe, p 1-3
- Anthony, A. Chieuw, J. Guda, H. Vangeas, O. Werleman, I. (2005). *Aruba vision*. Oranjestad: Amigoe
- Arkowitz, H., Vestra, H.A., Miller, W.R., Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: The Guilford Press.
- Aronson, E. Timothy, D. Wilson, R. Akert, M. (2007). *Sociale psychologie*. (5e druk). Pearson: Education
- Baarda, D.B., Goede, de M.P.M. & Teunissen, J. (2001). *Basisboek Kwalitatief Onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese
- Bakel, M. et al. (2013). *Ervaringsdeskundigheid beroepscompetentieprofiel, GGZ, Nederland*. Assen: GGZ Nederland, Trimbos-instituut.
- Bakel, M., Rooijen, S., Boertien, D., Komoschinski, J., Liefhebber, S., Kluit, M. (2013). *Ervaringsdeskundigheid Beroepscompetentieprofiel, GGZ Nederland*. Zwolle: Phrenos.
- Bassant & S. de Roos e.a. (red.), (2003) *Methoden voor Sociaal-Pedagogisch Hulpverleners*, Coutinho - Bussum, pag. 22
- Beck, J.S. (2013). *Cognitieve Gedragstherapie Theorie en Praktijk*. 2e druk. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Bögels, S.M., Oppen, van P. (2011). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. (2e druk) Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Boonen, R. (2003). *Irna, Jos, Ali en Mies. Interculturaliteit in maatschappij en school*. Antwerpen: Garant
- Boschloo, L. et al. (2011). Comorbidity and risk indicators for alcohol use disorders among persons with anxiety and/or depressive disorders: Findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, (131), 233-242.
- Boyle, P.E., Wieder, B. (2007). Creating and sustaining integrated dual diagnosis treatment programs: Some lessons learned in Ohio. *Journal of Dual Diagnosis*, 3, 103-110.
- Burns L. & Teesson M. (2002). Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders: Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug and Alcohol Dependence*, (68), 299-307.
- Cacciola, J.S. Rutherford, M.J. Alterman, A.I. McKay, J.R. & Snider, E.C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, (184), 234-239.
- Carrero, G.A. (2013). *Considerations concerning the problem of drugs in Venezuela*. (3e druk). Caracas: International symposium on criminology
- Central Bureau of Statistics. (2012). *The social atlas of Aruba 2010. Mapping census 2010. Social-Demographic Diversity in Aruba*. Oranjestad: CBS.
- Central Bureau of Statistics. (2013). *Population registry office*. Aruba: CBS

¹ Bevat ook bronnen uit de bijgevoegde bijlagen.

- Chiuwew, J. (2012). *Nationaal Veiligheidsplan Aruba*. Aruba: Directie Economische Zaken Handel & Industrie.
- Clijsen, M, Garenfeld, W, Kuipers, G, Loenen, E. van & Piere, M. van. (2010). *Psychiatrie voor verpleegkundigen*. Amsterdam: Elsevier gezondheidszorg.
- Coussens, A. et al. (2009). *Methodisch werken in de gezondheidszorg*. Apeldoorn: Garant.
- Dom, G. et al. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, van der B., Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, van S., Schoevers, R., Wamel, van A. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Donders, W. (2007), *Praktische gespreksvoering, basisvaardigheden voor sociale opleidingen*. Amsterdam: Boom onderwijs
- Drake, R.E., Mueser, K.T., & Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*, 6, 131-136.
- Duran, W. (2003). *Blacks in the Caribbean*. USA Westport: Greenwood publishing group
- Ewing, J.A. (1984). *Detecting alcoholism. The CAGE questionnaire*. The Journal of the American Medical Association, 252(14), 29-98
- Fontaine, B. (2005). *De plancyclus in het sociaal agogisch werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Fundacion pa Maneho di Addiccion di Aruba. (2010). De organisatie F.M.A.A. geraadpleegd op 10 februari 2014 van: http://media.wix.com/ugd/e66e53_073f1b4883e072039ba007fd698487d4.pdf
- Fundacion pa Maneho di Addiccion di Aruba. (2011). *Informatiegids afdelingen F.M.A.A.* Aruba: F.M.A.A.
- Gaalen van, E.W. (2007). *Rehabiliteren in Aruba: Dwang en drang vergeleken*. Vakgroep
- GGZ Nederland, (2013). Over GGZ Nederland. Geraadpleegd op 5 februari 2014, van <http://www.ggznederland.nl/pagina/over-ggz-nederland>
- Giesen-Bloo, J. (2005). *Leven met borderline persoonlijkheidsstoornis*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum. Loghum.
- Gillman, S.E. & Abraham, H.D. (2001). A longitudinal study of the order of onset of alcohol dependence and major depression. *Drug and Alcohol Dependence*, (63), 277-286.
- Gobierno di Aruba (2011). *Samen op weg*. Drugs Masterplan. Aruba: Ministerio di Salubridad y Deporte
- Gobierno di Aruba. (2012). *Digitale registratie van verslavingszorg (gearchiveerd)*. Geraadpleegd op 6-4-2014 van: <http://www.overheid.aw/index.asp?nmoduleid=19&wgid=6&spagetype=21&nPageID=6003318&nCMSPageType=1>
- Gottesman, I.I., Prescott, C.A. (1989). *Abuses of the MacAndrew MMPI alcoholism scale: A critical review*. Clinical psychology review, 9 (2), 223-242
- Graaf, R. de, Have, M. ten, & Dorsselaer, S. van (2010). *NEMESIS2: De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. Opzet en eerste resultaten* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Heijen, H., Slaats, I., 2009. *Professioneel Hulpverleners, de gespreksmethodiek*. Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Hendriks, V.M., Meer van der, C.W., Kaplan, C.D. Limbeek van, J., Geerlings, P.J. (1990). *De addiction severity index: een multidimensionele ernstlijst voor de verslavingszorg*. Tijdschrift voor psychiatrie, 32, (6), 420-436
- Hirschfeld, R.M. Lewis, L. & Vornik, L.A. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorders: How far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 200 survey of individuals with bipolar disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, (64), 161-174.
- Hoffer, C. (2009) *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Van Gorcum

- IFSW, International Federation of Social Workers. (2014). *Global definition of Social Work*. Geraadpleegd op 10 februari 2014, van <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/>
- Janzing, C., Berg van de A., Kruisdijk, F., (2003). *Handboek voor Milieutherapie Deel 2, Theorie en praktijk van de klinische psychotherapie*. Assen: Grafische verzorging: Koninklijke Van Gorcum.
- Jerrell, J.M., Ridgely, M.S. (1999). Impact of robustness of program implementation on outcomes of clients in dual diagnosis programs. (3^e druk) *Psychiatric Services*, 50, 109-112.
- Jessurun, A. (2005). Een antilliaanse psychose? Behandeling van een psychose die door de patient geduid wordt als zwarte magie. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 47 (11) 807-811
- Jong, C.A.J. de, Wielen, E.C.M. van der, & Verheul, R. (1996). Persoonlijkheidspathologie en verslaving: een uitdagende combinatie. *Handboek Verslaving, hulpverlening, preventie en beleid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kar, van de F., Keijzerwaard, A. van. (2003). *Rehabilitatie, dat is toch normaal?!* Assen: Koninklijke van Gorcum BV.
- Kelly, J., Stout, R., Zywiak, W., & Scheider, R. (2006). A 3-year study of addiction mutual-help group participation following intensive outpatient treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 1381-1392.
- Klinische Psychologie, Amsterdam: Vrije universiteit Faculteit des psychologie en pedagogiek.
- Kolliakou, A. Joseph, C. Ismail, K. Atakan, Z. & Murray, R.M. (2011). Why do patients with psychosis use cannabis and are they ready to change their use? *International Journal of Developmental Neuroscience*, (29), 335-346.
- Koops, K. (2009). *Innoveren kan beter Welke factoren zijn bepalend?* Delft: Eburon
- Korevaar, L., Droës, J. (2009). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Coutinho.
- Kuepper, R. Os, J. van, Lieb, R. Wittschen, H.U. Höfler, M. & Henquet, C. (2011). Continued cannabis use and risk of incidence and pre resistance of psychotic symptoms: 10 year follow-up cohort study. *BMJ*, (1), 342-784
- Leshner, A.I. (1997). *Addiction is a brain disease, and it matters*. *Science*, 3, 278, 45-47.
- Linszen, D. Lenior, M. De Haan, L. (1998). Early intervention, untreated psychosis and the course of early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 172 (33), 84-89.
- McConaughy, E.N., Prochaska, J.O., & Velicer, W.F. (1983). *Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles*. *Psychotherapy: Theory Research and Practice*, 20, 368-375.
- Meeles, J. (2011). *Historia di Aruba*. Geraadpleegd op 28 maart 2014, van http://www.historiadiaruba.aw/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid
- Meer de, W., Rombout, T. (2005). *Intervisie Een wegwijzer*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Meeuwissen, J., Kroon, H., Eland, A. (2001). *Een basisprogramma voor mensen met een dubbele diagnose*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Meijel, van B., Kuipers, T. (2005) *Zorg rondom schizofrenie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Mens en samenleving (2010). *Sociaal Cultureel*. Geraadpleegd op 27 maart 2014, van <http://mens-en-samenleving.infonu.nl/sociaal-cultureel/58331-cultuurverschillen-f-en-g-culturen.html>
- Merikangas, L.R. et al. (1998). Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium. *Psychiatric Epidemiology Addictive Behaviors*, (23), 893-907.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2011). *Motiverende gespreksvoering*. (8e druk). Gorinchem: Ekklesia.

- Ministerio di Salubridad y Deport. (2011). *Samen op weg*. Aruba Drugs Masterplan.
- Minkoff, K. (2005). *Comprehensive Continuous Integrated System of Care (CCISC). Psychopharmacology Practice Guidelines for Individuals with Co-occurring Psychiatric and Substance Use Disorders (COD)*. Harvard Medical School: ZiaLogic.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.I., Drake, R.E., & Fox, L. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.I., Drake, R.E., & Fox, L. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Nicol K., Pope M., Sprengelmeyer R., Young A.W., Hall J., (2013). *Social Judgement in Borderline Personality Disorder*. PLoS ONE. 8 (11): e73440
- Nispen, P. van & Stralen, A. van (2009). *Culturele Competentie, de Verrijking door verschillen*. Cultuur en internationalisering: nieuwe benaderingen. Koninklijke van Gorcum BC.
- Noordsy, D.L. et al. (1991). Subjective experiences related to alcohol use among schizophrenics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, (179), 410-414.
- Noorlander, E. (2008). *Verslaving en Psychiatrie*. [Power Point]. Ede.
- O'Brien, C.P. et al. (2004). Priority actions to improve the care of persons with co-occurring substance abuse and other mental disorder: a call to action. *Biological Psychiatry*, (56), 703-713.
- Pinto, D. (2000). *De structuuretheorie: een nieuwe en brede benadering van verschillen*. Amsterdam: Inter-cultureel instituut.
- Ravelli, A, Bijl, R.V., Zessen G. van (1998). Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking: Resultaten van de Nederlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40(9): 531-544
- Riet, T. (2006) Social Work, Uit: Snellen, A. (2000) Basismodel voor methodisch hulpverleners in het maatschappelijk werk, Coutinho, Hilversum.
- Rijksinstituut voor volksgezondheid en milieu. (2014). *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: Ministerie van volksgezondheid welzijn en sport.
- Römer, R.A. (1977). *Cultureel mozaïek van de Nederlandse Antillen*. Zutphen: De Walburg Pers.
- Rosenberg, S.D. et al. (2001). *Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People With Severe Mental Illness*. American Journal of Public Health, 91 (1), 32-33.
- Schene, A.H., Boer, J.P.C. (2008). *Jaarboek Psychiatrie en Psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schipholt, I. (2006). *Dubbelziek: verslaving komt bijna nooit alleen*. Medisch Contact, 61(35), 1349-1351
- Schippers, G. Jonge, de J. (2002). *Motiverende gespreksvoering*, Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (57). 250-255.
- Soudijn, K.A. (2005). *Onderzoeksverslagen schrijven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Stel, J. van der (1995). Drinken, Drank en Dronkenschap. *Vijf eeuwen drankbestrijding en alcoholhulpverlening in Nederland. Een historisch- sociologische studie*. Hilversum: Uitgeverij Verloren.
- Stel, J. van der (2006). *Angsstoornissen & gebruik van middelen. Een quickscan van de literatuur*. Haarlem: Resultaten Scoren.
- Stel, van de. J.C. (2003). Literatuur studie: *De effectiviteit van psychoeducatie*. Bennebroek: Afdeling Onderzoek & Ontwikkeling.
- Stephen, H.J.M. & Neut, A. (1990). *Winti en psychiatrie*. Utrecht: Karnak Uitgeverij.
- Tepp, A. (2009). The Drug Abuse Screening Test (DAST). Clinical psychologist. New York. Geraadpleegd op 5 februari 2014, van http://www.drtepp.com/pdf/substance_abuse.pdf
- Tilburg, W. van, Godderis, J. (2005). *Geschiedenis van de psychiatrie. Leerboek psychiatrie*. Utrecht: De Tijdstroom.

- Trimbo's instituut (2008). *Richtlijn Dubbele Diagnose*. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland – project Resultaten Scoren.
- University Columbia. (2009, 6 maart) dr. William Millder, 'Motivational interviewing: Facilitating Change Across [videobestand]'. Geraadpleegd op 14 februari 2014 van <http://www.youtube.com/watch?v=6EeCirPyq2w&list=PL859B44F2C2408CD1>
- Van Laar M.W. et al. (2011). *APM, Nationale drug monitor. Jaarbericht 2011*. Utrecht: Trimbo's – instituut 2011
- Vandereycken, W., Deth, R. (2008). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling*. (4^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2010). *Handboek psychopathologie deel 2 Klinische Praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Veen van der, M., & Goijarts, F. (2012). *Motiverende gespreksvoering voor sociaal agogisch werk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verhagen, P. Haarsema – den Dekker, C. (2012). *Ondernemen en innoveren in zorg en welzijn van signaal naar succesverhaal*. Bussum: Uitgeverij Coutinho
- Verheul, R. Ball, S. & Brink, W. van den (1997). *Substance abuse and personality disorders. Dual diagnosis and treatment: Substance abuse and comorbid medical and psychiatric disorders*. New York: Marcel Dekker.
- Visser, B. (2009). *Methodiek. Uitwerking opdracht definities methodiek*. Versie 4. 28 april 2010. Opdrachtgever: Noordegraaf, M.
- Vliet van, I.M. & Beurs, de. E. (2007). *Het Mini Internationaal Neuropsychiatrisch Interview (MINI)*. Tijdschrift voor psychiatrie, 49, (6), 393-397.
- Vos, Lianne. (2011) *Ontwikkelingen in het behandelaanbod voor dubbele diagnose patiënten*. Nationale en internationale trends in de hulpverlening. Geraadpleegd op 10 januari 2014, van <http://hrosph.wordpress.com/2011/04/13/ontwikkelingen-in-het-behandelaanbod-voor-dubbele-diagnose-patienten/>
- Vries, S. de., Bouwkamp, R. (2008) *Basismethodiek psychosociale hulpverlening*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Vrolijk, A. (2003), *Gesprekstechniek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Wal, H.A. van der (2008). *Jeugddelinquentie in Aruba Uitkomsten en beleidsimplicaties van de Youth lifestyle survey 2007*. Nummer 1 van de SMC Serie Onderzoeksprojecten. Aruba: Stichting Maatschappij en Criminaliteit
- Wal, H.A. van der, (2003, 13 september). *Vergeleken met de regio zijn onze chollers clean. Opleiding verslavingsonderwijs in Aruba van start*. Napa: Amigoe
- Winkelaar, P. (2006). *Methodisch Werken Inleiding Tot Methodisch Handelen Met En Voor Mensen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wittenberg, S. (2007). *Behandeling van verslaving en een comorbide angststoornis*. Amsterdam: Jellinek.
- Zaane, J. van, et al. (2012). Screening for bipolar disorders in patients with alcohol or substance use disorders: Performance of the Mood Disorder Questionnaire. *Drug and Alcohol Dependence*, (124), 235-241.

Bijlagen

- I. **Bijlage van deelvraag 1.**
- II. **Bijlage van deelvraag 3.**
- III. **Producten**
 - Zorgplan
 - Weekprogramma
 - Informatiefolder motiverende gespreksvoering
- IV. **Data van interviews**
 - Verantwoording werkwijze
 - verantwoording interviewvragen
 - fragmenten & labels
 - verbanden tussen kernlabels
- V. **Data van observaties**
 - fragmenten & labels objectieve notities
 - fragmenten & labels theoretische notities
 - methodische notities
 - reflectieve notities
 - verbanden tussen kernlabels
- VI. **Data van documenten**
 - fragmenten & labels
 - verbanden tussen kernlabels
- VII. **Logboek**
- VIII. **Urenverantwoording**
- IX. **Procesevaluatie**

De bijlagen staan vermeld in een aparte weergave, bijgevoegd aan dit document.

Geluidsopnamen, volledige interviewteksten, observatienotities en oorspronkelijke documenten zijn opgeslagen op de bijgevoegde USB-stick.