



Fontys Afstudeergroep 5

Caspar Arets
Carol Byrne
Hubèr Thonies

Theoretische Verantwoording

Dubbele Diagnostiek
Afdeling Princepeel 1



Voorwoord

Deze theoretische verantwoording is geschreven in het kader de opleiding verpleegkundige niveau vijf aan de Fontys Hogeschool Eindhoven. De leden van de afstudeergroep volgen de duale variant in deze opleiding, wat wil zeggen dat ze leren combineren met werken. Deze theoretische verantwoording is het resultaat van een onderzoek dat als afstudeeropdracht is opgezet en uitgevoerd. Met deze theoretische verantwoording wordt de analysefase van de afstudeerfase afgerond.

De afstudeergroep bestaat uit drie leden;

- ✚ Caspar Arets, leerling verpleegkundige werkzaam op afdeling Princepeel 1 GGZ Oost-Brabant.
- ✚ Carol Byrne, verpleegkundige werkzaam binnen de Forensische Psychiatrische Kliniek de Rooyse Wissel.
- ✚ Hubèr Thonies, verpleegkundige werkzaam op afdeling Princepeel 1 GGZ Oost-Brabant.

Deze theoretische verantwoording heeft plaats gevonden op de behandelafdeling Princepeel 1 van december 2010 tot en met april 2011.

Binnen de behandelsetting Princepeel 1 is besloten om om te schakelen naar de nieuwe doelgroep dubbele diagnose. Middels een gesprek met de opdrachtgever is de vraagstelling naar voren gekomen om te onderzoeken wat het wenselijke programma aanbod is voor mensen met dubbele diagnose.

In deze verantwoording wordt middels Evidensce Based Practice onderzoek gedaan en gewerkt naar kerncomponenten van een behandelaanbod die van belang zijn voor mensen met dubbele diagnose.

Doel van deze verantwoording is om een onderbouwd voorstel voor een programma aan te bieden met daarin de kerncomponenten die van belang zijn voor mensen met dubbele diagnose die worden behandeld op Princepeel 1. In de implementatie wordt door de afstudeergroep één van deze componenten uitgelicht en daadwerkelijk op de afdeling geïmplementeerd.

Wij willen graag de volgende mensen bedanken die hun bijdrage hebben geleverd aan de tot standkoming van deze theoretische verantwoording;

- ✚ Berdi Stockman die als groepsbegeleider ons gestuurd en geholpen heeft bij de tot stand koming van dit product.
- ✚ Josje Witkamp die als meelezer het product heeft voorzien van feedback.
- ✚ Ton Dominicus die als teamleider en opdrachtgever ons van de tijd en de mogelijkheden heeft voorzien om aan dit product te kunnen werken.
- ✚ Behandelteam Princepeel 1, voor het meewerken aan het groepsinterview.
- ✚ Cliënten populatie Princepeel 1, voor het meewerken aan de vragenlijst.
- ✚ Afdelingen Field Research (Vincent van Gogh, De loodds, De Rooyse Wissel en GGZ Eindhoven) die tijd beschikbaar hebben gesteld om een kijkje te nemen binnen hun dubbele diagnose afdeling.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Inleiding	5
§ 0.1 Wat wordt onder dubbele diagnose verstaan	5
§ 0.2 Ontstaan dubbele diagnose	6
§ 0.3 Relevantie van het probleem	6
§ 0.4 Probleembeschrijving	7
§ 0.5 Wat komt er in de hoofdstukken aan bod	7
Hoofdstuk 1: Inleidende informatie	8
§ 1.1 Doelgroepomschrijving	8
§ 1.2 Concreet voor afdeling P1	10
Hoofdstuk 2: Werkwijze	11
§ 2.1 SWOT-Analyse	11
§ 2.2 Groepsinterview	11
§ 2.3 Mindmapping	11
§ 2.4 Field-research	12
§ 2.5 MANSA vragenlijst	12
§ 2.6 Literatuur	12
§ 2.7 Kwaliteitscyclus van Nolan	13
Hoofdstuk 3: Onderzoeksresultaten	14
§ 3.1 Resultaten Groepsinterview	14
§ 3.2 Resultaten Mansa vragenlijst	15
§ 3.3 Resultaten SWOT Analyse	15
§ 3.4 Resultaten Field Research	16
§ 3.4.1 De Loodds	16
§ 3.4.2 De Rooyse Wissel	17
§ 3.4.3 GGZ Eindhoven (afdeling de Ponder)	18
§ 3.4.4 GGZ Noord-Midden Limburg	19
§ 3.5 Opzet literatuurstudie	20
§ 3.5.1 Dagstructuur	20
§ 3.5.2 Dagopening	20
§ 3.5.3 Dagafsluiting	21
§ 3.5.4 Piramide van Maslow	21
§ 3.5.5 Therapieën	21
§ 3.5.6 Lichaamsgerichte therapievormen	22
§ 3.5.7 Gezond voor lichaam en geest	22
§ 3.5.8 Sporten voor de sociale contacten	22
§ 3.5.9 Sporten voor zelfvertrouwen	22
§ 3.5.10 Sporten om stress tegen te gaan	23
§ 3.5.11 Sporten voor de afleiding	23
§ 3.5.12 Activiteitentherapie en Creatieve therapie	23
§ 3.5.13 Sociotherapie	23
§ 3.5.14 Arbeidstherapie	24
§ 3.5.15 Psycho-educatie	24
§ 3.5.16 Leefstijltraining	24
§ 3.5.17 Contingency management	24
§ 3.5.18 Libermann modules	24
§ 3.5.19 Fasegericht handelen	25
§ 3.5.20 Gesprekstechnieken	26
§ 3.5.21 Motiverende gespreksvoering	26
Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie	28
§ 4.1 Conclusie groepsinterview	28
§ 4.2 Conclusie MANSA vragenlijst	28
§ 4.3 Conclusie SWOT analyse	28
§ 4.4 Conclusie Field Research	29
§ 4.5 Probleembeschrijving	29
§ 4.6 Probleemstelling	29
§ 4.7 Discussie	29
§ 4.8 Kerncomponenten dagprogramma	30
§ 4.8.1 ADL/HDL	30
§ 4.8.2 Training en educatie	30
§ 4.8.3 Sociale vaardigheidstraining	30

§ 4.8.4 Psycho-educatie.....	31
§ 4.8.5 Liberman training.....	31
§ 4.8.6 Dagopening/ dagsluiting.....	31
§ 4.8.7 Weekendvoorberekening/ evaluatie.....	31
§ 4.8.8 Sport en beweging.....	31
§ 4.8.9 Bezigheid.....	32
§ 4.8.10 Hobbymatige educatieve bezigheid.....	32
§ 4.8.11 Groenactiviteit.....	32
§ 4.8.12 Vrije tijd.....	32
§ 4.8.13 Spelvormen.....	32
§ 4.9 Onderwerp implementatie.....	32
<i>Hoofdstuk 5: Implementatie.....</i>	<i>33</i>
§ 5.1 Plan.....	33
§ 5.2 Do.....	33
§ 5.3 Study.....	33
§ 5.4 Act.....	33
<i>Literatuurlijst.....</i>	<i>35</i>
<i>Bijlage 1: MANSA Vragenlijst.....</i>	<i>38</i>
<i>Bijlage 2: Uitwerking groepsinterview.....</i>	<i>43</i>
<i>Bijlage 3: SWOT Analyse.....</i>	<i>65</i>
<i>Bijlage 4: Overzicht onderzoeks resultaten.....</i>	<i>68</i>
§ B.4.1 Groepsinterview.....	68
§ B.4.2 SWOT analyse.....	72
<i>Bijlage 5: Uitwerking van de MANSA vragenlijst.....</i>	<i>73</i>
<i>Bijlage 6: Verslagen Field Research.....</i>	<i>75</i>
§ B.6.1 Werkbezoek afdeling Intensief 1 C/D GGZ NML 29-07-10.....	75
§ B.6.2 Werkbezoek FPC de Rooyse Wissel, 03-02-2011.....	76
§ B.6.3 Werkbezoek de Loodds 08-02-2011.....	78
§ B.6.4 Werkbezoek de Ponder.....	79
<i>Bijlage 7: Dagprogramma de Loodds.....</i>	<i>82</i>
<i>Bijlage 8: Voorbeeld weekprogramma Principeel 1.....</i>	<i>83</i>
<i>Bijlage 9: Scholingstraject dubbele diagnose.....</i>	<i>85</i>

Inleiding

§ 0.1 Wat wordt onder dubbele diagnose verstaan

Een cliënt met een dubbele diagnose heeft gelijktijdig last van een verslaving en een psychiatrische stoornis. Bijvoorbeeld een ernstige depressie gecombineerd met een alcoholverslaving, een persoonlijkheidsstoornis met cocaïnemisbruik, of schizofrenie met een cannabisverslaving. Allerlei combinaties tussen middelen en psychiatrische stoornissen zijn mogelijk. De verwevenheid (comorbiditeit) tussen beide stoornissen is groot. Om die reden is afzonderlijke behandeling meestal niet doeltreffend.

Psychiatrische stoornis

Tegenwoordig spreekt men van psychiatrische stoornissen en niet van ziekten. De term ziekte is sinds de ontdekking van bacteriën als ziekteverwekker gereserveerd voor aandoeningen waarvan de oorzaak bekend is, die een bepaald beloop hebben en waarvan ook in de meeste gevallen duidelijk is wat er aan te doen valt. Voor psychiatrische stoornissen ligt dit anders. Lichaam en geest zijn zo met elkaar verbonden dat het de vraag is of daar onderscheid in maken het zelfs niet ingewikkelder maakt dan het al is.

De meeste stoornissen zijn niet vast te stellen als je iemand zo op het oog ziet. Psychiatrische problemen spelen zich af in de beleving van mensen en binnen menselijke relaties. Er is veel lijden dat aan het oog onttrokken blijft. Steeds wordt bij het stellen van een psychiatrische diagnose het criterium gehanteerd dat de stoornis beperkingen met zich meebrengt in het sociale, beroepsmatige en interpersoonlijke functioneren. Dat is gewoon de definitie van stoornis.

Bij de indeling van psychiatrische stoornissen wordt gehouden aan de internationaal vastgestelde criteria voor het stellen van diagnoses. Deze zijn te vinden in de DSM IV, Diagnostic Statistical Manual, de vierde editie of in de International Classification of Disease (ICD10), (Linden, 2011).

De DSM-IV is een systeem om psychische stoornissen te ordenen, ontwikkeld onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen, wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder.

De ICD-10 is de nieuwste versie van het internationaal gestandaardiseerde classificatiesysteem van diagnoses. Met de ICD-10 kunnen ziekenhuizen alle ziektebeelden en diagnoses van patiënten eenduidig registreren. Dit voorkomt onderlinge misverstanden, (www.icd-10.nl).

Verslaving

Er zijn tal van definities voor verslaving, welke allemaal gemeen hebben dat het een situatie betreft waarbij de gebruiker de controle verliest over het gebruik van het middel. Daarnaast staat het alledaags leven van de gebruiker in het teken van het gebruik en zucht naar het middel. Dit gaat ten koste van de meeste andere activiteiten, zoals sociale relaties, werken, ADL activiteiten.

Verslaving is een populair woord in het dagelijks spraakgebruik. Een meer neutrale en wetenschappelijke benaming is afhankelijkheid.

Onder verslaving wordt in het vervolg de definitie van Novadic-Kentron (2010) gebruikt.

“Bij een verslaving verliest de gebruiker de controle over het gebruik. Als herhaaldelijk bemerkt wordt dat meer gebruikt wordt dan voorgenomen is, als niet gestopt kan worden en als een groot deel van de dag (in gedachten of in het echt) in het teken staat van gebruik, dan is er sprake van een (beginnende) verslaving. Er wordt hier over genotmiddelen gesproken, maar verslaving kan ook betrekking hebben op een activiteit, zoals gokken, internet of gamen.”

Verskil tussen misbruik en afhankelijkheid

Bij het stellen van een diagnose wordt meestal gebruik gemaakt van de DSM-IV. In de DSM-IV wordt niet meer gesproken over verslaving, maar over middelenmisbruik en -afhankelijkheid.

Misbruik

Als het gebruik van middelen en alcohol leidt tot herhaaldelijke problemen op het werk, thuis en in het sociale leven, is er sprake van misbruik. Het hoeft echter niet per definitie lichamelijke of geestelijke schade tot gevolg te hebben.

Afhankelijkheid

Een gebruiker wordt afhankelijk van drugs en/of alcohol als hij de controle over het middel is verloren en/of wanneer er sprake is van tolerantie of onthoudingsverschijnselen. Bij afhankelijkheid (verslaving) kan er op termijn wel lichamelijke schade (bijvoorbeeld neurologische stoornissen) of geestelijke schade (bijvoorbeeld depressies, angststoornissen) ontstaan. De leefstijl van de verslaafde bepaalt in welke mate er schade en beperkingen optreden.

§ 0.2 Ontstaan dubbele diagnose

Lange tijd was de opvatting dat middelengebruik een vorm van zelfmedicatie is. Dat wil zeggen dat mensen middelen gebruiken om de psychiatrische symptomen of de bijwerkingen van de medicijnen te onderdrukken. Daarnaast kan het gebruik van middelen psychiatrische stoornissen of symptomen veroorzaken of uitlokken. Meer recentelijk is het sensitiviteitsmodel ontwikkeld. Dit model gaat ervan uit dat psychiatrische cliënten door biologische factoren gevoeliger zijn dan anderen voor de effecten van psychoactieve middelen. Het gevolg is dat ook kleine hoeveelheden alcohol of drugs grote (negatieve) gevolgen kunnen hebben.

Het is in de praktijk erg moeilijk om de relatie tussen middelengebruik en psychiatrische problematiek te ontwarren. Dit maakt het bijna onmogelijk om een van de twee aandoeningen als oorzaak van de andere aandoening aan te wijzen. Daarom is het beter om te spreken van wederzijdse beïnvloeding door twee stoornissen (comorbiditeit) in plaats van oorzaak en gevolg proberen te achterhalen, (LEDD, 2010).

Gevolgen

Het hebben van een dubbele diagnose betekent doorgaans dat iemand veel ernstige problemen op diverse leefgebieden heeft. Mensen met een dubbele diagnose in vergelijking met andere psychiatrische cliënten;

- ✚ vallen eerder terug in gebruik of psychiatrische symptomen;
- ✚ worden meer opgenomen en zijn minder therapietrouw;
- ✚ zijn vaker dakloos, depressief, suïcidaal en agressief;
- ✚ hebben meer problemen met hun familie;
- ✚ hebben meer chronische, maatschappelijke moeilijkheden, zoals werkloosheid en langdurige conflicten in de privésfeer, (LEDD, 2010).

Behandeling

Nog regelmatig krijgt de behandeling van ernstige psychische stoornissen en verslaving apart aandacht in de GGZ, respectievelijk de verslavingszorg. Dit is niet wenselijk, omdat de problemen op beide terreinen nauw met elkaar verweven zijn. In de behandeling moet daarom aandacht zijn voor beide terreinen en vooral gelet worden op de onderlinge samenhang. Bovendien moet vermeden worden dat mensen gemakkelijk heen en weer worden geschoven tussen GGZ en verslavingszorg.

Behandeling kan ook parallel en dus tegelijkertijd in de GGZ en de verslavingszorg plaatsvinden. Behandelaars zijn dan onafhankelijk van elkaar met een cliënt bezig.

In de praktijk blijkt dat beide soorten behandelingen (apart of parallel) leidt tot een onvolledig en inadequaat aanbod, waarbij er vaak sprake is van heen en weer verwijzen, slechte afstemming, uitsluiting en grote drop-out van de cliënten.

Veel deskundigen, met name in Amerika maar ook in Nederland, pleiten dan ook voor een geheel geïntegreerd behandelaanbod voor dubbele diagnose cliënten. Dat betekent behandeling van beide aandoeningen, tegelijkertijd en door hetzelfde team. Integratie zou dus niet alleen moeten plaatsvinden op het niveau van de behandeling, maar ook op het niveau van het team en de zorgorganisatie, (LEDD, 2010).

§ 0.3 Relevantie van het probleem

Dubbele diagnose komt in Nederland heel veel voor. Het is echter moeilijk om te onderzoeken hoeveel mensen nu precies dubbele diagnose hebben. Schattingen geven aan dat 20-50% van de mensen in de GGZ kampen met verslavingsproblemen. In de verslavingszorg blijkt dat naar schatting 60-80% van de mensen kampt met psychische problemen, (LEDD, 2010).

Het Trimbos instituut komt met dezelfde cijfers. Bouman GGZ regio Rijnmond schat dat 40-70% van de mensen die zij behandelen kampt met één of meer psychische ziekten. Voor een klinische setting geldt dat 60-90% van de mensen kampt met één of meer psychische ziekten. Volgens het Trimbos instituut is er bij mensen met schizofrenie bij 70% sprake van middelenaafhankelijkheid. Voor mensen met een bipolaire stoornis is dit 50-70% en bij mensen met een depressie 30-50% , (Laguna, 2008). Voor mensen met een borderline persoonlijkheidsstoornis geldt dat 64% last heeft van een verslavingsstoornis en voor mensen met een ander soortige persoonlijkheidsstoornis geldt, dat 54% last heeft van een verslavingsstoornis, (Roel Verheul, 2009).

Vanaf 1995 zijn in Nederland de eerste ambulante projecten opgezet voor mensen met een dubbele diagnose. Later kwamen daar ook klinieken bij. Een inventarisatie uit 2006 wijst uit dat Nederland in 2006 minimaal 20 dubbele diagnose klinieken heeft en 19 ambulante behandelprogramma's voor dubbele diagnose cliënten. De meeste behandelprogramma's worden geleverd door de GGZ. De verslavingszorg levert ongeveer een derde van het totale behandelaanbod, (LEDD, 2010).

De behandeling van ernstige psychiatrische stoornissen en verslaving vindt meestal plaats, óf in de GGZ óf de verslavingszorg. Er is vaak een hele nauwe samenhang tussen de verslaving en de psychiatrische problematiek.

In de behandeling is het belangrijk om oog te hebben voor beide terreinen en de onderlinge samenhang (LEDD, 2010).

§ 0.4 Probleembeschrijving

Princepeel 1B richt zich op cliënten met een comorbiditeit van psychiatrie en verslaving (dubbele diagnose). De Afdeling heeft een capaciteit van 8 bedden. Daar deze doelgroep nieuw is, is het verpleegkundige team aan het zoeken hoe ze de beste zorg aan deze cliënten kan geven. Vanuit het Trimbos instituut wordt ondersteuning gegeven bij het implementeren en opstarten van deze nieuwe doelgroep. Het Trimbos instituut richt zich hierbij voornamelijk op afdelingsvisie, methodieken en kennisbevordering van de verpleegkundigen.

Een punt waar veel tegenaan gelopen wordt is dat er vrijwel geen passend therapie aanbod geboden kan worden. Onder therapie aanbod wordt in deze verstaan elke vorm van werk, therapieën, activering, gespreksgroepen of corvee taken. Doel van zo'n therapie programma is om de geïntegreerde behandeling te bevorderen, structuur en training te bieden. Verpleegkundigen motiveren de cliënten tot het volgen van dit programma, monitoren dit en draaien enkele van de therapie onderdelen.

Omdat er geen passend therapie aanbod voor cliënten met een ernstige dubbele diagnose is, kan er geen geïntegreerde behandeling geboden worden aan cliënten met een dubbele diagnose en spitst de behandeling en begeleiding zich in dit opzicht enkel op de psychiatrische stoornis.

Een ander gevolg van het niet hebben van een passend therapie aanbod, is dat cliënten vaak doelloos op de afdeling zijn. Afdeling Princepeel 1 is een gesloten afdeling, waar vaak cliënten met een juridische maatregel (rechtelijke machtiging) opgenomen zijn. Zeker met een dubbele diagnose problematiek is de drang om zich te onttrekken aan begeleiding, en zo wellicht toegeven aan de zucht naar middelen, erg groot. Binnen Huize Padua is er geen aanbod van gesloten therapie. Dit houdt in dat cliënten op therapie gemakkelijk naar buiten kunnen lopen om vervolgens ongeoorloofd weg te gaan van Huize Padua. Door dit gevaar van weglopen is een open therapie mogelijkheid lang niet altijd geschikt voor deze doelgroep. Dit heeft weer als gevolg dat cliënten zonder vrijheden vaker op de afdeling verblijven, zich meer vervelen en minder toekomstperspectief hebben. Dit alles motiveert niet om het gedrag ten aanzien van drugsgebruik te veranderen.

Er bestaan evidence-based therapie onderdelen zoals Liberman modules, leefstijltraining, belang van beweging, maar binnen de instelling en daarbuiten bestaat geen standaard therapie programma wat 1 op 1 in te voeren is op Princepeel 1.

§ 0.5 Wat komt er in de hoofdstukken aan bod.

-  In hoofdstuk 1 komt algemene informatie aan bod over de afdeling en de doelgroep waarmee gewerkt gaat worden. Tevens worden hier een aantal begrippen uitgewerkt.
-  In hoofdstuk 2 komt de werkwijze aan bod. Hierin wordt ingegaan op de gebruikte onderzoeken en wordt een kleine theoretische verantwoording gegeven bij deze onderzoeksmethoden zoals validiteit en betrouwbaarheid.
-  In hoofdstuk 3 worden de onderzoeksresultaten besproken. Hier wordt ingegaan op de verschillende gevoerde onderzoeken en worden de resultaten neergezet. De resultaten worden weergegeven vanuit alle bronnen van Evidence Based Practice
-  In hoofdstuk 4 komt de conclusie en de discussie aan bod. Middels de conclusies van de verschillende onderzoeken en literatuur worden de belangrijkste uitkomsten opgenoemd. Van hieruit wordt gewerkt naar een probleembeschrijving en probleemstelling. De uitkomst van de probleemstelling omvat kerncomponenten die samen een voorstel dagprogramma vormen. Na dit antwoord wordt het te implementeren onderwerp uitgelicht.
-  In hoofdstuk 5 komt de implementatie aan bod. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op het te implementeren onderwerp. Hoe wordt dit aangepakt en hoe wordt het geïmplementeerd via de kwaliteitscyclus van Nolan.

Hoofdstuk 1: Inleidende informatie

§ 1.1 Doelgroepomschrijving

Door het Trimbos instituut is onderzoek gedaan naar de kenmerken van dubbele diagnose cliënten, (J.A.C. Meeuwissen; H. Kroon, 2000). De doelgroep dubbele diagnose laat zich als volgt omschrijven:

- ✚ De gemiddelde leeftijd is 36 jaar.
- ✚ Bijna de helft is ooit dakloos geweest.
- ✚ Bij de meeste cliënten is er sprake van polydruggebruik.
- ✚ Schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen zijn de meest voorkomende DSM-hoofd categorieën.
- ✚ Cliënten hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk en zijn veelal met criminaliteit in aanraking geweest.

In de praktijk wordt vaak de kwadrantenindeling van Minkoff (2001) gebruikt om de dubbele diagnosepopulatie inzichtelijk te maken, (figuur 1). Hierbij wordt een tweedeling gemaakt in enerzijds de ernst van de verslaving en anderzijds de ernst van de psychiatrische problematiek. Minkoff maakt onderscheid tussen ernstige en milde vormen van beide probleemgebieden. Ondanks de aantrekkelijke inzichtelijke indeling, die in de praktijk zeker bruikbaar is, is er voor het model weinig empirische ondersteuning gevonden, (Postma et al, 2003). Gecombineerd kunnen dan de volgende vier categorieën worden beschreven,:

1. Psychiatrie Hoog Verslaving Hoog Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenafhankelijkheid	2. Psychiatrie Laag Verslaving Hoog Milde psychiatrische problematiek met middelenafhankelijkheid
3. Psychiatrie Hoog Verslaving Laag Ernstige en chronische psychiatrische stoornis met middelenmisbruik	4. Psychiatrie Laag Verslaving Laag Milde psychiatrische problematiek met middelenmisbruik

Figuur 1

Ook Dom (2000) zegt verschillende subgroepen binnen de dubbele diagnose te identificeren die duidelijk overeenkomen met het model van Minkoff en daar waarschijnlijk ook op gebaseerd zijn. Hij geeft bij elke groep specifiekere informatie en voorbeelden. Dom omschrijft de groepen als volgt:

Groep 1:

In deze categorie plaats hij cliënten die zowel een uitgesproken ernstige psychiatrische aandoening als een zeer ernstig middelenprobleem (misbruik of afhankelijkheid) hebben. Wat betreft de psychiatrische aandoeningen betreft het voornamelijk ernstige persoonlijkheidsstoornissen (zoals een uitgesproken borderline persoonlijkheidsstoornis) en bipolaire stoornissen (manisch depressiviteit).

Groep 2:

In deze groep plaats hij cliënten met een duidelijke psychiatrische symptomatologie (geen ernstige psychiatrische aandoening) en daarnaast een ernstig middelenprobleem (misbruik of afhankelijkheid). Het betreft hier zowel mensen die psychiatrische symptomen ontwikkelen ten gevolge van excessief middelengebruik als mensen bij wie de beperkte psychiatrische stoornis verergerd wordt door het ernstig middelengebruik. Bij deze groep kan men denken aan cliënten met: angst- en stemmingsstoornissen, lichte posttraumatisch stresssymptomen, impulscontrole stoornissen (geweld), symptomen rechtstreeks als gevolg van middelengebruik, sommige persoonlijkheidsstoornissen.

Groep 3:

In deze groep plaatst hij cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening, waarbij het middelengebruik beperkt is. Vanuit hun psychiatrische problematiek zijn zij erg kwetsbaar en gevoelig voor de effecten psychoactieve middelen. Zelfs beperkt middelengebruik kan bij deze cliënten leiden tot een snelle decompensatie van hun psychische toestand. Men kan hierbij denken aan mensen met schizofrenie of een aanverwante stoornis. Ook cliënten met ernstige posttraumatische stress of dissociatieve stoornis vinden we hier.

Groep 4:

In deze groep plaatst hij cliënten met beperkte psychische problemen waarbij ook het middelengebruik minder ernstig is. Deze groep is meestal terug te vinden in het ambulante circuit. Zij worden minder beperkt door de ernst van hun aandoening en kunnen zich beter in de maatschappij handhaven. Men kan hierbij denken aan cliënten met bepaalde persoonlijkheidsstoornissen of reacties op moeilijke levensgebeurtenissen (life-events) die gecompliceerd worden door excessief middelengebruik.

De verdeling van Minkoff en Dom van de subgroepen komen zoals gezegd duidelijk overeen. De kwadranten volgens Minkoff zijn duidelijk, alom bekend en worden veel gebruikt. Daarom worden de kwadranten volgens Minkoff gebruikt als uitgangspunt om de doelgroep van P1 duidelijk in beeld te brengen.

Zoals in de afdelingsnotitie (Dominicus & Verbruggen, 2010) duidelijk vermeld staat is P1 een afdeling voor cliënten met ernstige psychiatrische problematiek welke langdurig afhankelijk van zorg zijn. Hierdoor zitten cliënten van P1 dus in kwadrant 1 of 3 volgens Minkhoff. Daarnaast wordt in de afdelingsnotitie (Dominicus & Verbruggen, 2010) gesproken over verslavingsproblematiek. Volgens encyclo.nl (2010) worden verslavingsproblemen als volgt gedefinieerd: 'Lichamelijke en/of psychologische afhankelijkheid van middelen, bijvoorbeeld alcohol of drugs.' Afgaande van deze definitie zou de doelgroep van P1 dus volgens Minkoff in kwadrant 4 moeten zitten. Echter volgens (Franken & Brink, 2009) versnelt het gebruik van alcohol en drugs bij schizofrene cliënten het optreden van de eerste positieve symptomen, wordt het afmaken van de behandeling gehinderd en heeft het een negatieve invloed op de sociale positie en de medische toestand. Ook bij cliënten met een bipolaire stoornis heeft gebruik een negatieve invloed op het psychiatrische beeld, waaronder een verhoogd risico op suïcide, (Franken & Brink, 2009). En zelfs het roken van sigaretten verhoogt bij mensen met een angststoornis de kans op het optreden van paniekstoornissen, (Franken & Brink, 2009). Het trimbos instituut (2010) geeft ook aan dat mensen met een psychische stoornis, zoals een depressie, angstklachten of schizofrenie, meer last van hun klachten kunnen krijgen na drugsgebruik. Mensen bij wie psychische klachten in de familie zitten of die door andere redenen gevoelig zijn voor psychische stoornissen, kunnen door cannabisgebruik voor het eerst last krijgen van deze stoornissen. Ook mensen zonder duidelijke aanleg lijken door cannabisgebruik meer kans te hebben op een psychische stoornis. Jongeren lopen hierbij waarschijnlijk meer risico dan volwassenen. Hoe vaker er wordt gebruikt, hoe groter het risico. Hiermee wordt aangeduid dat het gebruik van middelen bij psychisch kwetsbaren een verhoogde kans op problemen met zich mee brengt. De verslavingsproblemen, zoals in de afdelingsnotitie worden vernoemd, kan bij deze doelgroep dus zowel op de afhankelijkheid, alsmede op het misbruik zitten. De P1 richt zich dus op cliënten in kwadrant 1 en 3 volgens Minkhoff.

Princepeel is een gesloten afdeling voor zeer zorgbehoeftige cliënten, voor wie klinische zorg geïndiceerd is. De diagnoses zijn overwegend schizofrenie, bipolaire stemmingsstoornissen, autisme in combinatie met gedragsproblematiek en vaak in comorbiditeit met verslavingsproblematiek. Cliënten kunnen een juridische status (RM of TBS) hebben, maar ook op basis van vrijwilligheid opgenomen zijn. Doelstelling is het bieden van 24-uurszorg, bestaande uit behandeling en begeleiding van chronische psychiatrische cliënten voor wie een klinische verblijfsfunctie tijdelijk geïndiceerd is, omdat door de ernst van de problematiek decompensatie en ernstige escalatie dreigt.

Princepeel bestaat uit 4 subafdelingen welke elk een specifieke doelstelling en doelgroep hebben, (Dominicus & Verbruggen, 2010).

Princepeel 1A is een gesloten afdeling voor 4 chronisch opgenomen cliënten. Afdeling 1A vervult de klinische verblijfsfunctie voor langdurig zorgafhankelijke cliënten met een zeer sterke behoefte aan structuur en voorspelbaarheid, die weinig of geen perspectief hebben op verbetering van hun psychiatrische toestand, (Dominicus & Verbruggen, 2010).

Princepeel 1B is een gesloten afdeling voor 8 chronisch opgenomen cliënten. Afdeling 1B vervult de klinische diagnostiek en behandelfunctie voor cliënten met zowel ernstige psychiatrische problematiek welke langdurig afhankelijk van zorg zijn en verslavingsproblematiek. Of te wel de cliënten met ernstige dubbele diagnose problematiek, (Dominicus & Verbruggen, 2010).

Princepeel 2a is een crisisunit. Hier worden cliënten tijdelijk opgevangen die op de eigen afdeling gedecompenseerd zijn. Hier zijn 4 crisis plaatsen.

Princepeel 2b is een afdeling voor een resocialisatie proces van cliënten met een TBS-status. In totaal zijn hier 8 bedden.

Het vervolg van dit product zal enkel betrekking hebben op subafdeling Princepeel 1B. Derhalve zal er dieper op de doelgroep van Princepeel 1B ingegaan worden. Tevens zal de subafdeling Princepeel 1B in het vervolg aangeduid worden als afdeling P1.

§ 1.2 Concreet voor afdeling P1

Binnen P1 moet het vermoeden bestaan dat de psychiatrische problematiek de verslavingsproblematiek negatief zal beïnvloeden op het vlak van symptomatologie, behandeling en prognose en/of omgekeerd. Tevens moet het vermoeden bestaan dat het opsplitsen van de behandeling in tijd (bijvoorbeeld eerst de psychiatrische problemen behandelen en dan doorverwijzen naar de verslavingszorg) en/of plaats (bijvoorbeeld het behandelen van beide problemen vanuit zowel de verslavingszorg als de psychiatrische hulpverlening zonder dat deze geïntegreerd zijn) weinig succesvol was of zal zijn. Voorwaarde blijft natuurlijk dat vanwege de ernst van de problematiek decompensatie en ernstige escalatie dreigen waardoor een ander hulpverleners aanbod niet mogelijk is gebleken. Doelstelling binnen P1 is het verbeteren van de kwaliteit van leven, sociaal functioneren, ADL en de stabilisatie van het psychiatrische toestandbeeld. De richtlijnen geldend voor de behandeling en diagnostiek van dubbele diagnose zijn richtinggevend en er gaat gewerkt worden volgens de herstelvisie van Anthony. (Dominicus & Verbruggen, 2010).

Anthony omschrijft herstel als ‘een proces dat is gericht op het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen. Het gaat om een persoonlijk proces van de cliënt waarbij het hervinden van de eigen identiteit centraal staat’, (Anthony, 1993).

Hoofdstuk 2: Werkwijze

§ 2.1 SWOT-Analyse

Oorspronkelijk is de SWOT-analyse ontwikkeld om bedrijven te beoordelen. Door middel van deze analyse wordt bepaald wat de sterke en zwakke punten zijn van het bedrijf en waar de kansen en bedreigingen liggen. De methode is echter ook prima toe te passen op een individuele persoon (bijvoorbeeld voorafgaand aan een sollicitatiegesprek) of een verbeterplan of –maatregel.

Doel: bepalen wat sterke en zwakke punten zijn van een organisatie, persoon, afdeling of verbeterplan, en vaststellen welke kansen en bedreigingen er zijn.

Deze SWOT analyse is uitgevoerd door een werkgroep van de afdeling die zich bezig houdt met het project ‘Langdurig Perspectief’. Dit is een project wat door het Trimbos instituut aangestuurd wordt met als doel herstel binnen de afdeling te implementeren. Tevens wordt dit project gebruikt om dubbele diagnose te implementeren op Princepeel 1.

De werkgroep van dit project bestaat uit een behandelaar, teamleider, 2 verpleegkundigen en een ervaringsdeskundige. Eén van de verpleegkundigen van die werkgroep is ook verbonden aan dit afstudeerproduct.

De SWOT analyse wordt gebruikt omdat hierin de sterke en zwakke punten van het team duidelijk worden. Daarnaast wordt inzichtelijk weergegeven waar de bedreigingen en met name ook de mogelijkheden liggen van het team. Dit alles kan belangrijke informatie geven ten tijde van de implementatie.

Strengths: Wat zijn de sterke punten? Wat zijn de sterke punten ten opzichte van alternatieven/concurrenten?	Opportunities: Welke kansen liggen er? Zijn er ontwikkelingen waar je bij kunt aanhaken?
Weaknesses: Wat zijn de zwakke punten? Wees realistisch en eerlijk.	Threats: Welke bedreigingen zijn er voor het behalen van de doelen? Van welke ontwikkelingen ga je last krijgen? Waar kom je mogelijk tekort?

Figuur 2

§ 2.2 Groepsinterview

Er is gekozen voor een groepsinterview omdat uit de literatuur blijkt dat het een efficiënte en tijdbesparende manier is om informatie te verzamelen. Het groepsinterview is een methode waarmee er kwalitatieve informatie wordt verzameld bij groepjes respondenten. Doordat verschillende respondenten gezamenlijk geïnterviewd worden, kan er interactie ontstaan waardoor meer informatie op tafel komt dan bij een individueel interview. Bovendien kunnen verschillende respondenten verschillende perspectieven inbrengen. Het voordeel van het groepsgebesprek is dat de groepsdynamiek zichtbaar wordt en we daar op een later moment tijdens het implementeren gebruik van kunnen maken, (lectoraat, 2010).

Een groepsinterview onderscheidt zich van het individuele interview doordat het bepaalde sociale verschijnselen niet alleen op een effectieve wijze kan vaststellen, maar tevens en hogere garantie kan bieden voor hun validiteit. Groepsinterviews zijn effectiever omdat men binnen een korte tijdsperiode van veel mensen informatie krijgt. De grotere validiteit met name in vergelijking met het individuele interview, komt onder andere tot uiting in het gegeven dat individuen in een groepssituatie eerder voor hun persoonlijke mening durven uitkomen en veel minder geneigd zijn tot het geven van sociaal-wenselijke antwoorden, (Harry Hüttner, 2004).

§ 2.3 Mindmapping

Bij het oplossen van een complex probleem ontstaat al snel een onoverzichtelijke brij aan informatie. Om deze informatie helder te krijgen en te kunnen analyseren is het zaak deze gestructureerd in kaart te brengen. Hiervoor kan de zogenoemde mindmap gebruikt worden. Een mindmap kan ook gebruikt worden bij het schrijven van een werkstuk of voor het bestuderen van een grote hoeveelheid leerstof.

In een mindmap maak je de beschikbare informatie en de verbanden hiertussen visueel; centraal staat het hoofdonderwerp of probleem waaraan, door middel van lijnen, thema's gekoppeld worden. De beschikbare informatie per thema wordt genoteerd in steekwoorden. Een groot voordeel van deze methode is dat verschillende betrokkenen hun eigen informatie kunnen toevoegen en dat zo voor iedereen alle informatie

beschikbaar wordt.

Doel: het ordenen van grote hoeveelheid informatie.

Resultaat: je hebt een overzicht van de beschikbare informatie en je hebt inzicht in welke informatie nog ontbreekt, (Kwaliteit verbeteren in de zorg, Rubrech en Stuyling de Lange, 2010).

§ 2.4 Field-research

Field research wordt vaak als de tegenpool van bureau-onderzoek opgevat. Het grote verschil bij field research ten opzichte van desk research is, dat de gegevens buiten de muren van het onderzoeksinstituut wordt verzameld. Hierdoor verschilt field research ook van de twee andere vormen van onderzoek (laboratorium-onderzoek en simulatie-onderzoek) waar de te analyseren gegevens binnen de muren van het onderzoeksinstituut worden verzameld.

Field research heeft een lagere validiteit dan de andere vormen van onderzoek. Dit komt omdat de onderzoeker minder goed in staat is de storende variabelen in toom te houden en deze variabelen per interview kunnen verschillen. Hoogstraten (1993) heeft het zelfs over de belangen van de onderzochte, de belangen van de onderzoeker, en de belangen van de hulpjes van de onderzoeker zoals de enquêteurs en enquêtrices. De onderzochte persoon wil zich graag beter voordoen dan hij in werkelijkheid is, de enquêteur kan de respondent beïnvloeden door bepaalde antwoorden wel of juist niet te noteren. De onderzoeker kan in de loop der tijd ook een net iets andere instructie geven aan zijn medewerkers. Dit komt de betrouwbaarheid van field research niet ten goede. Al deze vormen van bias, dat zijn verstoringen in de meting, zou men achteraf statistisch kunnen corrigeren, hetgeen overigens uiterst zelden wordt gedaan, (Zee, 2004).

De afstudeergroep heeft gekozen voor field research om informatie te krijgen vanuit andere instellingen. Het is heel belangrijk om te oriënteren bij afdelingen die al langer met deze problematiek werken, zodat mogelijke hiaten waar deze afdelingen tegenaan zijn gelopen bij de implementatie al in een eerder stadium ondervangen kunnen worden. Door het interviewen van experts van andere instellingen en deze te bevragen op het hoe en waarom van bepaalde keuzes krijgt de afstudeergroep een bredere informatiestroom om hier later een meer gefundeerde keuze op te kunnen maken.

§ 2.5 MANSA vragenlijst

De Manchester Short Assessment of quality of life (MANSA) is een beknopte, concrete vragenlijst die speciaal is ontwikkeld om de kwaliteit van leven te meten. MANSA bestaat uit 16 vragen met een 7-puntsschaal die gaat van 'kan niet slechter' naar 'kan niet beter'. Er is tevens een verkorte versie van de MANSA beschikbaar, met 7 vragen over de tevredenheid op een aantal levensgebieden (bijlage 4). Het Trimbos-instituut heeft hierbij de vraag 'Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?' toegevoegd, bij de verkorte MANSA afnamen in hun verbeterprojecten. Deze vraag is onder andere bijgevoegd zodat de vragenlijst een gesprek op gang brengt over persoonlijke behoeftes en wensen. Door een voor- en een nameting uit te voeren wordt er gemeten in hoeverre het verbetertraject veranderingen teweeg brengt bij cliënten. De vraag wat de cliënt graag zou willen veranderen, wordt meegenomen in de wenselijke situatie.

Er is voor de MANSA gekozen omdat deze vragenlijst bij veel instellingen al gebruikt wordt. Door het Trimbos-instituut wordt de verkorte MANSA als meetinstrument gebruikt bij verbeterprojecten die zij aansturen. De validiteit van dit meetinstrument blijkt uit een onderzoek waarin met behulp van de Lancashire Quality of Life Profile (LQLP), de Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) ontwikkeld is als een verkort en gemodificeerd instrument voor de beoordeling van de kwaliteit van leven. Hierin is geconcludeerd dat vragen de tevredenheid van de cliënt met verschillende levensdomeinen bestrijken. (Priebe et al, 1999, Spits & Schippers, 2008).

Bij de MANSA is een samengestelde vragenlijst tijd- en dagbesteding gevoegd. Deze samengestelde vragenlijst tijd- en dagbesteding wordt gebruikt om op cliëntniveau tevredenheid met tijds- en dagbesteding te meten. Het hebben van een zinvolle dagbesteding is van grote invloed op de herstelmogelijkheden van een cliënt. Op het gebied van werk en dagbesteding heeft echter 40% van de cliënten een onvervulde behoefte (Visiedocument GGZ Nederland, 2009: Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap). De vragenlijst bestaat uit 9 vragen met eveneens een 7-puntschaal die gaat van 'kan niet slechter' naar 'kan niet beter'. Bij iedere activiteit wordt tevens de vraag gesteld wat cliënten op dit gebied zouden willen veranderen.

§ 2.6 Literatuur

Literatuur onderzoek is belangrijk om na te gaan welke informatie al bekend is van het probleem dat onderzocht gaat worden. Onderzoek is een continue proces dat voortbouwt op eerdere kennis. Er zijn maar weinig onderwerpen zo zeldzaam dat ze nog nooit zijn bestudeerd. Een doel van literatuuronderzoek is ook om onderzoeksmethoden te kunnen plannen. Door soortgelijke onderzoeken te lezen kan de onderzoeker profiteren

van de successen en fouten van de andere onderzoekers. Een ander doel van literatuuronderzoek is het afbakenen van de kaders. Wanneer de onderzoeker eenmaal bekend is met bestaande literatuur kan literatuuronderzoek helpen bij het ontwikkelen van een kader om de uitkomsten van het onderzoek in te plaatsen.

Verder is literatuuronderzoek één van de drie vormen van Evidence Based Practice. Door het gebruiken van informatie die uit de literatuur onderbouwd is verstevig je de bewijslast voor de gevonden informatie en oplossingen.

§ 2.7 Kwaliteitscyclus van Nolan

Voor het implementeren van de resultaten binnen Principeel 1 wordt de PDSA-cyclus uit het Nolan model gebruikt. Op Principeel 1 worden meerdere verbetercyclussen doorlopen aan de hand van het Nolan model. Dit is de reden dat in deze cyclus voor het implementeren dezelfde stappen doorlopen gaan worden dan bij de andere verbetercyclussen. Dit geeft duidelijkheid aan het verpleegkundig team, wat al een deel van de weerstand weg kan nemen.

De Plan-Do-Study-Act cyclus voor het verbeteren van processen in de zorg maakt gebruik van de groei van kennis door het introduceren van veranderingen en het reflecteren daarop. Het doorlopen van één cyclus is meestal onvoldoende; verbeteringen in een systeem vereisen cumulatieve veranderingen en voortdurend opnieuw doorlopen van de cyclus. Een dergelijke benadering contrasteert met het in één keer implementeren van een groot plan. Voorafgaand aan het starten van een PDSA –cyclus dient men zichzelf drie vragen te stellen, (Langley, 1996, Ovretveit 1999).

1. Wat willen we bereiken? Hiertoe dient men specifieke, ambitieuze doelen te formuleren die gericht zijn op het voldoen aan externe behoeften en verwachtingen. Leiders in de organisatie hebben de verplichting deze doelstellingen te verhelderen en helpen formuleren.
2. Hoe wordt geweten of een verandering tot verbetering leidt? Dit betreft het meten of monitoren van verbetering. Dus niet het meten te behoeve van selectie, beloning en bestraffing, maar ten behoeve van het verbeterproces. Leiders dienen dit gebruik van metingen te bewaken.
3. Welke veranderingen kunnen er op gang gebracht worden die tot de beoogde verbeteringen zullen leiden? Dit betreft het selecteren van optimale implementatiestrategieën. Leiders in de organisatie moeten de status quo uitdagen. Zij moeten laten zien dat men niet op de oude voet kan doorgaan en hoe een werkelijke andere zorgverlening gestalte kan krijgen. Figuur 2 (Langley et al. 1996).

Hoofdstuk 3: Onderzoekresultaten

§ 3.1 Resultaten Groepsinterview

Om op afdeling Princepeel 1 een goed beeld te krijgen van de huidige situatie zijn twee onderzoeken gehouden waarin de cliënt en de hulpverlener een belangrijke rol spelen, respectievelijk de MANSA vragenlijst en een groepsinterview. Om een beeld te scheppen van de sterkten en zwakten van de afdeling is een SWOT analyse gehouden.

Uit het groepsinterview komt veel informatie naar boven. De eerste vraag die gesteld is “waar denkt het team aan bij dubbele diagnose”, levert voornamelijk een negatief beeld op van de doelgroep. De tweede vraag “wat denken jullie dat deze doelgroep nodig heeft”, echter levert veel informatie op over de mogelijkheden. Om deze informatiestroom goed te kunnen interpreteren is deze onderverdeeld per discipline en overeenkomende hot items zoals te zien is in figuur 1,2 en 3.

De belangrijkste hot items die naar boven komen zijn:

- ✚ De benadering
- ✚ Controle
- ✚ Primaire basisbehoeften
- ✚ Therapie
- ✚ Toekomst perspectief
- ✚ Vrije tijds besteding

Van deze hot items komen benadering, primaire basisbehoeften, vrije tijdsbesteding en therapie bij alle disciplines voor. De behandelaar en de verpleegkundige zitten ook meer op de controle en het toekomst perspectief.

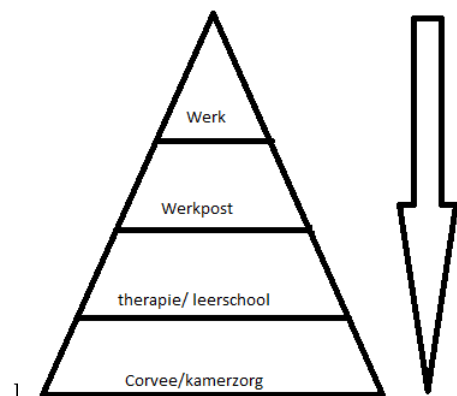
De belangrijkste drie hot items die worden genoemd zijn de benadering, gevolgd door therapieën en de primaire basisbehoeften. Gaandeweg het groepsinterview maakte het team duidelijk dat de primaire basisbehoeften het belangrijkste zijn voor deze doelgroep.

Tijdens het groepsinterview is via verschillende benaderingen zoals token-economy, het service outcome schema, het pedagogisch klimaat, contingency management en de rehabilitatie aanpak gekomen tot het therapieaanbod van Huize Padua. Hier komen tal van voorbeelden zoals werk buiten en op het terrein naar voren. In het groepsinterview wordt het therapieaanbod van Huize Padua neergezet als een tijdsinvulling en geen echte therapie waar mensen via een methodiek een leerproces doorlopen. Hierin laat het team duidelijk naar voren komen dat er behoefte is aan een gesloten therapievorm.

Na het therapieaanbod van het terrein is het therapieaanbod van de afdeling aan bod gekomen. Op de afdeling zelf is tot op heden nog geen therapieaanbod. Wel worden door het team een groot aantal voorbeelden genoemd. Hierbij is te denken aan corvee, ADL, kamierzorg, koken en andere vormen van werkzaamheden die behoren tot de onderste laag van de piramide van Maslow zie figuur 5.

In het groepsinterview komt naar voren dat de cliënten aan het werk moeten. Veelal worden zaken genoemd zoals koken, werken en sociale relaties. Het team van Princepeel 1 geeft hierbij wel aan dat eerst aan de onderste laag van de piramide van Maslow moet worden voldaan eer er zaken uit hogere lagen uit diezelfde piramide kunnen worden aangepakt. Om aan de behoeften en de noden te voldoen die gelden voor deze onderste laag geeft het team duidelijk aan dat de cliënten structuur moeten hebben en dat die structuur door de verpleegkundige geboden moet worden. Hierbij wordt ook duidelijk door het team aangegeven dat wanneer je deze mensen opneemt en iets afpakt je ze ook iets moet bieden om om te gaan met de problematiek waar ze aan lijden.

In figuur 3 is schematisch weergegeven welke weg het team van afdeling Princepeel 1 heeft doorlopen om te komen tot voor hen het belangrijkste namelijk de basale vaardigheden.



Figuur 3

In het team wordt duidelijk aangegeven dat de houding van de verpleegkundige van essentiële waarde is voor het slagen van het project. Hierbij wordt aangegeven dat de verpleegkundige de stabiele factor is waar de cliënt op moet kunnen bouwen tijdens zijn opname. Aangegeven wordt dat hier wel een positieve insteek aan verbonden moet zijn omdat anders het contact met de cliënt verloren gaat.

§ 3.2 Resultaten Mansa vragenlijst

In de MANSA (bijlage 4) is duidelijk te zien dat de huidige cliëntentpopulatie van Princepeel 1 in de verkorte MANSA aangeeft niet tevreden is met de huidige manier van leven. Voor de beeldvorming van de resultaten wordt verwezen naar bijlage 4.

Vragen die slecht scoren (minder dan tevreden wordt ingevuld) in de verkorte MANSA zijn vragen die betrekking hebben op de tevredenheid van de woonsituatie, de tevredenheid van de sociale relaties en de tevredenheid van de dagbesteding. Dit is respectievelijk 75%, 75% en 75%.

Vragen die beter scoren (tevreden of beter wordt ingevuld) in de verkorte MANSA zijn vragen die betrekking hebben op de tevredenheid van de psychische gezondheid, de tevredenheid van de lichamelijke gezondheid, de tevredenheid over de hulpverlening die de cliënten krijgen en de tevredenheid over hoe de cliënten op dit moment hun leven ervaren. Dit is respectievelijk 50%, 75%, 75% en 50%.

De vragen die betrekking hebben op de daginvulling scoren wel beter maar scoren nog veelal niet tevreden of laten dit in het midden en geven aan niet tevreden te zijn maar ook niet ontevreden.

Vragen die slecht scoren (minder dan tevreden wordt ingevuld) in de MANSA zijn vragen die betrekking hebben op de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan georganiseerde activiteiten op de afdeling, hoeveelheid tijd die wordt besteed aan eigen hobby's, hoeveelheid tijd die wordt besteed aan sociale contacten en hoeveelheid tijd die wordt besteed aan werken. Dit is respectievelijk 75%, 66%, 66% en 66%.

Vragen die goed scoren (meer dan tevreden) in de MANSA zijn vragen die betrekking hebben op de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan slapen/rusten, de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan georganiseerde activiteiten buiten de afdeling, de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan tv. kijken en de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan niets doen. Dit is respectievelijk 50%, 50%, 75% en 75%.

De laatste vraag die betrekking heeft of er iets gunstigs is veranderd in de laatste tijd scoort voor 75% een ja.

§ 3.3 Resultaten SWOT Analyse

Sterke punten volgens de SWOT analyse worden gevonden in de affiniteit met de doelgroep. Hierbij gaat het om de doelgroep dubbele diagnose. Het team ziet de nieuwe doelgroep wel zitten en is gemotiveerd om met deze doelgroep aan de slag te gaan. Ten tweede is er veel ervaringskennis bij hulpverleners. Op Princepeel staat een heel gedegen team. Binnen het team zijn erg ervaren verpleegkundigen werkzaam die een eigen mening hebben welke ze ook naar buiten brengen. Hulpverleners binnen Princepeel zijn trots op wat ze doen en wat ze met de moeilijke doelgroepen van Princepeel bereiken. Ook is er in het team de bereidheid te vinden om volgens de herstelvisie van Anthony te gaan werken. Deze visie wordt GGZ Oost Brabant breed gedragen en teams moeten volgens deze visie gaan werken. Tenslotte wordt afdeling Bunthorst als sterk punt benoemd. Afdeling Bunthorst is een nieuw opgezette gesloten afdeling, waar cliënten van Princepeel een vervolgbehandeling kunnen krijgen. Hierdoor is er perspectief voor de cliënten.

Zwakke punten komen naar voren in de isolatie van netwerk. Het instellingsterrein is dermate afgelegen dat het weinig mogelijkheden biedt om buiten de instelling activiteiten te ondernemen. Op de instelling is het programma aanbod niet ingericht op de doelgroep dubbele diagnose. Er is zowel een gemis aan een adequate bezigheid als aan therapieën voor dubbele diagnose cliënten. Ook de andere voorzieningen zijn nog niet toegespitst op de doelgroep dubbele diagnose. De afdeling is niet ingericht voor deze doelgroep. Hier kan bijvoorbeeld heel gemakkelijk via een openstaand raam drugs naar binnen gebracht worden. Ook het niet adequaat omgaan met drugstesten is een zwakte. Uitslagen van een drugscontrole zijn vaak pas na drie dagen bekend. Buiten dit programma aanbod en het ontbreken van voorzieningen schiet ook de kennis van verpleegkundigen over dubbele diagnose ernstig tekort, waardoor er ook een onvermogen is om te handelen bij verpleegkundigen. Ook zijn de visie en methodiek zijn nog niet helemaal helder op de afdeling. Door niet adequaat in te spelen op de behoeften van de doelgroep en zeker ook door het beperkte aanbod van vervolgbehandeling is het aanbod van perspectieven aan cliënten een zwak punt. Tenslotte is een zwak punt dat er eerst van de reguliere wachtlijst opgenomen moet worden, alvorens specifieker te kunnen gaan selecteren op dubbele diagnose problematiek. Cliënten op de reguliere wachtlijst staan al langere tijd aangemeld voor Princepeel 1 en hier kan nu niet plotseling tegen gezegd worden dat Princepeel 1 geen geschikte afdeling meer is voor hen.

Bij de kansen wordt het aanhaken bij een FACT genoemd. Het aanbieden van FACT staat o.a. in de richtlijn schizofrenie en wordt als belangrijke 'tool' gezien voor het behandelen van dubbele diagnose door het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD). De samenwerking tussen het GGZ en Novadic-Kentron, welke

mondjesmaat op gang aan het komen is, wordt als kans gezien. Binnen Novadic-Kentron is veel verslavingsdeskundigheid te vinden waar het GGZ gebruik van kan gaan maken. Ook voor eventuele detoxificatie kan te zijner tijd een beroep op Novadic-Kentron gedaan worden. Verder is er een samenwerking met het Trimbos instituut tot stand gekomen. Het Trimbos instituut zal het behandelteam ondersteunen in visievorming, implementatie en deskundigheidsbevordering. Tevens loopt er een afstudeerproject over een daginvulling binnen Princepeel 1. Dit project implementeren biedt ook mogelijkheden. Tenslotte is er veel vraag naar opnames m.b.t. dubbele diagnose. In de Verenigde Staten worden in de GGZ percentages van 20 tot 50 genoemd en van 60 tot 80 in de verslavingszorg (Kessler et al, 1999). In Nederland worden vergelijkbare percentages geschat, (Geerlings & Brink, 1995; Jong et al, 1996).

Bij de bedreigingen wordt de afdeling Bunthorst weer vernoemd. Dit heeft ermee te maken dat Bunthorst binnen afzienbare tijd ook vol kan raken als zij geen doorstroom kunnen creëren voor cliënten daar. Hierdoor zal er op Princepeel ook een gebrek aan uitstroom ontstaan. De sterke mening van de hulpverleners komt weer terug bij bedreigingen. Een sterke eigen mening gecombineerd met de trots van de hulpverleners kan het moeilijk maken om andere gedachten of werkwijze aan te gaan nemen.

Binnen Princepeel 1 worden cliënten met dubbele diagnose problematiek middels een juridische maatregel opgenomen, veelal tegen de eigen wil in. Hierdoor zal de cliëntengroep niet of nauwelijks gemotiveerd zijn. Ook de algemene visie over drugsgebruik in Nederland kan een bedreiging zijn. Zo wordt softdrugs algemeen getolereerd, maar binnen een afdeling als Princepeel 1 geldt een absoluut abstinentie beleid. Hiermee wordt er dus ander beleid gevoerd dan dat in de maatschappij gangbaar is. Tenslotte zijn de financiën, bureaucratie en regelgeving een bedreiging. Gezien de financiële toestand van het GGZ Oost Brabant is er weinig geld voor vernieuwing. Hierdoor kan het zijn dat belangrijke interventies niet gedaan kunnen worden wegens een gebrek aan geld om deze te implementeren. De bureaucratie en regelgeving hebben betrekking op de hoeveelheid aan formulieren die ingevuld moeten worden bij bijvoorbeeld een crisissituatie. Voorbeelden van deze formulieren zijn Argus formulier en Middelen en Maatregelen formulier (beide om middelen en maatregelen te registreren), MIP en MIM formulieren (meldingsformulieren van incidenten m.b.t. cliënten en medewerkers) en eventueel aangiftes. Het invullen van al deze formulieren gaat ten koste van de tijd die in de zorg gestoken kan worden.

§ 3.4 Resultaten Field Research

De eerder verworven informatie die uit de literatuurstudie en het groepsinterview is gekomen heeft een aantal hot items opgeleverd. Deze hot items zijn als leidraad gebruikt bij de vier betrokken instellingen in de Field Research.

§ 3.4.1 De Loodds

Afdeling de Loodds richt zich op diagnostiek en kortdurende multidisciplinaire behandeling van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, gecombineerd met verslavingsproblematiek. De afdeling heeft een klinische capaciteit van 31 (gesloten) plaatsen. Aan personen met een psychiatrische stoornis gecombineerd met verslavingsproblematiek levert zij een gevarieerd behandel aanbod bestaande uit crisisinterventie, time-out en kortdurende klinische behandeling.

Loodds 3 met 6 bedden richt zich in een gesloten milieu op de acute opnamefunctie, detoxificatie, crisisinterventie, time-out en in het bijzonder op intensieve begeleiding.

Visie:

Binnen afdeling de Loodds wordt er gestreeft naar abstinentie. De behandeling richt zich in het bijzonder op herstel van sociaal, psychisch en lichamelijk evenwicht en re-integratie in de maatschappij.

Doelgroep:

Afdeling de LooDDS kent een gemengde doelgroep van 18+. Alle cliënten hebben een bewuste keuze gemaakt om mee te doen aan het programma. Sommige cliënten doen mee vanuit een vrijwillige kader, andere hebben een IBS /RM met een terugplaats garantie. Andere cliënten mogen kiezen tussen meedoen aan het programma of in detentie gaan. Vooraf aan de behandeling stemt men in met een programma. Het gebruik van middelen betekent einde van de behandeling.

Werkwijze:

De psychiatrische stoornis en de verslaving worden tegelijkertijd aangepakt met medicatie en therapie. Daarnaast krijgen de cliënten hulp bij het oppakken van hun leven. Daarbij zijn hulpverleners betrokken vanuit verschillende disciplines. De behandeling kan klinisch of poliklinisch plaatsvinden.

Programma:

Binnen de LooDDS wordt er gewerkt met een sterk gestructureerd en verplicht programma. Een belangrijk onderdeel van het dagprogramma is de activiteitenbegeleiding. Het kan voorkomen dat een therapie wegens

omstandigheden als ziekte en dergelijke (tijdelijk) niet doorgaat. Uiteraard wordt uitval van therapieën zoveel mogelijk voorkomen en als dat niet mogelijk is, wordt een alternatief gezocht.

Programma bestaat uit o.a.

- ✚ psycho-educatie
- ✚ sociale vaardigheidstraining, omgaan met drugs en alcohol, omgaan met psychische stoornis. Enz.
- ✚ emotieregulatietraining
- ✚ dagopening/sluiting
- ✚ creatief
- ✚ adl, koken, boodschappen enz
- ✚ bewegingen, fietsen, zwemmen, wandelen, sporten, teamsport, werken in moestuin enz.

§ 3.4.2 De Rooyse Wissel

In Forensisch Psychiatrische instelling de Rooyse Wissel heeft maar liefst 81% van de cliënten met een psychische stoornis tevens een diagnose middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid. Respectievelijk éénderde en tweederde. Meer dan de helft 56% gebruikt meer dan één middel, (Kersten, 2009).

Visie:

Het uiteindelijke doel van de behandeling is dat de cliënt weer terugkeert in de maatschappij zonder (ernstige) delicten te plegen. De cliënt moet, ook in moeilijke situaties, controle hebben over zijn eigen gedrag. Om dit te bereiken wordt niet alleen aan het gedrag van de cliënt gewerkt, maar ook aan de onderliggende stoornis. Behandeling van welke stoornis dan ook zal slechts dan plaatsvinden als er een causaal verband bestaat tussen de stoornis en het delict. Verslaving wordt gezien als een ernstige chronische ziekte, die niet zonder externe controle te verhelpen is. Streven naar intrinsieke motivatie is altijd wenselijk en hier moet zeker aandacht aan besteed worden tijdens de behandeling, maar dit is niet altijd nodig voor gedragsverandering. Extrinsieke motivatie kan ook zeker een reden zijn om gedragsverandering teweeg te brengen.

Doelgroep:

Bijna alle cliënten die zijn opgenomen, hebben een of enkele ernstige misdrijven gepleegd die hen vanwege hun psychische stoornis door de rechter niet of niet volledig zijn toegerekend. Voor dit niet-toerekenbare deel is hen een TBS met bevel tot verpleging opgelegd, in eerste instantie voor een termijn van twee jaar. Na afloop van deze termijn neemt de rechter een besluit of hij de TBS verlengt of, eventueel onder voorwaarden, beëindigt. De meeste cliënten hebben een persoonlijkheidsstoornis, een minderheid lijdt aan een psychotische stoornis. Veel cliënten hebben tevens een verslavingsprobleem.

Werkwijze:

De Rooyse Wissel werkt met een geïntegreerde fase gerichte behandeling. Er zijn twee zorgprogramma's. Zorgprogramma 1: Persoonlijkheidsstoornissen en zorgprogramma 2: De psychisch kwetsbare. Zie stroomschema (figuur 2).

Programma:

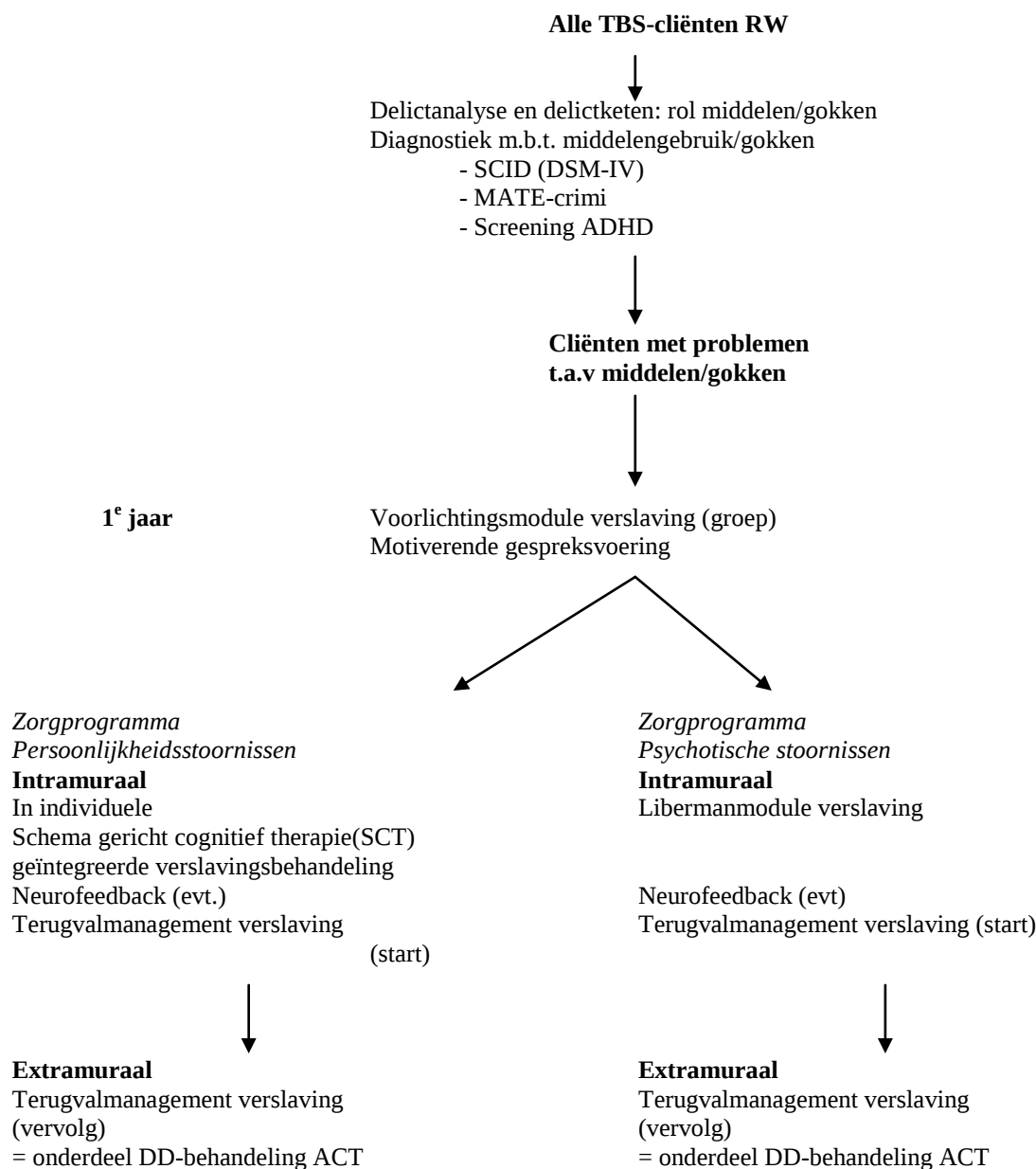
Binnen de Rooyse Wissel wordt gewerkt met een sterk gestructureerd en verplicht programma. Er wordt gebruik gemaakt van de "theorie van contingency management, doordat cliënten beloonde worden voor goed gedrag door meer vrijheden te krijgen en door het volgen van blokken (dagprogramma) meer geld kunnen verdienen. Ongewenst gedrag wordt gestraft door vermindering of kwijt raken van vrijheden en door hun blokken niet te volgen geen geld te verdienen.

Programma bestaat uit o.a.

- ✚ Psycho-educatie
- ✚ Sociale vaardigheidstraining, zie benedenstaand schema.
- ✚ Emotieregulatietraining
- ✚ Dagopening/sluiting
- ✚ Creatieve therapie, muziektherapie, beeldende therapie, dramatherapie en psychotherapie. Delict keten, liberman enz.
- ✚ Adl, koken, boodschappen enz
- ✚ Bewegingen/sport- fietsen, wandelen, sporten, teamsport, enz.
- ✚ Een opleiding te volgen met als doel om toekomst perspectief te bevorderen.
- ✚ Dagbesteding, hout/metaal bewerking, creatief/hobby. Schilder dienst, klussen dienst, facilitaire dienst, bibliotheek, restaurant werkervaring plaats enz.

Stroomdiagram:

Welke cliënten krijgen welk diagnostisch- en behandelonderdeel verslaving?



Figuur 4

§ 3.4.3 GGZ Eindhoven (afdeling de Ponder)

De Ponder is een klinische behandelsetting waar cliënten met dubbele diagnoseproblematiek geïntegreerd behandeld worden. De afdeling bestaat uit twee woongroepen met in totaal zeventien plaatsen. Afdeling 1 is gericht op mensen met geen of weinig motivatie en afdeling 2 is de vervolgafdeling. Hierin zijn de cliënten gemotiveerd om te veranderen en hebben inzicht in hun problematiek. Cliënten worden gemiddeld voor een periode van twaalf maanden opgenomen. Dit kan korter of langer duren.

Doelgroep:

De Ponder kent een gemengde doelgroep met een justitiële maatregel en een dubbele diagnose. Dat wil zeggen: een psychiatrische en/of persoonlijkheidsstoornis en verslaving aan een psychoactieve stof (soft- en harddrugs, alcohol, medicijnen). Het gaat zowel om mensen met een strafrechtelijke maatregel als die met een civielrechtelijke maatregel.

Visie:

Het doel van de Ponder is cliënten een actievere levensstijl aan te leren. Dat doen ze door het ontwikkelen van gezonde verlangens (sporten, eten), een vaste dagstructuur en vaardigheden die helpen om problemen op een andere manier op te lossen in plaats van drugs te gebruiken.

Werkwijze:

De Ponder werkt met een geïntegreerde behandeling. Dat betekent bij dubbele diagnose dat er bij het opzetten van het behandelplan voor een cliënt de psychische en verslavingsproblematiek als één geheel wordt gezien en van daaruit wordt gehandeld. Bij de behandeling wordt rekening gehouden met het feit dat de stoornissen elkaar beïnvloeden en versterken. Binnen de Ponder wordt gewerkt met fase gericht handelen. De Ponder onderscheidt hierin drie fasen:

1. Niet bereid tot verandering;
2. Wel bereid tot verandering;
3. Stap tot verandering;

Programma:

Het programma van De Ponder sluit zo goed mogelijk aan bij de veranderingsfase van de cliënt. Het is deels groepsgericht en deels individueel, passend bij de specifieke behoeften van de cliënt. Familie en andere verwanten van de cliënt worden zo veel mogelijk bij de behandeling betrokken.

Enkele voorbeelden om cliënten te vormen, begeleiden en behandelen zijn:

- ✚ ADL, koken, boodschappen doen, corvee;
- ✚ omgangsvormen en voeren van groepsgesprekken dagopening/sluiting;
- ✚ Libermanmodule 'omgaan met verslaving', terugvalpreventie;
- ✚ non-verbale therapievormen (psychomotorische therapie, muziektherapie, dramatherapie, beeldende therapie);
- ✚ sociale vaardigheden: vormingsonderdelen zoals psycho-educatie dubbele diagnose, maatschappijoriëntatie, budgetteringstraining;
- ✚ sporten (fitness, voetballen, volleyballen, zwemmen);
- ✚ dagbesteding en arbeid: Werken in de tuin, handarbeid en onderwijs.

§ 3.4.4 GGZ Noord-Midden Limburg

De klinische behandeling van dubbele diagnose binnen GGZ Midden Limburg vindt plaats in de verslavingskliniek Paschalis te Oostrum. De kliniek is een open behandelcentrum met een capaciteit van 44 bedden. De behandeling geschiedt volgens principes van de klinische milieutherapie. Deze biedt een meta-behandeling gekenmerkt door een arrangement van geïntegreerde methoden, technieken, middelen en attitudes, samenhangend afgestemd op het behandeldoel en aangeboden in een stabiele goed samenhangende sociale organisatie. De klinische behandeling is egosupportief, gericht op herkenning en sociaal leren. Training en revalidatie staan centraal. Waar mogelijk is de behandeling groepsgericht waar nodig individueel. Van de cliënt wordt een actieve deelname verwacht.

Doelgroep:

Afdeling Intensief 1 binnen GGZ Midden Limburg kent een gemengde doelgroep met de leeftijd van 16 tot 65 jaar.

De verslavingszorg bestaat uit drie clusters:

1. Behandeling en begeleiding. Hieronder vallen de Korsakovkliniek, de verslavingskliniek Paschalis en de ambulante verslavingszorg.
2. Sociale verslavingszorg. Hieronder vallen onder andere dag- en nachtopvang van verslaafden, medische zorg en methadonbehandeling en ambulante woonbegeleiding.
3. Justitiële verslavingszorg. Dit is verslavingshulpverlening speciaal voor mensen die mede door hun verslaving gedrag vertonen waardoor zij in aanraking zijn gekomen met politie en justitie.

Visie:

De focus van de divisie is gericht op het doorbreken van de verslaving en het benutten van nog intacte functies leidend tot (relatief) herstel of, als dat niet mogelijk is, op het relatief verminderen van de schadelijke gevolgen van de verslaving of het dragelijk maken van de verslaving (respectievelijk: cure, care en palliatie).

Werkwijze:

Als consequentie van het complexe en dynamische karakter van de verslavings-problematiek, dient ook het hulpaanbod omvattend, gedifferentieerd en dynamisch van aard te zijn. Op basis van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek en best practice expertise wordt verslavingszorg geboden vanuit het bio-psycho-sociaal model binnen de kaders van de vraaggerichte zorg. Dat model doet recht aan de complexe en dynamische interactie tussen deze drie verklaringsniveaus voor het ontstaan en de instandhouding van een verslaving.

Programma:

Binnen afdeling 1-2 wordt er gewerkt met een sterk gestructureerd en verplicht programma. De nadruk wordt gelegd op een positieve benadering. Er wordt gebruik gemaakt van de principes van contingency management. Vrijheden kunnen pas opgenomen worden als therapieprogramma (inclusief kamerzorg) afgelopen is.

Programma bestaat uit o.a.

- ✚ Psycho-educatie
- ✚ Sociale vaardigheidstraining, omgaan met drugs en alcohol, omgaan met psychische stoornis. Enz.
- ✚ Emotieregulatietraining
- ✚ Dagopening/sluiting
- ✚ Creatief en hobby
- ✚ ADL, koken, boodschappen enz
- ✚ Bewegingen, - fietsen, zwemmen, wandelen, sporten, teamsport, enz.

§ 3.5 Opzet literatuurstudie

De bronnen voor deze literatuurstudie komen van het internet en uit boeken. Op internet is gezocht binnen verschillende databanken; Medline, Corchraine, PubMed, Cinal. De trefwoorden waren: Dubbele diagnose, Therapie, Dubbele diagnose in combinatie met dagprogramma, dual disorder, substance abus in combinatie met dual disorder, Integrated dual disorder treatment, Motiverende gespreksvoering, Liberman Modules, Leefstijltraining, Piramide van Maslow, dagstructuur, Dagopening dagsluiting, beweging.

Verder zijn op internet sites van expertise centra bezocht, nl die van het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) en het Trimbos Instituut.

Buiten internet zijn boeken voor de literatuurstudie gebruikt, te weten het Handboek verslaving (Franken, 2009), IDDT werkboek (Brunette, 2009), Kenmerken van dubbele diagnose cliënten (Meeuwissen, 2000), Handboek klinische schematherapie (Eelco Muste, 2009).

De literatuurstudie is gericht op daginvulling voor dubbele diagnose cliënten. Hierdoor zijn tal van onderzoeksresultaten niet meegenomen. Enkel resultaten die gericht waren op enige vorm van daginvulling zijn meegenomen in deze theoretische onderbouwing. De onderstaande resultaten zijn uit de literatuurstudie naar boven gekomen:

§ 3.5.1 Dagstructuur

Het al of niet hebben van werk of een zinvolle dagbesteding blijkt een goede graadmeter te zijn voor het algehele functioneren van cliënten, (Weeghel, 1990).

Dagstructuur is een term die breed kan worden ingevuld en verwijst naar huishoudelijke activiteiten, activiteiten in het kader van ontspanning en vrije tijd en naar sommige vormen van vrijwilligerswerk. Meermaals stelt men in de aanvangsfase van een behandeling een verstoord dag-/nachtritme, verveling en een “moeilijk omgaan” met een vaste dagstructuur vast. Het preventieve belang van een zinvolle vrijetijdsbesteding kan in dit verband niet worden onderschat; het voorkomt verveling, biedt mogelijkheden om een nieuw (clean) sociaal netwerk op te bouwen, biedt veiligheid en werkt stressreducerend. Een inschakeling in het arbeidsproces heeft voor de cliënt een onmiskenbare (preventieve) meerwaarde. Hierdoor verwerft hij immers een inkomen, herwint hij zijn zelfrespect, vindt hij zingeving, kan hij een sociaal netwerk uitbouwen, ontstaat een dagstructuur. Vanuit maatschappelijk oogpunt kan het een belangrijke bijdrage leveren aan het bestrijden van overlast. Soms is reguliere tewerkstelling als streefdoel te hoog gegrepen en moet naar een andere zinvolle dagbesteding worden gewerkt, zoals bijvoorbeeld vrijwilligerswerk of sociale tewerkstelling, (Marijs Geirnaert, 2004).

§ 3.5.2 Dagopening

Om veiligheid, openheid, zichtbaarheid en eigen verantwoordelijkheid binnen het therapiemilieu te stimuleren en een duidelijke structuur aan te bieden, is het wenselijk om de therapiedag te starten met een dagopening. Deze kan worden gebruikt om de bijzonderheden van de voorgaande avond of nacht te melden, afwezigheid van cliënten en stafleden door te nemen, geplande gesprekken met bijvoorbeeld de milieutherapeut of de psychiater door te geven en mededelingen die het gehele milieu aan gaan, zoals werkzaamheden in het therapiegebouw of op het terrein, te melden. Volgens C. Janzing (2005) is een dagopening een belangrijk onderdeel van het therapeutisch milieu. Iedereen krijgt tijdens deze bespreking gelegenheid om lopende zaken of problemen te bespreken.

De dagopening markeert het begin van een gestructureerde therapiedag binnen zowel de klinische als de dagklinische setting en wordt vooral als gedragsmatige interventie gezien. De verpleegkundige draagt de bijzonderheden van de dagopening over tijdens het teamoverleg en, waar nodig, krijgen de bijzonderheden een vervolg (bijvoorbeeld in het geval van grensoverschrijdingen binnen het milieu of crisis in de cliëntengroep).

§ 3.5.3 Dagafsluiting

De dagafsluiting markeert het einde van de gestructureerde therapiedag. Deze kan gebruikt worden als evaluatiemoment van de dag. De cliënten kunnen bijvoorbeeld benoemen aan welke doelen zij hebben gewerkt, wat hen is bijgebleven in contact met de anderen, hoe zij zich op dat moment voelen, hoe zij de avond zullen doorbrengen en wat zij nodig hebben van groepsgenoten of stafleden. In geval van crisis kunnen er afspraken gemaakt worden die gelden voor die avond, (Eelco Muste, 2009).

§ 3.5.4 Piramide van Maslow

Maslow behoort tot de Amerikaanse school van de humanistische psychologie. Hij is van mening dat mensen behoeften hebben, die vragen om bevrediging. Mensen hebben behoefte aan erkenning en zelfwaardering. Een mens kan, wanneer alle basisbehoeften in redelijke mate bevredigd zijn, toekomen aan de hogere behoeften. Eerst moeten de lagere behoeften bevredigd zijn, dan volgend de behoeften van het tweede niveau, enzovoort zie figuur 5.

- ✚ Het niveau van de primaire biologische behoeften.
Mensen hebben behoefte aan eten, drinken, zuurstof, kleding, onderdak, enz. Dit fysiologische niveau is primair. Dit zijn overlevingsbehoeften. Wanneer hier niet voldoende aan wordt voldaan, wordt de ontwikkeling van het hogere niveau belemmerd. Je hebt geld nodig voor eten, drinken, kleding en onderdak.
Heeft iemand zijn financiën niet geregeld of is er sprake van dat een cliënt geen geld meer heeft, kan hij niet voldoen aan deze behoeften. Ieder mens heeft deze behoeften nodig. Is dit niet het geval dan zal een cliënt op een verkeerde manier zorgen dat in deze behoeften toch wordt voorzien.
- ✚ Het niveau van de veiligheidsbehoeften (de behoefte aan bestaanszekerheid).
Als aan de fysiologische behoeften is voldaan, dan is het belangrijk dat aan de behoefte van veiligheid wordt voldaan. Een cliënt heeft niet alleen eten nodig, maar ook warmte, een vast ritme, regelmaat en orde. Door onverwachte, onvoorspelbare gebeurtenissen kunnen de cliënten in de war raken en is de kans op een terugval groot. Staat er bijvoorbeeld plotseling een schuldeiser op de stoep met een hoge vordering, dan kan de cliënt in paniek raken. Het is belangrijk om dit voor te zijn, te weten welke schuldeisers er zijn en hoe hier op een haalbare manier een goede regeling voor getroffen kan worden. Als aan de fysiologische en veiligheidsbehoeften is voldaan, ontstaat vertrouwen.
- ✚ De sociale behoeften: behoefte aan liefde, en de behoefte ergens bij te horen. Onder liefde kan daarbij worden verstaan: 'erg goed begrepen en geheel aanvaard worden'. Liefde wordt aangetast wanneer je bang bent dat je zwakheden en gebreken ontdekt zullen worden. Er is grote kans dat er misbruik van gemaakt zal worden. Het vertrouwen in een goede schuldhulpverlener is een essentieel punt.
- ✚ De behoefte aan erkenning en waardering.
Waardering voor jezelf (zelfrespect, zelfvertrouwen) is de basis voor het kunnen geven van waardering aan anderen.
- ✚ De behoefte aan zelfverwezenlijking. Dat is het verlangen om meer en meer te worden wie je in aanleg al bent. Als aan de vorige niveaus is voldaan, zullen we pas echt toekomen aan de volledige ontplooiing van ons zelf, (Wijsman, 2005).



Figuur 5

§ 3.5.5 Therapieën

In een therapeutisch proces bij psychiatrische cliënten gaat het erom datgene wat uit balans is weer in evenwicht te brengen. Dit kan op veel verschillende manieren, waarbij medicatie en psychotherapie de meest gebruikelijke

vormen van therapie zijn. Verwerken, inzicht en oefenen van nieuwe vaardigheden zijn aspecten die in de psychotherapie vaak een plaats krijgen. Daarnaast bestaan er vele non-verbale therapieën die ondersteunend kunnen werken en elk op hun eigen manier een bijdrage kunnen leveren aan het therapeutische proces van de cliënt. Welke therapievorm het meest geschikt is, is afhankelijk van de wensen, mogelijkheden en inzichten van zowel de cliënt als de therapeut.

§ 3.5.6 Lichaamsgerichte therapievormen

Psychiatrische cliënten ervaren vaak lichamelijke klachten, spanningen of onbehagen waarvoor geen duidelijke lichamelijke oorzaak wordt gevonden. Voor sommige mensen is het moeilijk hun lichaam als eigen te beleven en anderen hebben een verstoorde lichaamsbeleving. Lichamelijke signalen kunnen ook verkeerd worden geïnterpreteerd en zo tot angsttoestanden leiden. Zo kan angst leiden tot verkeerd ademen (hyperventileren) wat op zijn beurt weer leidt tot een verstoring van het biochemische evenwicht in het lichaam. Stress heeft zo ook verschillende lichamelijke uitwerkingen zoals hoofdpijn of spijsverteringsstoornissen. Lichaamsgerichte therapieën kunnen gericht zijn op ontspanning en een beter lichaamsgevoel. Ze kunnen ook gericht zijn op expressie van emoties en bewustwording van de samenhang tussen gevoelens en lichamelijke gewaarwordingen.

§ 3.5.7 Gezond voor lichaam en geest

In veel gevallen staat de lichamelijke gezondheid niet los van de geestelijke gesteldheid. Het komt heel vaak voor dat mensen die lijden aan een psychiatrische stoornis te maken krijgen met gezondheidsklachten. Vaak wordt dit veroorzaakt omdat door de ziekte er soms gebrek is aan zelfverzorging. Men gaat vaak slechter eten, men kan te futloos zijn om dagelijks aan voldoende beweging te doen en noem maar op.

Door het lichaam te trainen wordt het sterker. Door training "stressed" men het lichaam om aanpassingen te maken waardoor het sterker wordt, maar door training sterkt men ook de geest.

Conditieverbetering speelt hier een belangrijke rol in. Je voelt je nu eenmaal beter als je wat minder vaak buiten adem bent als je bijvoorbeeld een trap op moet. Het gevoel van "meer adem over hebben" is nu eenmaal prettiger als helemaal buiten adem zijn bij het minste of geringste. Tevens wordt de rusthartslag lager en is het gunstig voor de bloeddruk, kortom allerlei factoren die er toe bijdragen dat je je beter gaat voelen.

Als men bijvoorbeeld slecht slaapt (wat voor de meeste mensen met psychische klachten funest is) is het lichaam toch fitter waardoor men weerbaarder is en blijft bij negatieve prikkels.

Een gezonde eetlust (en je kan ook wat meer eten zonder dikker te worden) is ook vaak een uitvloeisel van sport. Je eet niet langer uit verveling maar omdat je echt trek hebt. Het verzadigde gevoel is dan ook veel beter dan dat gevoel van je "volgepropt" te hebben.

Sport geeft in de meeste gevallen een gevoel van welbevinden tijdens maar vooral ook na de training, even afgeleid zijn van de dagelijkse besommeringen kan zoveel schelen met betrekking tot het al gehele welbevinden.

In veel gevallen helpt sport ook om de bijwerking van diverse medicijnen te verminderen, immers het lichaam wordt getraind om beter te presteren. Al gaan sommige bijwerkingen niet helemaal weg, ze kunnen wel verminderen. Ook dit draagt bij aan het algemeen welbevinden.

§ 3.5.8 Sporten voor de sociale contacten

Probeer eens iemand wat te vragen over zijn of haar favoriete sport. Je zal vaak merken dat mensen graag praten over hun favoriete sport. Men kan denken aan een sportschool, een teamsport, maar zelfs wanneer men gaat fietsen of wandelen zal je ervaren dat je dikwijls met iedereen makkelijk contact maakt. Mensen praten graag over hun passies of favoriete bezigheden.

Het beoefenen van sport kan dus bijdragen aan het uitbreiden van een kennissenkring, maar ook een praatje met zomaar iemand kan het isolement verbreken waar veel mensen toch in terecht komen als zij te maken krijgen met een psychische aandoening. Sport werkt ook zeer drempelverlagend om contact aan te gaan.

Soms kan een leuk ontspannen praatje met iemand, al ken je dit persoon al helemaal niet, een ideale springplank om vaker en makkelijker contact aan te gaan in andere situaties.

Natuurlijk is sport niet de enige mogelijkheid, hobby's zoals tekenen, muziek en noem maar op zijn ideale mogelijkheden om contacten aan te gaan. Maar het meer hebben van sociale contacten is een zeer goede reden om te beginnen met sport.

§ 3.5.9 Sporten voor zelfvertrouwen

Wanneer je iedere dag geconfronteerd wordt met bepaalde zwakheden, is het heel lastig om het zelfvertrouwen staande te houden. Veel mensen raken dan ook ontmoedigd en twijfelen bij veel dingen aan hun eigen kunnen en dat kan zelfs zo erg zijn dat sommigen de neiging hebben om in een soort apathische houding weg te zakken. Maar daarmee worden de zaken alleen maar erger. Wanneer je eenmaal iedere dag op de bank hangt met het idee dat "je toch wel niets zal lukken" dan wordt dit ook iedere dag bevestigd.

Wanneer men begint te trainen dan zal men merken dat het lichaam zich nog wel degelijk aanpast aan de training. Men zal merken dat men sterker en fitter wordt. Het mooie van sport is dat het een zeer directe

terugkoppeling geeft. Men voelt dat de conditie beter wordt. Wanneer men bijvoorbeeld gaat schilderen kan men altijd nog twijfelen aan het eigen kunnen en zo is de positieve terugkoppeling afhankelijk van wat andere mensen van jouw werk zeggen. Bij sport voelt men dit gewoon, een zeer directe terugkoppeling dus.

§ 3.5.10 Sporten om stress tegen te gaan

Bij psychiatrische aandoeningen kan stress decompenseren, dat wil zeggen dat het ziektebeeld weer erger wordt.

- ✚ Sport zorgt voor afleiding van de dagelijkse zorgen. Door even te gaan sporten is men afgeleid en biedt men lichaam en geest de broodnodige rust door even niet aan alle nare en opwindende zaken te denken. Het verzet even de gedachte.
- ✚ Tijdens het sporten maakt het lichaam endorfine. Endorfine is een stof die pijn verdoofd en enigszins euforisch werkt, dit versterkt het gevoel van afleiding en welbevinden.
- ✚ Tijdens sport wordt aanspraak gemaakt op de stoffen (hormonen) die bij stress een grote rol spelen. Sport kan de afgifte en heropname van de stoffen weer helpen te reguleren. Regelmatig trainen leidt dan ook tot een normalere afgifte van deze stoffen. (Sport je geest gezond, 2010)

§ 3.5.11 Sporten voor de afleiding

Mensen met een psychische aandoening hebben meestal moeite om een zinvolle dagbesteding te vinden en in stand te houden (Becker & Kilian, 2008). De achtergrond hiervan kan liggen in de kenmerken van de aandoening. Daardoor kunnen mensen minder of nauwelijks meer mobiel zijn en/of de competenties missen om zelf een gemotiveerde autonome keuze te kunnen maken tussen de beschikbare alternatieven. Terwijl deelname aan fysieke activiteitenprogramma's juist een belangrijke impuls is tot een zinvolle tijdsbesteding, werkt lusteloosheid die vaak aan een chronische aandoening en te veel vrije tijd gerelateerd is, zelden bevorderlijk op de motivatie tot deelname. Motivatiebevordering is daarmee, naast verduidelijking van nut en noodzaak van fysieke activiteit, een van de kernpunten van een op rehabilitatie gericht programma.

De aandacht moet zich vooral richten op

- ✚ Diegenen die in beginsel, gezien hun competenties in staat zijn tot deelname, maar beslist externe prikkels nodig hebben om ander gedrag te vertonen.
- ✚ Degenen die niet alleen passief zijn maar ook onvoldoende gedragsrepertoire tot hun beschikking hebben (dus bij wie externe stimulatie niet voldoende is, (Van Rooijen & Van Weeghel, 2011).

§ 3.5.12 Activiteitentherapie en Creatieve therapie

Voor veel psychiatrische cliënten is het moeilijk een zinvolle bezigheid te vinden. Het is door hun ziekte moeilijk actief te worden of ze zijn steeds bezig met overleven en daardoor op zichzelf gericht. Soms zijn mensen apathisch geworden in hun rol als chronische cliënt. Activiteitentherapie en creatieve therapie kunnen worden ingezet om deze impasse te doorbreken. Tevens kunnen deze therapievormen in een groep, een bijdrage leveren aan het sociale functioneren van de cliënt.

- ✚ De activiteitentherapie heeft tot doel mensen te activeren en zo mogelijk weer enthousiast voor iets te maken. Bij deze therapie is het belangrijk eigen keuzes te stimuleren; met welk materiaal wil je werken? Wat wil je maken? Het kan daarbij zowel gaan om het maken van nuttige dingen, als om het ontwerpen van leuke of mooie dingen.
- ✚ Creatieve therapie is gericht op de expressie van gevoelens en emoties en stimuleert de cliënt zijn innerlijke leven serieus te nemen en er op een eigen authentieke manier vorm aan te geven. Actief en scheppend bezig zijn kan onverwachte mogelijkheden openen en het zelfvertrouwen versterken. Emoties, gevoelens, impulsen en ervaringen zijn vaak moeilijk in woorden uit te drukken. Creatieve therapie geeft de cliënt de ruimte zijn innerlijke wereld op een andere manier dan via het woord en het denken tot expressie te brengen. Creatieve therapie kan ook zonder dat het werk uitgebreid wordt besproken, een bijdrage leveren aan het verwerken van het verleden en ook leiden tot meer inzicht in zichzelf en het groeien van vertrouwen in de eigen capaciteiten voor de toekomst. Vormen van creatieve therapie kunnen zijn; drama, dans, schilderen, tekenen, boetsen en muziek.

§ 3.5.13 Sociotherapie

Psychiatrische problematiek speelt zich af in sociale interacties. Cliënten kunnen door hun vreemde of teruggetrokken gedrag geïsoleerd raken en vereenzamen, wat de mogelijkheden tot sociale oefening verder beperkt. Het kan ook zo zijn dat de cliënt het gedrag van anderen niet goed inschat, hij zich niet kan aanpassen of juist steeds doet wat anderen willen en zich zo laat meeslepen door een groep.

Sociotherapie richt zich hier expliciet op en maakt daarbij gebruik van sociale processen zoals die optreden als mensen langer bij elkaar zijn. Groepsbesprekingen en cliënten-staf-ontmoetingen, dag- en weekopeningen en –afsluitingen, het samen vieren van jaarfeesten en in langer durende therapie het gezamenlijk wonen, werken en leven, zijn mogelijkheden tot sociale oefening en inzicht.

§ 3.5.14 Arbeidstherapie

Werk heeft een economisch aspect. De meeste mensen verdienen het geld voor hun dagelijks leven door te werken. Zeker zo belangrijk is het sociale aspect. Werk, betaald of niet, geeft een mens een zinvolle taak in de samenleving en biedt daarbij ook de mogelijkheid zinvolle sociale ervaringen op te doen en te functioneren in een rol die behoort bij bepaalde werkzaamheden. Arbeid kan ingezet worden als therapeutisch middel, bijvoorbeeld om iemand weer in een regelmatig levensritme te laten komen, zelfzorg en zorg voor anderen te leren of om verbinding te laten ervaren met de natuur en daarmee met het leven. Therapeutische arbeid is vaak ambachtelijk van aard en gericht op de ontplooiing van de werkers, (Rümke, 2007).

§ 3.5.15 Psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde informatie, training en voorlichting aan cliënten of hun familieleden. Doel is om de kennis, acceptatie en begrip over ziektebeeld, diagnostiek en behandelmogelijkheden te vergroten. Psycho-educatie wordt meestal in een cursusvorm aangeboden. Hierbij staat het persoonlijke perspectief van de cliënt of de familie centraal. Op die manier kan de deelnemer de informatie op zijn eigen situatie betrekken en toepassen in zijn eigen leven.

§ 3.5.16 Leefstijltraining

Doel van de modules

Het doel van de leefstijltraining module is het doorbreken van problematisch middelengebruik of gokgedrag. De module richt zich op abstinentie of regulering van het gebruik en het voorkomen van terugval. In de training wordt ervan uitgegaan dat de verslavingsgedrag aangeleerd gedrag is. Het doorbreken van dit gedrag wordt bereikt door ander gedrag aan te leren: een andere leefstijl. Zo wordt er geleerd om anders om te gaan met situaties waarin gewend was om te gebruiken of te gokken. De zogenaamde risicosituaties.

Doelgroep

Leefstijltraining is bedoeld voor mensen waarbij sprake is van problematisch gebruik van één van de volgende middelen: cannabis, alcohol, cocaïne, XTC, amfetamine of er is sprake van gokproblematiek. Er mag maximaal één van bovenstaande problemen tijdens de behandeling voorkomen. De ernst van de verslaving: EuropASI < 7 en de ernst van de psychopathologie: EuropASI < 6. Er wordt ook gesteld dat er voldoende sociale integratie is. Hiermee wordt bedoeld, een stabiele huisvesting en sociaalcontact met niet-gebruikers. De cliënt bevindt zich in het model van Prochaska en DiClemente in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering.

Specificatie doelgroep

Leefstijltrainingen zijn een onderdeel van een verslavingsbehandeling. De trainingen zijn vooral geschikt voor dubbele diagnose cliënten die bereid zijn iets aan hun middelengebruik te veranderen. De leefstijltrainingen worden op verschillende niveaus gegeven, individueel en in groepen.

Onderwerpen die aanbod komen zijn:

-  Voor- en nadelen van gebruik
-  Zelfcontrole
-  Omgaan met trek
-  Terugvalpreventie
-  Herkennen van risicosituaties
-  Het weerstaan van sociale druk om te gebruiken of gokken

§ 3.5.17 Contingency management

Contingency management heeft als uitgangspunt dat gedrag kan worden aangeleerd door middel van bekrachtiging met omgevingsstimuli. Gedrag is een resultaat van de gevolgen die dat gedrag eerder heeft gehad. De veranderbaarheid van (aangeleerd) gedrag is het sleutel-element in deze benadering. Het is een methode die er uitspringt in onderzoeken voor de beperking van middelengebruik. Positieve gedragsverandering (bijvoorbeeld onthouding) wordt beloond en ongewenst gedrag (bijvoorbeeld gebruiken) wordt negatief bekrachtigd/gestraft.

§ 3.5.18 Liberman modules

De Liberman modules zijn ontwikkeld door prof. R.P. Liberman, hoogleraar Psychiatrie en directeur van het Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation te Los Angeles. Hij heeft een cursus opzet bedacht om cliënten die een psychose hebben gehad en tekorten kennen in sociale vaardigheden en het sociaal functioneren te helpen weer vaardigheden aan te leren (of opnieuw te leren) zodat ze zichzelf beter in de maatschappij kunnen handhaven. De Liberman methode benadert de cliënt in een rol als cursist, als actieve leerling. Liberman is de belangrijkste vertegenwoordiger van de probleemgerichte rehabilitatie in de VS.

Doel van de modules

De modules bieden cliënten met een ernstige psychiatrische stoornis de mogelijkheid op een systematische manier vaardigheden op uiteenlopende levensterreinen aan te leren en stelt hen zo in staat hun zelfstandigheid te vergroten. Het aanleren van nieuwe vaardigheden of het opnieuw aanleren cq trainen van reeds geleerde vaardigheden gaat dus langzaam en is confronterend in die zin dat mensen gedurende dit proces oog in oog komen met hun tekortkomingen.

Het gaat soms om hele simpele vaardigheden. Een gesprek aangaan lijkt in de praktijk eenvoudig maar je moet er assertief voor zijn, overzicht hebben over wat je wilt weten, kunnen anticiperen op het antwoord, het antwoord kunnen interpreteren, samenvatten, volgende vraag bedenken etc.

De libermanmodules laten de doelgroep een groot aantal van dit soort vaardigheden ervaren of opnieuw ervaren. In kleine stapjes, een praktische benadering, veel oefenen en herhalen. De trainers helpen de cursisten steeds. Het leren gebeurt door inslijten, door veel herhalen de vaardigheid eigen maken. Lezen, naspelen, videobeelden, huiswerk, oefening, steeds dezelfde vaardigheid op een andere manier gepresenteerd zodat hij na een aantal keren oefenen eigen is gemaakt.

Doelgroep

De Libermanmodules zijn bedoeld voor mensen met een langdurende psychiatrische aandoening die beperkt zijn in hun vermogen zelfstandig sociaal te functioneren. De modules “omgaan met antipsychotische medicatie” en “omgaan met psychotische symptomen” zijn bedoeld voor mensen met schizofrenie. De andere modules zijn niet alleen voor mensen met schizofrenie, maar ook voor andere psychiatrische aandoeningen die mensen belemmeren in het vinden van werk of vrijetijdsbesteding.

Specificatie doelgroep

De doelgroep kent naast psychiatrische symptomen tekorten in sociale vaardigheden en het sociaal functioneren. Soms zijn deze vaardigheden nooit verworven omdat de stoornis uitbrak in het levensstadium waarin deze interpersoonlijke vaardigheden aangeleerd zouden moeten worden.

Andere tekorten zijn ontstaan omdat vaardigheden vele jaren niet in praktijk zijn gebracht door langdurige opnamen in psychiatrische ziekenhuizen of door negatieve en positieve symptomen. Het betreft dan problemen met het toepassen van een in het verleden verworven vaardigheid.

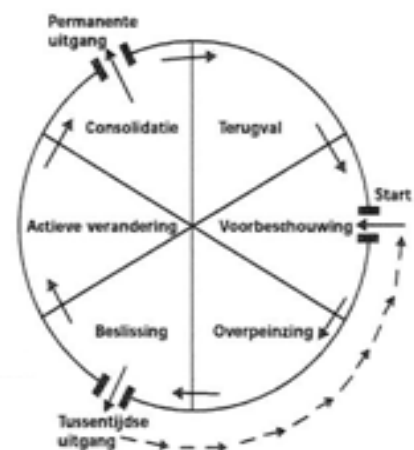
Er zijn op dit moment zes libermanmodules te verkrijgen:

- ✚ Liberman cursus “Omgaan met anti-psychotische medicatie”
- ✚ Liberman cursus “Omgaan met psychotische symptomen”
- ✚ Liberman cursus “Omgaan met vrije tijd”
- ✚ Liberman cursus “Omgaan met verslaving”
- ✚ Liberman cursus “Omgaan met werk”
- ✚ Liberman cursus “Omgaan met sociale relaties en intimiteit” (gesticht, 2008)

§ 3.5.19 Fasegericht handelen

Op grond van een aantal studies formuleerden Prochaska en DiClemente in 1984 een model van verandering. In dit model onderscheiden zij een aantal stadia van verandering:

1. **Voorbeschouwingsfase:**
In dit stadium is iemand zich er niet van bewust dat hij een probleem heeft.
2. **Overpeinzingsfase:**
De cliënt wordt zich bewust van een persoonlijk probleem. Ze overwegen mogelijkheden om het probleem op te lossen, maar zijn nog niet zover dat ze een beslissing hebben genomen.
3. **Beslissingsfase:**
De cliënt neemt de beslissing tot al dan niet veranderen en formuleert zijn doelen.
4. **Aktieve verandering:**
Het plan van aanpak wordt uitgevoerd en de daadwerkelijke gedragsveranderingen vinden plaats.
5. **Consolidatiefase:**
In deze fase staat de integratie centraal van bereikte verbeteringen.
6. **Terugval:**
In dit stadium kan terugval voorkomen die de cliënt kan terugvoeren naar de voorbeschouwingfase. Terugval kan overigens in elke fase van verandering voorkomen.



Figuur 6

Het is opvallend dat in de hulpverlening aan de eerste stadia zo weinig aandacht wordt besteed. Men gaat ervan uit dat een cliënt de beslissing tot verandering al heeft genomen. Dit is veelal niet het geval. Ook in het geval dat cliënten wel negatieve consequenties van hun gedrag zien betekent dat nog niet dat ze ook de noodzaak tot veranderen ervaren. Gevolg is dat de timing van interventies verkeerd verloopt, hetgeen ertoe kan leiden dat cliënt gedemotiveerd de hulpverlening de rug toekeert en de behandeling mislukt. De motiverende gesprekstechniek is een methodiek waarbij de therapeut door de juiste (timing van) interventies de cliënt tracht te bewegen vanuit de voorbeschouwingsfase via de overpeinzingsfase richting de beslissingsfase.

§ 3.5.20 Gesprekstechnieken

Miller geeft een uitvoerig evaluatief overzicht van interventies die werkzaam zijn gebleken bij het motiveren van cliënten.

De belangrijkste zijn:

-  heldere feedback geven over gedrag en situatie
-  keuzemogelijkheden structureren en voorhouden
-  in contact blijven met de cliënt
-  de aantrekkelijkheid van het gedrag (doen) verminderen

In motiverende gesprekken kunnen gemakshalve drie fasen worden onderscheiden.

1. De fase van het uitlokken

De taak van de hulpverlener is het uitlokken van zelfmotiverende uitspraken. Dit is gebaseerd op de gedachte dat men gaat geloven wat men zelf zegt. Zelfmotiverende uitspraken zijn uitingen van de cliënt waaruit blijkt dat er sprake is van herkenning van problemen (cognitief), van bezorgdheid over dit probleem (affectief) en uiteindelijk van erkenning van de noodzaak om te veranderen (gedrag).

De uitlokfase kan kort zijn; een langere uitlokfase zal nodig zijn bij iemand die door een ander wordt gestuurd.

Concrete gesprekstechnieken zijn: reflecteren, heretiketteren, provoceren, concretiseren.

2. De fase van het informeren

Hier gaan cliënt en hulpverlener actief op zoek naar informatie. Met behulp van deze informatie kan de cliënt bezien of er nu werkelijk reden tot bezorgdheid is. De hulpverlener verzamelt informatie over mogelijke probleemgebieden (sociaal, medisch, psychisch). Deze verzamelde informatie wordt op neutrale wijze door-gegeven aan de cliënt en deze krijgt op deze manier zicht op zijn situatie. Soms is het zo dat de hulpverlener uit informatie opmaakt dat behandeling nodig is. Het is echter van cruciaal belang in deze fase dat gegevens neutraal worden teruggegeven en dat de cliënt zelf zijn conclusies trekt. De taak van de hulpverlener is immers het begeleiden van de beslissingen van de cliënt zelf.

3. De fase van het onderhandelen

Als een cliënt het besluit heeft genomen om te veranderen is het de taak van de hulpverlener om aan de cliënt de informatie te verstrekken over de mogelijke doelen van verandering en de voor- en nadelen van dien. Hetzelfde zal de hulpverlener moeten doen met betrekking tot de manieren waarop de doelen bereikt kunnen worden. Besluitvorming over doel en inhoud wordt genomen in een soort onderhandelingsproces.

§ 3.5.21 Motiverende gespreksvoering

Er bestaan tegengestelde theorieën over motiveren. Binnen de traditionele opvatting wordt iemand als ongemotiveerd beschouwd wanneer hij het oneens is met de opvattingen van de hulpverlener, wanneer hij geen problemen aangeeft of de richtlijnen voor behandeling niet opvolgt. Gebrek aan motivatie zou zich uiten in de vorm van ontkenning of weerstand tegen verandering.

Volgens Miller (1983) is gebrek aan motivatie of weerstand tot verandering niet een eigenschap van de cliënt maar kan het meer gezien worden als een resultaat van de interactie tussen de persoon en omgeving waarvan de hulpverlener onderdeel is. Miller stelt motivatie voor als een balans met aan weerszijden schalen. Aan de ene kant is er herkenning van een probleem en er iets aan willen doen. Aan de ander kant vermindering omdat de persoon positieve effecten van zijn gedrag ervaart. De visie die door de hulpverlener aangehangen wordt zal de principes die hij hanteert in de benadering van de cliënt beïnvloeden.

Principes in motivatie volgens Miller

De cliënt wordt zelf verantwoordelijk geacht en is in staat om zijn behandelgoal zelf te kiezen. Een ander principe is dat van interne attributie. De cliënt wordt niet als hulpeloos gezien, maar als iemand die in staat is om

zelf controle uit te oefenen over zijn gedrag. Cognitieve dissonantie is ook een principe. De hulpverlener probeert cognitieve dissonantie te creëren tussen wat de cliënt doet (probleemgedrag) en hetgeen hij goed vindt van zichzelf. Dissonantie is het inconsistent zijn van gedrag met beliefs, attitudes en gevoelens over dit gedrag (Rollnick; Miller). De dissonantietheorie voorspelt dat wanneer iemands gedrag inconsistent is met bijvoorbeeld een belief over dit gedrag hij zal veranderen om de dissonantie op te heffen. Verder worden objectieve gegevens over schadelijke gevolgen van het probleemgedrag op een neutrale manier aangeboden zonder dat de conclusies of meningen van de behandelaar worden opgedrongen. Wanneer de cliënt zelf zijn keuzes maakt, zal hij er meer voor over hebben deze te bereiken.

De houding van de hulpverlener

Vanuit het oogpunt van motiveren benadrukt Miller het belang van een empathische houding. Het praten met de therapeut zal aantrekkelijker moeten zijn dan het niet praten. In de praktijk van de hulpverlening zal het uitblijven van succes en het gedrag van de cliënt bij de therapeut gevoelens van onmacht, woede en teleurstelling of persoonlijk falen kunnen oproepen. Deze mengeling van gevoelens kan gemakkelijk leiden tot een moraliserende houding waarbij de cliënt geconfronteerd wordt met zijn onwil of onvermogen (traditionele opvatting) en staat derhalve haaks op de bovengenoemde empathie. Het onderkennen en kunnen hanteren van deze gevoelens is dus van groot belang. Het contact dient gericht te zijn op de verhoging van de zelfwerkzaamheid, zelfredzaamheid en het oplossen van de crisissituatie waarin gewoonlijk het contact tot stand komt. Samengebracht voor het project LAK-Borging door het Trimbos-instituut (Trimbos-Instituut, 2011). De hulpverlener kan zichzelf het beste beschouwen als iemand die de cliënt helpt met het nemen van een beslissing om hem daarna te helpen met het doorvoeren van de gewenste veranderingen. Hij is als het ware de katalysator in het proces van verandering in leefomstandigheden.

Motiveren is geen zaak van argumenten aandragen en iemand proberen over te halen. De hulpverlener is meer gericht op het creëren van een atmosfeer waarin de cliënt zichzelf motiveert door de 'ontdekkingen' die hij doet. In een motiverend gesprek komen zowel reflectieve, provocatieve als directieve interacties voor, waarbij de hulpverlener derhalve empathisch, structurerend en construerend te werk moet gaan.

Hoofdstuk 4: Conclusie en Discussie

§ 4.1 Conclusie groepsinterview

Duidelijk is dat het team, de behandelaars en activiteiten begeleiding een overeenstemming hebben bereikt op de onderste laag van de piramide van Maslow. Eerst moet voldaan worden aan de voorwaarden die gesteld zijn in de onderste laag van deze piramide voordat iemand door kan schuiven naar de volgende laag om stapsgewijs te werken naar verdere rehabilitatie.

De attitude van de verpleegkundige is hierin heel belangrijk. Er moet uitgegaan worden van de mogelijkheden van deze doelgroep en niet de onmogelijkheden. In de behandeling is de verpleegkundige de stabiele factor waar de cliënt op kan bouwen en terugvallen.

Een aantal methoden passeren de revue zoals token-economy, contingency management, de rehabilitatie aanpak, maar er is geen bestaand evidence based format wat op deze doelgroep gelegd kan worden. Binnen de instelling is nog geen specifieke visie die past op de doelgroep. Er gaat gewerkt worden met de herstellvisie van Antony maar hoe deze eruit ziet voor deze doelgroep is nog onbekend.

Gesloten therapie is voor deze doelgroep van belang om ook tijdens de therapiemomenten veiligheid te kunnen bieden. Deze veiligheid is nodig zodat de cliënten niet de mogelijkheid hebben om weg te lopen. Door deze mogelijkheid weg te nemen vallen de cliënten niet terug in oud gedrag.

Tenslotte moet er ook op afdelingsniveau gewerkt worden aan herstel. Dit begint met een duidelijk gezonde structuur die de oude structuur vervangt. Belangrijke elementen die op de afdeling aangeboden kunnen worden in deze structuur zijn corvee taken, ADL, kamierzorg en koken. Voor deze elementen zijn ook vaardigheden nodig die aangeleerd moeten worden. Om deze vaardigheden aan te leren kunnen verschillende disciplines worden ingeschakeld.

§ 4.2 Conclusie MANSA vragenlijst

Cliënten geven middels de MANSA aan dat niet zozeer de activiteiten buiten de afdeling onaantrekkelijk zijn, maar de activiteiten op de afdeling. De helft van de cliënten geeft dit aan. Tweederde van de cliënten geeft aan ontevreden te zijn over de hoeveelheid tijd die wordt besteed aan werken. Drie kwart van de cliënten geeft aan ontevreden te zijn over zijn of haar dagbesteding. Aangegeven wordt dat het gebrek aan daginvulling leidt tot verveling.

Aan het opbouwen van sociale contacten wil twee derde van de cliënten meer aandacht besteden. De meeste cliënten zijn tevreden over de wijze van hulpverlening die geleverd wordt. Ook de psychische en lichamelijke gezondheid van de cliënten scoort goed.

Mogelijkheden die vanuit de MANSA naar voren komen zijn koken, corvee taken en lichaamsbeweging. Wel wordt door de cliënten aangegeven dat dit een verplichtend karakter moet hebben om te kunnen slagen. Leren omgaan met de verslaving en het leren om sociale contacten aan te gaan wordt door de cliënten als heel belangrijk ervaren.

§ 4.3 Conclusie SWOT analyse

Uit de SWOT analyse komt naar voren dat er geen passend programma aanbod is voor de doelgroep. Daarnaast komt naar voren dat er een groot kennis tekort is bij verpleegkundigen en dat er een visie en methodiek ontbreekt op de afdeling. Het kennis tekort en de visie en methodiek van de afdeling wordt mede in samenwerking met het Trimbos instituut uitgewerkt. Er is een offerte gemaakt door het Trimbos instituut om hier coaching en training in te gaan geven (bijlage 9). Deze offerte is door de organisatie goed gekeurd, dus dit traject gaat binnenkort van start. Dit is de reden dat dit product zich met name op het programma aanbod richt en dus niet op het kennis niveau van de hulpverlening.

Verder kijkende naar de SWOT analyse, is er binnen het verpleegkundige team affiniteit met de doelgroep. Er is een hele hoop ervaring in het team te vinden, echter wel gericht op psychiatrie, niet op verslavingszorg. De hulpverleners zijn over het algemeen trots op wat ze op zo'n zware afdeling als Princepeel 1 bereikt hebben met de cliënten en zien deze nieuwe uitdaging met vertrouwen tegemoet. Echter zullen de bedreigingen wel serieus genomen moeten worden. De mogelijkheid om naar Bunthorst door te stromen als de eerste stappen in het veranderproces gemaakt zijn, en zo een motiverende factor kan zijn, vervalt als de doorstroom op Bunthorst stagneert. Dit is een organisatorisch probleem, waar binnen de organisatie aandacht aan moet worden besteed. In de bedreigingen komt naar boven dat financiën, bureaucratie en regelgeving tegen kunnen werken. Dit is belangrijk als er programmaonderdelen gepland gaan worden waar middelen of cursussen voor nodig zijn. Bij

het implementeren van die onderdelen zal dus een goede onderbouwing nodig zijn om het nut hiervan te bewijzen aan de organisatie. Verder wordt bij bedreigingen de medewerking van cliënten genoemd. Omdat cliënten op Princepeel 1 gedwongen opgenomen zijn, zal in het begin hun motivatie om medewerking te verlenen nihil zijn. Dit geldt ook voor het volgen van het dagprogramma. Hieruit valt te concluderen dat een dagprogramma niet geheel vrijwillig gevolgd dient te worden, maar vanuit een hoge mate van verplichting. Dit is goed om mee te nemen in de implementatie.

Tenslotte komen bij de kansen de resultaten van het afstudeerproject implementeren aan bod. Een ieder ziet de winst en noodzaak er dus van in om de uitkomst van dit product serieus te nemen en ermee aan de slag te gaan. Daarnaast is de mogelijkheid van samenwerken met verschillende organisaties. Hierin is het begin gemaakt met de samenwerking met het Trimbos instituut betreft de deskundigheidsbevordering.

§ 4.4 Conclusie Field Research

Voor deze doelgroep is het wenselijk dat er een gestructureerd programma opgezet dient te worden, met een verplicht karakter. Het programma dient afwisselend te zijn, met aandacht voor basale levensbehoeften, sport-bewegingsactiviteiten, creatieve bezigheden en vaardigheidstrainingen. Een activiteit binnen de groenactivering is hiernaast nog aan te raden vanwege het extra therapeutische karakter.

Het is aan te raden het programma ook in het weekend door te laten lopen voor de continuïteit en omdat het weekend door cliënten als grote leegte wordt ervaren door gebrek aan een daginvulling.

Dit alles kan het beste gestuurd worden middels een dagopening en een dagsluiting waarin continuïteit wordt gewaarborgd. Niet alleen de continuïteit van het weekprogramma wordt hierin gewaarborgd maar ook die van de individuele behandeling en het groepsproces.

§ 4.5 Probleembeschrijving

Binnen Princepeel 1 gaat gewerkt worden met de herstelvisie van Anthony. Daarnaast wordt op Princepeel 1 een nieuwe doelgroep ondergebracht namelijk mensen met dubbele diagnose. Op Princepeel 1 wordt er steeds meer tegenaan gelopen dat er geen passende behandeling is voor deze mensen en dat er op de afdeling geen passend aanbod kan worden geboden. Hier lopen zowel de cliënten als de verpleegkundigen tegenaan.

Het gevolg hiervan is dat de cliënten doelloos op de afdeling verblijven zonder enige structuur en toekomst-perspectief. Op de afdeling wordt verwacht dat de cliënten drugsvrij zijn en zich aan kunnen passen binnen het sociaal therapeutisch milieu van de afdeling. Hierbij worden ze echter niet ondersteund middels educatie, training en structuur.

§ 4.6 Probleemstelling

Hoe kunnen de verpleegkundigen de cliënten van Princepeel 1 structuur bieden om te komen tot hun eigen herstel volgens de visie van Anthony?

§ 4.7 Discussie

Om cliënten van Princepeel 1 structuur te bieden om te komen tot hun eigen herstel volgens de visie van Anthony hebben verpleegkundigen het volgende nodig:

Kennis:

De kennis die nodig is om de doelgroep dubbele diagnose te behandelen omvat verschillende aspecten. Voorbeelden hiervan zijn kennis over verlavingsproblematiek, kennis over de verpleegkundige attitude, kennis over verschillende gesprekstechnieken, kennis over fases van motivatie en verandering. In een samenwerking met het Trimbos Instituut is een scholingstraject uitgezet (bijlage 9) om de deskundigheid van het behandelteam te bevorderen. Hierin wordt het voltallige team van Princepeel 1/2 betrokken, alsmede activiteitenbegeleiding en kartrekkers van vervolgafdelingen. Dit wordt gedaan om de continuïteit van behandeling op zowel princepeel 1 alsook op de vervolgafdelingen te waarborgen.

Visie:

In samenwerking met het Trimbos Instituut is een projectgroep opgezet (Langdurig Perspectief) die zich bezig gaat houden met herstelgericht werken binnen Princepeel 1. Één van de doelstellingen van deze projectgroep is het integreren van de herstelvisie van Anthony in een visie, missie en methodiek voor Princepeel 1, om zo het herstelproces van de cliënten beter te kunnen begeleiden.

Om cliënten van Princepeel 1 structuur te bieden om te komen tot hun eigen herstel volgens de visie van Anthony moeten verpleegkundigen het volgende bieden:

Veiligheid:

Om te komen tot verandertaal hebben cliënten een veilige omgeving nodig waarin enerzijds de mogelijkheid van gebruik geminimaliseerd wordt en anderzijds dat cliënten vaardigheden kunnen aanleren om gedrag te kunnen en willen veranderen. De cliënten zijn opgenomen met een juridische maatregel en hiervoor is een gesloten deur van belang. De gesloten deur is bedoeld om de maatschappij te beschermen tegen de gevaren en bijkomende overlast van de cliënten. Anderzijds is de gesloten deur bedoeld om de cliënt te beschermen tegen zichzelf en de gevaren en bijkomende overlast van buitenaf.

Daginvulling:

Cliënten met dubbele diagnose zijn gewend om hun dag in te delen in het teken van de verslaving. Gedurende de opname valt deze daginvulling weg en wordt er een wenselijke daginvulling tegenover geplaatst die ervoor bedoeld is om oud gedrag af te leren en nieuw gedrag aan te leren. De daginvulling werkt naar intrinsieke motivatie die van wezenlijk belang is om verandertaal te kunnen laten slagen. Daarbij is de daginvulling ook bedoeld om de cliënt te laten zoeken naar niet ontdekte kwaliteiten en hier vorm aan te kunnen geven. Middels trainingsprogramma's, creatieve bezigheden en sport wordt de cliënt een dynamische en gezonde levensstijl aangeleerd met vaardigheden om te veranderen en niet terug te vallen in oud gedrag.

Hoop:

Hoop is van essentieel belang. Vaak hebben de cliënten met dubbele diagnose zelf alle hoop verloren en zit er meestal ook niemand meer in het systeem die in de cliënt geloofd. Hoop is een grote intrinsieke motivator om te komen tot verandertaal. Anthony omschrijft herstel als 'een proces dat is gericht op het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich meebrengen'. Het gaat om een persoonlijk proces van de cliënt waarbij het hervinden van de eigen identiteit centraal staat', (Anthony, 1993).

§ 4.8 Kerncomponenten dagprogramma

De volgende kerncomponenten zijn volgens het onderzoek van belang voor een evidence based dagprogramma voor cliënten met dubbele diagnose:

§ 4.8.1 ADL/HDL

Cliënten met dubbele diagnose problematiek hebben weinig aandacht voor persoonlijke hygiëne dan wel omgevingshygiëne. Algemene normen en waarden die betrekking hebben op de ADL en de HDL behoeven bij deze doelgroep extra aandacht en moeten in sommige gevallen weer worden aangeleerd. Deze normen en waarden zijn van belang om zorg te dragen voor hun directe leef-omgeving. Zonder deze verantwoordelijkheid is het niet mogelijk om te groeien naar zelfontplooiing. Er is daarom voor gekozen kamer poetsen en het opruimen van de leefomgeving op te nemen als onderdeel van het dagprogramma.

§ 4.8.2 Training en educatie

Het leven van dubbele diagnose cliënten staat veelal in het teken van het gebruik. Princepeel 1 streeft naar abstinentie. Om te komen tot deze abstinentie heeft de cliënt vaardigheden en kennis nodig om zijn gedrag te willen en kunnen veranderen. Deze vaardigheden kunnen aangeleerd worden middels de volgende trainingen te doorlopen.

§ 4.8.3 Sociale vaardigheidstraining

Gezien de huidige leefstijl van de doelgroep van Princepeel 1 waarin het belang van het gebruiken en het aankomen van drugs voorop ligt, zijn de sociale vaardigheid en het zelfvertrouwen van de cliënt sterk afgenomen. Sociale vaardigheidstraining voor dubbele diagnose cliënten is erop gericht om voor hen specifieke vaardigheden aan te leren om met situaties om te kunnen gaan waarin alcohol en drugs een rol spelen. De training geeft cliënten de mogelijkheid om vaardigheden te leren in een veilige omgeving waardoor zij beter in staat zijn in hun eigen leven op een andere manier met alcohol en drugs om te gaan.

De training omvat onder andere:

-  communicatie vaardigheden,
-  assertiviteit,
-  vaardigheden voor het ontwikkelen en ondersteunen van interpersoonlijke verhoudingen
-  leren om gaan met situaties waarin de verleiding om drugs gebruiken groot is (nee zeggen).
-  omgaan met conflicten
-  leren van sociale vaardigheden met betrekking tot het werk, familie en andere situaties.

§ 4.8.4 Psycho-educatie

De doelgroep van Principeel 1 heeft een beperkt inzicht en kennis over hun ziektebeeld. Vanuit dit kennis tekort ontbreekt de acceptatie en begrip over hun ziektebeeld, diagnostiek en behandelmogelijkheden. Het is de vraag of cliënten hierin drugs gebruiken vanwege de last van positieve en/of negatieve symptomen van hun ziektebeeld of dat het ziektebeeld zijn grondslag vindt in de verslaving.

Psycho-educatie omvat onder andere:

-  Kennis
Informatie over de aandoening, de oorzaken, de symptomen, het verloop en de behandeling. Informatie over de psychische en sociale gevolgen ervan en de mogelijkheden die er zijn om hiermee om te gaan.
-  Acceptatie
Begeleiden in een constructief verwerkingsproces. De aanvaarding en behoud van een positief zelfbeeld na het beseffen van een ziektebeeld te hebben des te meer.
-  Handelen
De vertaling van algemene principes naar het leven van de persoon en de toepassing ervan levert soms wat problemen op.

§ 4.8.5 Liberman training

De Liberman training is een laagdrempelige cursus die op een systematische manier cliënten met zeer ernstige en langdurige psychiatrische aandoeningen en beperkt zijn in hun vermogen zelfstandig sociaal te functioneren vaardigheden aanleert om zelfstandigheid te vergroten. De Liberman training heeft hier de voorkeur boven de leefstijltraining vanwege het feit dat de leefstijltraining een hogere mate van zelfstandigheid vereist die de cliënten van Principeel 1 nog niet hebben. Daarbij is een vereiste van leefstijltraining dat de cliënt enkelvoudige problematiek heeft en functioneert op een sociaal niveau waarbij sociale contacten zijn met niet-drugsgebruikers en ze een stabiele huisvesting moeten bezitten. Het hogere sociale functioneren in combinatie met de dubbele diagnostiek die leefstijltraining vereist komt niet overeen met de doelgroep. Daarbij zegt leefstijltraining dat de cliënten in de fase van beslissing en voorbereiding moeten zitten terwijl de doelgroep van Principeel 1 in de voorbeschouwingsfase zit. De Liberman training daarentegen vereist geen specifieke problematiek dan wel veranderstadium.

De volgende drie modules bieden de basis vaardigheden en kennis om het oude gedrag te kunnen doorbreken. Dit zijn; omgaan met verslaving, omgaan met psychotische symptomen en omgaan met vrije tijd. De voorkeur gaat dan ook uit om met deze drie modules te starten

De modules omgaan met anti-psychotische medicatie, omgaan met werk en omgaan met sociale relaties en intimiteit bieden in een later stadium de vaardigheden en kennis om te groeien naar zelfontplooiing.

§ 4.8.6 Dagopening/ dagsluiting

De dagopening en dagsluiting is een belangrijk onderdeel van het dagprogramma en de dagstructuur. Middels een dagopening kan de hele groep op de hoogte gebracht worden van bijzonderheden van die dag. Dit kan op afdelingsniveau zijn, maar ook betreft de personele bezetting of het dagprogramma. Cliënten kunnen tijdens een dagopening aangeven als ze zelf bijzonderheden hebben. Dit kan zijn hoe ze de nacht ervaren hebben, hoe ze opgestaan zijn, of ze problemen hebben in hun behandeling, etc. Als cliënten er aan toe zijn kunnen ze doelen voor die dag stellen, welke in een dagopening uitgesproken worden. Door een dagopening is er een duidelijk begin van het dagprogramma. Cliënten zijn hierbij aanwezig, waarna het programma van start gaat. Hierdoor zijn cliënten dus op tijd uit bed om op tijd aan het dagprogramma te beginnen.

In de dagsluiting wordt de dag met de groep nabesproken. Gestelde doelen worden besproken of deze gehaald zijn of niet en waarom dan niet. Er wordt een vooruitblik geworpen op de avond en besproken wordt hoe die avond ingevuld gaat worden.

§ 4.8.7 Weekendvoorbespreking/ evaluatie

Op vrijdag wordt er een weekendvoorbespreking gehouden. Dit kan hetzelfde gezien worden als een dagsluiting, echter wordt dan het komende weekend voorbesproken. Cliënten kunnen hierin aangeven hoe ze het weekend in denken te gaan vullen. In de weekend evaluatie op de maandag worden bijzonderheden van het afgelopen weekend en gestelde doelen van cliënten besproken.

§ 4.8.8 Sport en beweging

Sport en beweging is gezond voor iedereen. Met name voor mensen met dubbele diagnose heeft het nog meer waarde doordat bijwerkingen van medicatie afnemen, de algehele gezondheid beter wordt en het sociale contacten bevordert en het zorgt voor afleiding zodat ze niet de gehele dag bezig hoeven te zijn met de zoektocht naar drugs. Na het sporten blijft een goed gevoel achter wat het zelfvertrouwen vergroot.

Voorbeelden van sport en bewegingsactiviteiten die aan bod komen binnen het voorgestelde weekprogramma en realiseerbaar zijn binnen de instelling zijn sporten in de gymzaal, wandelen op en in de omgeving van het terrein en zwemmen in het nabij gelegen zwembad.

§ 4.8.9 Bezigheid

Voor mensen met dubbele diagnose is het lastig om een zinvolle bezigheid te vinden. Veelal draait de daginvulling om drugspushing gedrag. Bezigheid geeft een invulling en structuur aan de dag van de cliënt. Daarbij kan bezigheid een bijdrage leveren bij het aangaan van sociale contacten.

§ 4.8.10 Hobbymatige educatieve bezigheid

Hobbymatige educatieve bezigheid is ervoor bedoeld om enerzijds iemand kennis te laten maken met verschillende bezigheden en te onderzoeken waar iemands interesses liggen. Anderzijds is hobbymatige educatieve bezigheid ervoor bedoeld om op de gebieden waar iemands interesses liggen vaardigheden op te doen. De hobbymatige educatieve bezigheid is neergezet omdat het een laagdrempelig niveau heeft. Het is echter meer dan puur hobbymatig bezig te zijn, maar het mist het methodische en procesmatige educatieve karakter.

§ 4.8.11 Groenactiviteit

Werkzaamheden met planten en de bijbehorende omgeving doet een gevarieerd beroep op verschillende factoren van de cliënt, namelijk, fysiek en zintuigen (het lichaam), nadenken (het hoofd), gevoelens en emoties (het hart) en sociale vaardigheden. Verder vinden cliënten contact met iets levends, veel variatie (seizoenen, gewassen, werkzaamheden) en het werken met een doel worden als bijzondere kenmerken van het werk en de werkomgeving ervaren.

§ 4.8.12 Vrije tijd

Vrije tijd is in het programma opgenomen om de cliënt de gelegenheid te geven tot rust of invulling naar eigen interesse. Gedurende de week kan het zijn dat iemand wel eens toe is aan rust of de mogelijkheid wil hebben om eens lekker op zichzelf op het terrein te zijn, indien dit overeenkomt met de opgebouwde vrijheden.

§ 4.8.13 Spelvormen

De spelvorm is in het dagprogramma opgenomen om in het weekend of in de avonden wanneer er geen programma is de mogelijkheid te hebben om toch op een gezellige manier sociale contacten te onderhouden. Het is een laagdrempelige manier om met de cliënten in contact te blijven en geeft de cliënten de mogelijkheid om invulling te geven aan vrije tijd. Met name het weekend wordt aangegeven als lange doelloze dagen. Door deze te vullen met een spelactiviteit kan dit worden doorbroken.

§ 4.9 Onderwerp implementatie

Om alle kerncomponenten te implementeren en te borgen is er in dit project een tekort aan tijd. Alle componenten zijn van wezenlijk belang om de behandeling van deze doelgroep te kunnen laten slagen. Het voorstel van de invulling van de dag wordt dan ook als advies naar de opdrachtgever uitgedragen. Voor dit project is gekozen om de dagopening en dagsluiting te gaan implementeren aangezien dit wel binnen de daarvoor staande tijd te realiseren is. De dagopening in combinatie met de dagsluiting geeft de doelgroep de eerste structuur aan het dagprogramma. Deze dagopening en dagsluiting speelt een grote rol in het contact tussen de cliënt en de hulpverlener en het contact tussen cliënten onderling. Lopende zaken worden besproken en er is ruimte om individuele dan wel groepsproblemen bespreekbaar te maken. Hiermee wordt een stukje van de veiligheid gewaarborgd door zowel de groep als de hulpverlener.

De dagopening en dagsluiting is een klein onderdeel uit het grotere geheel. Het is van belang om ook de andere componenten te implementeren, omdat enkel dan een behandelprogramma ontstaat waarin verandertaal gerealiseerd kan worden.

Hoofdstuk 5: Implementatie

In hoofdstuk 5 zal aandacht besteed worden hoe de voorgestelde maatregel geïmplementeerd gaat worden binnen Princepeel 1. Hiervoor wordt de PDSA-cyclus uit het Nolan model gebruik, (bijlage 5). Op Princepeel 1 worden meerdere verbetercyclussen doorlopen aan de hand van het Nolan model. Dit is de reden dat in deze cyclus voor het implementeren dezelfde stappen doorlopen gaan worden dan bij de andere verbetercyclussen. Dit geeft duidelijkheid aan het verpleegkundig team, wat al een deel van de weerstand weg kan nemen.

De Planning voor het verbeterproduct is gemaakt. Het is duidelijk welke verpleegkundige interventies bij welke fase van behandelen gepleegd kunnen worden. Uit de randvoorwaarden komt echter wel sterk naar voren dat eerst de implementatie van de deskundigheidsbevordering moet worden afgerond, alvorens dit protocol volledig te kunnen gaan gebruiken. In de deskundigheidsbevordering zitten namelijk nog enkele verpleegkundige competenties welke bij dubbele diagnose problematiek erg van belang zijn. Voorbeelden hiervan zijn motiverende gespreksvoering, kennis over drugs bij schizofrenie om vervolgens goede voorlichting te kunnen geven en natuurlijk de essenties van het fase gericht werken. Deze deskundigheidsbevordering is in het rapport 'verslaving binnen de psychiatrie', (Thonies, 2010) uitgewerkt. Als aan deze voorwaarden voldaan zijn, kan begonnen worden met het implementeren van het fasegericht interventieprotocol. Voor dit implementeren wordt er een PDSA cyclus opgesteld.

§ 5.1 Plan

Welke actie wordt er uitgevoerd?

- Het invoeren van de dagopening en de dagsluiting.

Hoe wordt het plan uitgevoerd?

- Meekijken bij dagopening en dagsluiting andere instelling (Rooyse Wissel).
- Teamleden bekwamen in dagopening en dagsluiting door middel van coaching.
- 1 maand dagopening en dagsluiting op de afdeling.
- Na 1 maand evalueren bij cliënten en verpleegkundigen en bijstellen van de dagopening en dagsluiting waar nodig.
- Wijzigingen naar aanleiding van de evaluatie doorvoeren .

Door wie en wanneer wordt het plan uitgevoerd?

- Huber kijkt mee bij dagopening en dagsluiting bij de Rooyse Wissel.
- Teamleden Princepeel 1 bekwamen in dagopening en dagsluiting voordat de afdeling open gaat.
- Bij heropenen afdeling invoeren van dagopening en dagsluiting door teamleden van Princepeel 1.
- Evaluatie na 1 maand door Caspar en Huber in teamvergadering bij verpleegkundigen en tijdens huiskamerbespreking bij cliënten.

Hoe worden de resultaten gemeten?

- Tijdens huiskamerbespreking voor de cliënten middels delen van ervaring en tijdens een teamvergadering voor de verpleegkundigen middels delen van ervaring.

§ 5.2 Do

Geplande stappen uitvoeren.

- Het verpleegkundig team van Princepeel 1 voert de de geplande stappen uit.

Beschrijven wat er gebeurt.

- Geplande verpleegkundige interventies worden beschreven.

Gegevens verzamelen voor het meten.

- Evaluatie tijdens huiskamerbespreking en teamvergadering.

§ 5.3 Study

Wat zijn de resultaten

- Wegens de brand is het niet mogelijk om binnen de daarvoor bestemde tijdspanne de pilot te draaien. De pilot vindt op een later tijdstip plaats en wordt door de werkgroep langdurig perspectief opgepakt en uitgevoerd.

Wat ging goed, wat ging minder goed

- Conclusies voortkomend uit de pilot worden hier getrokken.

Wat leren we hiervan

- Afhankelijk van hoe de pilot is gelopen wordt hier leering uit genomen.

§ 5.4 Act

Heeft de actie tot verbetering geleid

- Conclusies worden getrokken aan de hand van het evaluatierapport.

Is iedereen tevreden met het resultaat

- Conclusies worden getrokken aan de hand van het evaluatierapport.

Is er een rede tot aanpassen

- Conclusies worden getrokken aan de hand van het evaluatierapport.

Kan het verbeteridee “met de nodige aanpassingen” al verder verspreid worden, zo ja, wat zijn de vervolgstappen

- Conclusies worden getrokken aan de hand van het evaluatierapport.

Hoe gaan we verder

- Vervolgstap is het stapsgewijs implementeren van verdere onderdelen van het voorgestelde dagprogramma te vinden in het analysefaseverslag.

Literatuurlijst

Gezocht is in de volgende databanken: Medline, Cochraine, PubMed, Cinahl. Verder is er ook gezocht naar wetenschappelijke artikelen via Google Scholar. BSL vakbibliotheek en HBO voorsprong zijn gebruikt als Nederlandse databanken

Meest gebruikte zoektermen in deze studie zijn:

- + Dubbele diagnose
- + Therapie
- + Dubbele diagnose, dagprogramma
- + Dual disorder
- + Substance abuse, dual disorder
- + Integrated dual disorder treatment
- + Motiverende gespreksvoering
- + Libermann Modules
- + Leefstijltraining
- + Piramide van Maslow
- + Dagstructuur
- + Dagopening dagsluiting
- + Beweging

Deze zoektermen hebben de volgende resultaten opgeleverd. Van deze artikelen zijn er een aantal afgevalen omdat deze na screening niet de juiste informatie bevatte. Van de artikelen die wel opgenomen zijn, zijn hieronder de resultaten te lezen:

- + Anthony, W. A. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in te 1990s. *Psychosocial Reahilitation Journal* , 12.
- + Brunette, M. (2009). *Werkboek geïntegreerde behandeling bij dubbele diagnose, bedoeld voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- + C. Janzing, J. K. (2005). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- + Eelco Muste. (2009). Handboek klinische schematherapie. In E. Muste, *Handboek klinische schematherapie* (p. 203). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- + Franken, I. (2009). *Handboek Verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- + gesticht, H. o. (2008, Februari 6). *Het oude gesticht*. Opgeroepen op Maart 17, 2011, van <http://www.hetoudegesticht.com/2008/02/06/de-libermann-modules-voor-een-zelfstandig-leven/>
- + Harry Hüttner, K. R. (2004). *Onderzoekstypen in de communicatie wetenschap*. kluwer.
- + ICD-10. (sd) *ICD-10*. Opgeroepen op april 26, 2011, www.ICD-10.nl/ICD-10
- + J.A.C. Meeuwissen, H. K. (2000). *Kenmerken van dubbelediagnosecliënten*. Utrecht: Trimbos instituut.
- + Kersten, T. (2009). *Handboek schema therapie*. Venray: Bohn Stafleu van Loghem.
- + Laguna. (2008, november 24). Opgeroepen op december 7, 2010, van <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl>: <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/28028-literatuurstudie-naar-dubbele-diagnose.html>
- + lectoraat, i. (2010). Opgeroepen op Maart 2011 , van Kennisbank: <http://kennisbank.lectoraat.nl/index.cfm?page=Groepsinterview>
- + LEDD. (2010). Opgeroepen op december 7, 2010, van www.ledd.nl: http://www.ledd.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=8&Itemid=3
- + Linden, J. v. (2011). *e-psychiater*. Opgeroepen op Januari 2011, van e- psychiater: <http://www.e-psychiater.nl/html/psychiatrie/psychiatrie.php>
- + Marijs Geirnaert, M.-C. L. (2004). *Alcohol en druggebruik Preventie en Hulpverlening*. Mechelen: Kluwer.
- + R.M. Niewswiadomy, A. t.-S. (2009). *Verpleegkundige onderzoeksmethoden*. Amsterdam: Pearson Education Benelux.
- + Roel Verheul, W. v. (2009). *Verslaving en Persoonlijkheidspathologie*. springer.
- + Rümke, A. (2007). *Verkenningen in de psychiatrie* . Zeist: Christofoor.
- + (2010-2011). Psychiatrische rehabilitatie Jaarboek 2010-2011. In J. v. Sonja van Rooijen, *Psychiatrische rehabilitatie* (p. 334). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- + *Sport je geest gezond*. (2010). Opgeroepen op ferbruarie 22, 2011, van Sport je geest gezond: http://www.sportjegeestgezond.nl/index.php?option=com_content&view=article&id=84:zelfvertrouwen&catid=45:sporten-voor-zelfvertrouwen&Itemid=79
- + Thonies, H. (2010). *verslaving binnen de psychiatrie*.
- + Trimbos-Instituut. (2011). *Trimbos instituut*. Opgeroepen op februari Dinsdag, 2011, van Trimbos: www.trimbos.nl

- ✚ Weeghel, v. (1990). *Arbeidsrehabilitatie in een vernieuwde geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Lemma.
- ✚ Wijsman, E. (2005). Psychologie en Sociologie. In E. Wijsman, *Psychologie en Sociologie* (p. 305). Noordhoff.
- ✚ Zee, F. v. (2004). Kennisverwerving in de emperische wetenschappen, de methodologie van wetenschappelijk onderzoek. *BMOOO*.

- ✚ Figuur 1 Kwadranten van Minckoff. Afstudeergroep 5. *Kwadranten van Minckoff*. GGZ Oost-Brabant, Boekel.
- ✚ Figuur 2 Swot analyse
- ✚ Figuur 3 Omgekeerde Piramide van Maslow. Afstudeergroep 5. *Omgekeerde Piramide van Maslow*. GGZ Oost-Brabant, Boekel.
- ✚ Figuur 4 Stroomdiagram Rooyse Wissel. Byrne. *Stroomdiagram Rooyse Wissel*. Rooyse Wissel, Venray.
- ✚ Figuur 5 Piramide van Maslow. Julesunlimited. *Piramide van Maslow*. 2009
- ✚ Figuur 6 Motivatiecirkel Prochaska en DiClemente. Prochaska en DiClemente. *Motivatiecirkel Prochaska en DiClemente*. 1983

Bijlagen

1. MANSA vragenlijst
2. Uitwerking Groepsinterview
3. Uitwerking SWOT analyse
4. Overzicht onderzoeks resultaten
5. Uitwerking MANSA vragenlijst
6. Verslagen Field reseach
7. Dagprogramma LooDDs
8. Voorstel weekprogramma Principeel 1
9. Scholingstraject

Bijlage 1: MANSA Vragenlijst

Naam

instelling:.....

Afdeling/team:.....

Respondentnr.:.....

Afnamedatum:.....

Voormeting / tussentijdse meting / nameting (omcirkelen wat van toepassing is)

MANSA verkort

Hieronder staan 7 vragen die gaan over uw leven. Graag willen we van u weten hoe tevreden u op dit moment over uw leven bent en wat u eventueel op verschillende gebieden zou willen veranderen. U kunt dat aangeven door steeds een kruisje in het vakje te zetten bij het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

1. Hoe tevreden bent u met uw woonsituatie?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

2. Hoe tevreden bent u met uw sociale relaties?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

3. Hoe tevreden bent u met uw dagbesteding?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

4. Hoe tevreden bent u met uw psychische gezondheid?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter
-------------------	------------	--------------------	----------------------------------	------------------	----------	----------------

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

5. Hoe tevreden bent u met uw lichamelijke gezondheid?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

6. Hoe tevreden bent u met de hulpverlening die u krijgt?

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

7. Hoe goed ervaart u op dit ogenblik uw leven als geheel?

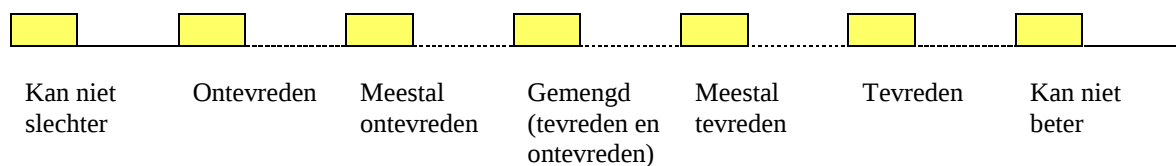
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kan niet slechter	Ontevreden	Meestal ontevreden	Gemengd (tevreden en ontevreden)	Meestal tevreden	Tevreden	Kan niet beter

Wat zou u graag willen veranderen wat nog niet naar voren is gekomen bij voorgaande vragen?

Vragenlijst tijds- en dagbesteding

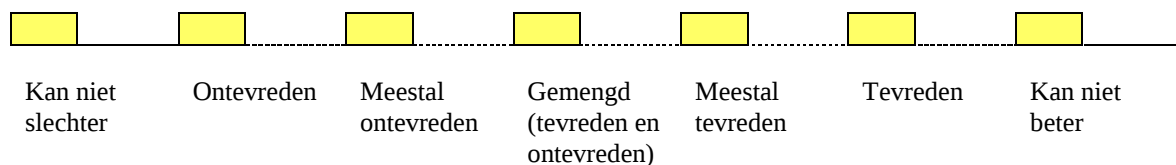
Hieronder staan 9 vragen over uw tijds- en dagbesteding. Graag willen we van u weten hoe tevreden u op dit moment bent over de hoeveelheid tijd die u besteedt aan verschillende activiteiten en wat u eventueel zou willen veranderen. U kunt dat aangeven door steeds een kruisje in het vakje te zetten bij het antwoord dat het beste uw mening weergeeft.

1. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan: Slapen of rusten?



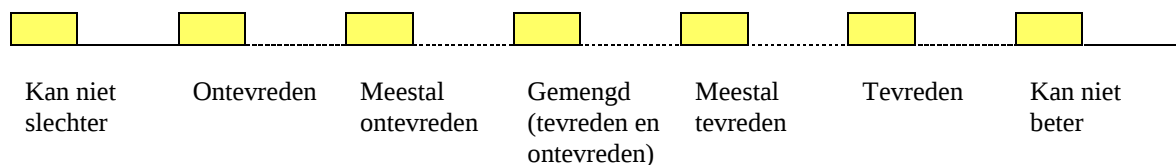
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

2. **Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan: Georganiseerde activiteiten op de afdeling (zoals creatieve, recreatieve, sportieve, of kookactiviteiten)?**



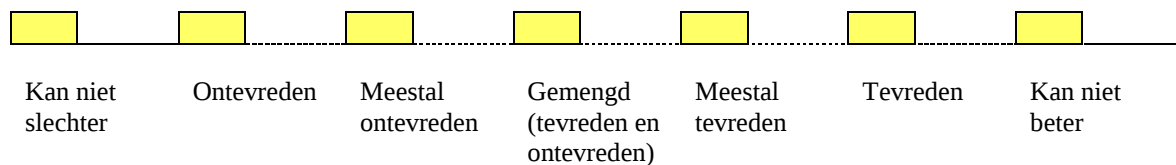
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

3. **Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan: Georganiseerde activiteiten buiten de afdeling (zoals cursussen, ontmoetingsbijeenkomsten, filmavonden, kerkbezoek, sportclub, bibliotheek)**



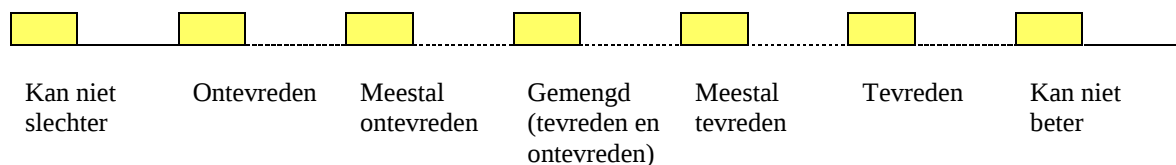
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

4. **Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan: Uw eigen hobby's (lezen, computeren, tuinieren, creatieve bezigheden)?**



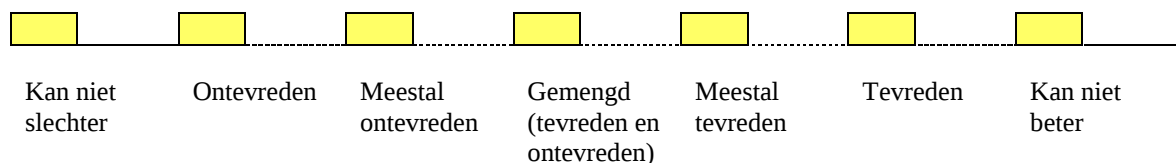
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

5. **Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan: Sociale contacten (zien of spreken van vrienden/kennissen/familie)?**



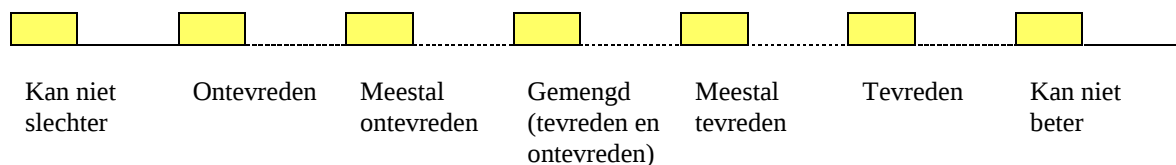
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

**6. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan:
Televisie kijken?**



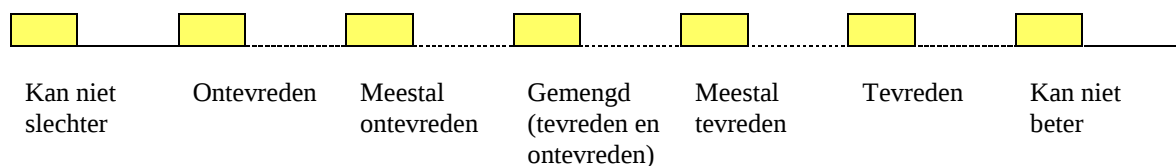
Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

**7. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan:
Werken (betaald of onbetaald) of studeren?**



Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

**8. Hoe tevreden bent u met de hoeveelheid tijd die u per week besteedt aan:
Niets doen?**



Wat zou u op dit gebied graag willen veranderen?

Onderstaande vraag wordt enkel afgenomen bij de tussentijdse en nameting!

9. Is er wat betreft uw tijds- en dagbesteding het afgelopen half jaar iets in gunstige zin veranderd?

☐	Ja
☐	Nee

Zo ja, beschrijf hieronder zo concreet mogelijk de veranderingen:

Bijlage 2: Uitwerking groepsinterview

Aanwezig:

Behandelaren: Lianne Verbruggen, psycholoog (1)
Remi Roest, psychiater (2)

Teamleider: Ton Dominicus (3)

Verpleegkundigen: Raymond Jeuster (4)
Pieter v.d. Broek (5)
Emmy v. Steijn (6)
Gido v. Brunschot (7)
Cindy Peeters (8)
Jan Petersen (9)
Paul Verhoeven (10)

Activiteitenbegeleiding: Chantal v. Hout (11)

Interviewers: Caspar Arets, (12)
Carol Byrne (13)
Hubèr Thonies (14)

Introductie door Hubèr:

Begonnen wordt met de vraag of iemand er problemen mee heeft dat het interview gefilmd wordt in verband met het letterlijk uittypen van dit interview als onderzoek voor ons verslag.
Hier heeft niemand problemen mee en de camera's worden gestart.

Interview vraag 1

wie	wat
14	Goed dan wouden we eigenlijk beginnen met de vraag die jullie allemaal via de mail toegestuurd hebben gekregen. Moet ik er natuurlijk niet voor gaan staan.
4	Daar in het midden Huber haha
14	Ehm er wordt allemaal hier op het scherm zichtbaar wat er allemaal uitkomt wat jullie zeggen daarna gaan we er dieper op in en gaan we een mindmap maken van het vervolg. Een mindmap dat is een grafisch schema om informatieve te verzamelen. Ja ehm goed jullie hebben de vraag allemaal doorgekregen en die luidde waar denken jullie aan bij de doelgroep dubbele diagnose. En roep maar alles is goed, maar wel om de beurt.
8	Drugs, verslaving, alcohol
11	Middelen gebruik als gevolg van zelfmedicatie
14	We zetten ere en v'the achter wanneer een verpleegkundige dat gezegd heeft, als de behandelaar iets zegt komt er een b'tje achter te staan
4	Vervelend
14	Als ton iets zegt komt er een h'tje achter te staan.
11	Onderdrukkingsmiddel
12	Dubbele problematiek (is gezegd maar gemist in interview)
14	Owja ab als er van de activiteitenbegeleidster iets is
11	Hahaha
4	Complex
1	Agressie,
12	Wat
1	Agressie
6	Samenhang andere psychiatrie
11	Ja
3	Terugval, tussen wal en het schip
6	Van het een komt het ander
11	Persoonlijkheid
3	Tussen wal en het schip
2	Meer regel dan uitzondering
6	Niks nieuws

5	Strijd
14	Tussen wal en schip heb ik net 2 keer gehoord
5	Geen ziekte inzicht
11	Afhankelijkheid
6	Zelfmedicatie of euh
7	Dat is al gezegd euh, dat is al gezegd emmy
6	Ow ik dacht dat het nieuw was
11	Kijk dat heb ik opgeschreven haha
6	Maakt niet uit
11	Acteurs
2	Motivatiestadia
4	Veiligheid
1	Breder perspectief
6	Ellende
11	Ellende ja
9	Specialisme
6	Voorgeschiedenis
2	Motiverende gespreksvoering
6	Toekomst
2	Rehabilitatie
1	Verwaarlozing
4	Herstel
2	Precies
Allen	Lachen
4	Kop in slaan haha
6	Zeg dan ACT
2	Of jij zegt dat
Allen	Lachen
4	Kerstboom nee haha
Allen	Lachen
12	Alles is goed dus vertel
9	Kip en ei verhaal
11	Persoonlijkheidsverlies
3	Kans
4	Politie
6	Schulden, financiële problemen
4	In zeven sloten tegelijk
11	Rollenpatroon
2	Ping pong therapie
8	Ik weet niet of het er al bij stond, ondersteuning bieden
1	Zegt iets onverstaanbaars
7	Dealers
4	Sociaal netwerk
11	Ja
11	Machteloosheid
7	Je hebt je typtdiploma caspar denk ik of nie
Allen	Lachen
14	Ik ben blij dat caspar typt en nie ik
6	Vandaar
7	Ja toch of nie dan
4	Uitgekotst
6	Ja
11	Alles buiten zichzelf
4	Speed
11	Van god los lachen
2	Contingency management
11	Kunde gij da spellen caspar
Allen	Lachen
5	Van god los
2	Soort van token economy, behandel
11	Ja onder ab
4	Detox

7	Zwakbegaafd
11	Jaja ja kan ook
2	FACT als niemand anders dat zegt
11	Zich goed voelen
3	TBS
11	RM
12	Wie zei dat
14	Chantal
11	Ja ja ja lichten ja ik horde het van ton
4	Vrijheidsbeperkende maatregel
6	Bijsturende maatregel lachen
14	Gewoon sanctionering
7	Uc controles
8	Ac
7	Ja inderdaad
11	Ongezonde levensstijl
4	Chaos
1	IPS
12	Wat IBS
1	IPS
2	Individuele Plaatsing en Steun
4	Chaos
7	Structuur
6	Zelfbeeld
8	Afhankelijk
3	Verdriet
11	Trauma
2	Geïntegreerde behandeling
?	Er wordt iets onverstaanbaars gezegd
Allen	Lachen
6	Misbruik
11	Medicatie
3	Incest
4	Gedragsproblemen
11	Daginvulling
2	Lichamelijke perikelen, ongezondheid, lichamelijke problematiek
11	Van verslaving naar verslaving
10	Sociale teloorgang
6	Criminaliteit en prostitutie en dat soort punten
7	Lachen je wil het echt goed doen he
2	Drugspushing behavior
11	Zegt iets tegen 6
6	Ja dat is voor jou, Loverboys
7	Liegen en bedriegen
6	Voor wat hoort wat
7	Lachen
11	Boontje komt om zijn loontje
Allen	Lachen
7	Voor niks kan de zon op gaan
11	Lachen
9	Hadden we schizofrenie al
7,6, 11	Hard lachen
9	Persoonlijkheidsstoornis
4	Uitzichtloos
2	Uitzicht op herstel
Allen	Lachen
7	Het kan vriezen het kan dooien
4	Dat wil niet zeggen dat het helemaal uitzichtloos is
2	Quadranten van Minckhoff
9	Hoe langer we bezig zijn hoe moeilijker het wordt (lachen)
2	Anderen weten dat weer wel
9	Ja dat is zo

2	Proshaska en diclemente natuurlijk
11	Verschillende instanties
2	We hebben de cirkel, kernen van proshaska en diclemente natuurlijk daar denk je dan ook meteen aan, ik bedoel
11	Verschillende instr..... lachen verschillende instanties
7	Wordt gefilmd he wordt gefilmd
11	Ja dat moet ik.... lachen
7	Zegt iets onverstaanbaars
11	Damn (slaat met vuist in hand) lachend
6	Toneelspelen van client
4	Token system
8	Beïnvloedbaar
11	Psychotisch
9	Onderdeel familie veel vragen en geen antwoorden
6	Ja wat was de vraag ook alweer
4	Regels
8	Princepeel1/2
11	Paranoïde
3	Continuïteit
4	Noemt naam van client
Allen	Lachen
5	Waarom noem je nou die client
4	Clienten ja
6	Coping overlevingsstrategieën
11	Familie
7	Kwetsbaar
7,11	Dat is fout geschreven
5	Zelfbepaling uit handen geven
2	Vierdubbele diagnose, ik bedoel we hebben het over dubbele maar vaak kunnen ze uren achter elkaar en zie je dat onderschatting als onderdeel van
4	Onderschatting
9	Overschatting
11	Uitzichtloos
12	Die hebben we al gehad
11	Ow
7	Kansloos nog nie
11	Haha kansloos haha
2	Screening, screeningsinstrumenten
6	Curator, behandelplan
4	Huisregels
6	Afdelingsregels
11	Hard lachen
7	Activiteiten of therapie
3	Ketenzorg
4	Landelijk probleem
2	Internationaal probleem
7	Wandelend probleem
Allen	Hard lachen
2	Libermann modules
9	Fouilleren
11	Uc's
6	Hebben we al
8	Afkicken
11	Tandarts
13	Tandarts (gemist met typen)
7	Politie hadden we al gehad denk k he
11	Bevestigend ja
4	Justitie
2	Novadic
11	Negatief zelfbeeld had jij he
7	Negatief zelfbeeld, heb jij een negatief zelfbeeld hoezo dat dan
2	Matig evidence based, er is wel bewijs he maar het is nog in ontwikkeling dus matig bewijs maar

	dat laat de pret niet drukken, IDDT, dat hadden we gehad he.
5	Doelbewust
6	Draagkracht, draaglast
6,7,11	Zeggen iets onverstaanbaars
4	Ontspanning
2	LEDD, Trimbos, Sonja van Rooijen, wat, Lianne Verbruggen of telt dat niet mee
4	Hallo
1	Zegt iets onverstaanbaars
4	Remy Roest dan ook als we het bij het onderwerp houden
1	Lacht
2	Laat die laatste maar zitten
1	Ja dan komt er zo'n heel dik kopje Remy Roest bij
9	Diagnoseprobleem
8	Diagnose, bedankt he
9	Graag gedaan
7	Ik ben niet verslaafd
11	Niet
Allen	Lachen
2	Ont
6	Ontkenning
11	Ontkenningsfase
3	Gido
9	Daar mag best Gido achter
6	Rouwverwerking
11	Depressie
3	Gokken, seksverslaafd euh voor lul
5	Verslaafd
3	Ja internet verslaving
1	Lippen balsam verslaving
11	Ja dat is
7	Otrivin, otrivin
11	Ja dat is echt, vervolgd door iets onverstaanbaars
8,9	Zeggen iets onverstaanbaars tegen elkaar
7	Zit het geode antwoord er nog niet tussen
Allen	Lachen
14	Ja ik heb bij voorbaat gezegd alles is goed
11	Beïnvloedbaar
2	Roken, gezondheidsrisico
11	Anderen beïnvloeden
2	Euhm dus tabak, tabakverslaving
3	Koffie
11	Passiviteit
5	Egoïsme
12	Wat
5	Egoïsme
9	Ik denk dat sp.....
7	Kwalitatief
9	Nou doe het zelf maar
14	Na opzich zijn we denk ik ook al, hebben we toch heel wat kreten zijn er tevoorschijn gekomen, meer als ik van te voren dacht dat er zouden komen
13	Ja, mooi
14	Anders hadden we het, euh de mindmap nog wat groter gemaakt
Allen	Lachen
5	6 vakken
11	Boontje komt om zijn loontje
4	Inschattingsfout
14	Heeft er iemand iets zo van god euh ik heb dit geroepen en dat wil ik wel euh
11	Heb ik spijt van
7	He ik spijt van haha
Allen	Lachen
3	Mag ik nog koffie
14	En daar wil ik op terug komen of euh daar wil ik iets meer over zeggen, of wat opvalt als je het

	bijna allemaal bij elkaar ziet
4	Ja euh dat het over dubbele diagnostiek gaat
14	Dat is ook de bedoeling
1	Mij valt op wat emmy ook zegt veel ellende er zit weinig
6	Veel negativiteit ja
14	Da viel mij ook op
6	Weinig positiefs tussen het is ook en en he ja ik bedoel mensen die niet alleen de psychiatrische stoornis derbij hebben dat is al een ellende om daar uberhaupt van drugs en alcohol af te komen, laat staan dat je er een psychiatrische stoornis bij hebt.
7	Gebruik is het positieve lichtpuntje waarschijnlijk voor hun
6	Ja zelfmedicatie jarenlang geweest
11	Ja precies, gevolgd door iets onverstaanbaars
7	Vaak wel ja
2	Ik ben er eentje vergeten die ik nog graag zou willen toevoegen dat is de ervaringsdeskundige. We hebben een tijdje geleden een docent van stichting rehab gehad, die zelf helemaal in de put gezeten heeft, die vertelde over zijn eigen herstelproces en dat nog eens gezegd zou heel inspirerend zijn om zo'n man eens uit te nodigen die zelf aan de heroine gezeten heft om eens te kijken van joh wat heeft jou nou geholpen hoe ben jij nou zover gekomen. Ervaringsdeskundigheid zou ik eigenlijk met dikke letters als je ze kan vinden is heel waardevol om die bij zo'n ontwikkeling te betrekken.
6	Maar dat is dan iemand die alleen maar verslaafd was, maar daarnaast ook nog eens schizofreen of euh
2	Ja maar goed
6	Ja dat is anders
2	Ik zeg alleen, dat de cirkel van minckhoff, de mensen met een beetje psychiatrie of een beetje verslaving, waarvan wij vinden of een beetje persoonlijkheid en mensen hartstikke gek en hartstikke verslaafd
1	Denk aan de camera he lachen
2	Ja maar goed, nee maar goed het gaat me nu niet om over die man te praten maar euhm
7	Volgende week
2	Maar ik denk dat het ik denk dat het heel goed is om te kijken als je ervaringsdeskundigheid zou kunnen betrekken bij dit soort ontwikkeling, ik zou met ervoor pleiten
9	Dan krijg je ook een positieve draai eraan
2	Ja, dan kom je niet alleen maar van alleen maar ellende maar ook van mensen die er wel van zijn uitgekomen, ik heb uit die euh ervaringsdeskundigegroep een aantal mensen bij elkaar gezien van god euh een stel rebellen bij elkaar hartstikke goede lui dat je zegt wat zou je die graag, hoe zijn jullie er nou bovenop gekomen en wat zouden jullie nou kunnen betekenen voor de mensen hier. Dus euh kijk niemand heeft de antwoorden hier over de hele wereld over hoe je dat nou echt moet aanpakken dus euh het is allemaal zoeken naar worsten dus dan denk ik euh waarom zou je ervaringsdeskundigen niet
6	Zullen we Keith Bakker uitnodigen
2	Ja ja nee maar goed euh
9	Das een andere ervaring
2	Nee maar goed dus euh ik zou daar toch goed met kracht voor willen pleiten
14	Maar goed heel veel negatieve dingen dus eigenlijk die euh wat bij jullie zo allemaal opkomt als je het hebt over
7	Heel veel ja
14	euh de doelgroep die waar wij gewoon aan beginnen met zijn allen
3	Eentje die heb genoemd is kans ik denk dat het voor ons als GGZ Oost-Brabant omdat het een missende schakel is denk ik of wat we nu zien er is ook een keer gezegd machteloosheid maar niet alleen van cliënten maar ook van ons als team zijnde . Goed ik ben nu twee jaar hier. Maar we zijn er al heel veel tegenaan gelopen mensen met dit ziektebeeld en daarom zie ik dit ook als kans
14	Ja
2	Familiebetrokkenheid
6,7,11	Ja
5	Ja goed maar ik denk dat heel veel van die items gerelateerd zijn aan oew eigen ervaring
14	Ja maar dat is ook de bedoeling van de vraag in eerste instantie
5	Kijk na 2 jaar dan hedde misschien ook wa successen geboekt en dan kom je misschien ook met een heel ander lijstje. Ja mooi zijn maar ik ben er ook altijd een bietje huiverig voor kijk nou bende eigenlijk alleen nog maar redelijk negatief gelabeld en ziet alleen maar de problematiek die binnen komt en dat is eigenlijk alleen maar altijd een hoop shit en daar baseerde ook oew uitlatingen op

Allen	Bevestigend ja
14	Maar wat ik zeg dat is ook de bedoeling he van
7	Dat gaat veranderen
14	Waar staan we nu hoe kijken we nou tegen die doelgroep aan en uhm goed euh hier staan eigenlijk de kreten van e
6	Ja goed het is wel negatief maar het is wel de realiteit het is wel zo als het er staat. Als je het je mooier voorwend dan dat het is dan kun je ook van de koude kermis terugkomen
10	Lastige doelgroep
1	Ja dat is ook bij meer dingen als je er borderline neerzet dan krijg je ook veel meer negatieve dingen erop
4	Ja tuurlijk
1	Als je schizofrenie er neerzet krijg je ook heel veel negatieve dingen erop
6	Ja dat is ook zo
4	Maar die staan ook op de voorgrond
2	Maar de vraag is toch
4	Kijk ja als je zet wat denk je bij een clown dan krijg je wel andere dingen
Allen	Lachen
12	Maar Remy wilde iets zeggen
2	De vraag is toch gewoon om blanco te zeggen we hebben een dubbele diagnose afdeling en wat komt er in je op dat is toch de vraag
11	Ja
1	Ja dat is de vraag
14	Ja
2	Ja euhm ja ja
14	Ja we hebben van te voren ook gezegd van alles wat gezegd wordt is gewoon per definitie goed.
10	Er zijn nog nooit zoveel goede antwoorden gegeven
14	Als we da zo euh

Vraag 2

wie	wat
14	Als we dat zo grofweg bij elkaar zetten. Er zijn gedragen van cliënten, die komen naar voren maar er komen ook naar voren dagbesteding hoorde ik zeggen, geïntegreerde behandeling hoorde ik zeggen, therapieën, liberman modules. Wat heeft een cliënt dan zoal nodig volgens hier.. Wat heeft deze doelgroep nodig voor P1, P2. P1 met name?
4	Structuur
5	Dat wilde ik zeggen
11	Onderdak, dagbesteding
2	Perspectief
6	Natje en een droogje, eten, drinken, slapen
11	Ontspanning
2	Hoop
11	Gedragstherapie
1	Begripvol
14	Ho, even rekening houden met de notulist
	Iedereen lacht
12	Ik heb wel een typcursus gedaan, maar toch
1	
4	Gezelligheid
11	Groepsproces
5	Urinecontroles
2	Rehabilitatie aanbod
11	Rustige veilige omgeving
6	Professionals
1	Begrip, het uitblijven van afkeuring of afwijzing
7	Gido
	Iedereen lacht
2	Acceptatie denk ik dat je bedoelt hè?
1	Ja, Acceptatie van wie hij is
11	Familie
2	Ja, familie, daar moet je ook soms wel eens...lach

11	Motivatie
1	Staat er al
5	Geduld
10	regels
4	aandacht
1	Bijsturende maatregelen
2	Somatische aandacht zorg, behandeling
11	Therapieën
6	Doelen
11	Cursus, Scholing
4	Bak met geld
2	Positieve bekrachtiging. Positief over zichzelf gaan denken
6	Alternatieven
4	Drugs, nee
7	Nou ja, in hun beleving denk ik wel
4	ja
10	Voorbeeld, voorbeeldfunctie
1	Medicatie
14	Medicatie of educatie, wat zei je nou?
1	Medicatie, maar educatie mag je er ook bijzetten maar scholing staat er al . Psychoeducatie
2	Cognitieve therapie
1	Die hebben we volgens mij wel al.
14	Therapiën staat er al
10	Psychiater
6	Afleiding
11	Vrijtijdsbesteding
4	Sport
11	Ja, non-verbale therapie
4	Sport en ontspanning
7	Runningtherapie, we zetten hoog in
4	Achter cliënt aanlopen
2	Sex
1	Wat zeg jij nou?
4	Uitstapjes
2	Ja, ik bedoel jullie doen alsof het niet bestaat maar er zijn Hoop rumoer, door iedereen, niet verstaanbaar
5	Staat niet in de huisregels
7	Even huisregels aanpassen, even huisregels aanpassen
1	Maar begeleiding mag wel op de kamer
7	Alle als het anders staat in het behandelplan
4	Beloningen
11	Tijd voor een gesprek
7	Uitstapjes, leuke dingen doen
4	Curator
9	Ruimte
13	Hoezo ruimte?
9	Eigelijk een samenvatting van uitstapjes en dat je hem niet helemaal opsluit
3	Fact kerstboom
2	De lijnen naar de wereld, de lijnen naar buiten, de lijnen naar de toekomst. We hebben perspectief al gezegd, maar Intussen een grappig onderonsje tussen 7, 5, 11. Hiervan is niet te horen buiten het gelach.
11	Trainingen naar buiten ja, dat is op zich niet verkeerd
5	Een lijntje naar buiten
	Iedereen lacht
14	Ik had al gezegd dat we het letterlijk over moeten typen hè?
	Iedereen lacht
2	I k denk dat je rolmodellen moet kunnen bieden, dus mensen die eruit gekomen zijn, die dat komen vertellen. Rolmodel
4	Gesloten deur
1	Hebben we al iets van gezonde levensstijl? Eten, drinken?
14	Goede voeding
6	Eten drinken onderdak

1	Ohja.
11	ADL
1	kamerzorg
2	Goede ZZP
1	Dat is die zak geld van 5
9	Juridische maatregel
2	Familie nog een plek geven, dus betrokkenheid, psycho-educatie voor familie, omgeving, netwerk.
11	Familie interventie
2	Familie interventie ja, dus voorlichting
7	Spelcomputers
11	Spelcomputers, maak je ze weer verslaafd
7	Ja, maar dat is toch leuk
9	Das toch leuk, ha ha
2	Psychoeducatie voor de klant zelf, stond er ook al ergens?
14	ja
8	veiligheid
11	Rustige en veilige omgeving
8	Een eigen plekje
11	Ja
4	Schouderklopje
11	Gezamenlijke ruimte. Of hebben we die al
1	Bescherming
4	Begeleiding
9	Groepsdynamiek
11	Ja, gezonde levensstijl
10	Realiteitsconfrontatie of zo
12	Wat zei je?
10	Ja dat weet ik eigenlijk ook niet.
	Iedereen lacht
1	Realiteitsconfrontatie
10	Daar zal best een ander woord voor zijn
11	Motivatietechnieken
7	Verantwoordelijkheid of staat die er al tussen
1	Of overname
2	Psychotherapie dan het je het over post traumatische stress stoornissen en zo hè, dus op basis waarom mensen zijn gaan gebruiken. Dus psychotherapie. Schuldsanering..
11	Zingeving
4	Vertrouwen, of stond dat al ergens
6	Vriendschap, maatje, buddy
2	Zingeving, maar, maar, de pastorale dingen, dat versta je daar ook onder hè? De de zingeving in mate godsdienstachtige dingen, pastorale begeleiding onderschatten wij vaak ook wel van van van , zit niet bij ons...
11	ja
3	Iman
11	Ontspanning, zit die er al bij? zit er al ontspanning bij?
12	Ontspanen, ja, sport en ontspanning, daar rechts
11	Ok, ja ja ja
11	Hobbymatitige activering
2	Ondersteuning van herstel
1	Zo, dat we die gemist hebben.
2	Nee, maar goed, in zijn algemeenheid, daar gaat het om. En ik zou toch ook wel plaats willen voor de vier kernwaarden van herstel. Weet je, keuze, oriëntatie persoon, groep,
1	Hebben we al
11	Begeleiding naar buiten
2	Dat je iemand als persoon ziet en niet zozeer als... kernwaarden even in zijn algemeenheid
13	Individuele benadering?
2	Ja maar goed, dat zijn vier kernwaarden van
11	Training naar buiten
2	Dat je dus een klimaat hebt dat op die kernwaarden gebaseerd is.
14	Training naar buiten zei je 11? Wat bedoel je daarmee?
11	Euh, wel een beetje onder begeleiding, wat kom je tegen, hoe ga je daarmee om. Wat ik toen een keer met W. heb gedaan. Ja., resocialisatie

2	Individuele rehabilitatie benadering
14	IRB
2	IRB, er staat IBS, hebben we die al gehad, ohja, die hebben we al gehad
	9 en 10 praten iets onverstaanbaars tegen elkaar.
13	Iemand heeft professionals genoemd, wat versta je onder professionals?
6	Verpleegkundigen
11	AB
6	En AB.. nee, een team, behandel team
5	Met kennis van zaken natuurlijk
6 + 11	Ja, met kennis van zaken
5	Dus dat trimbostraject
8	Maar ook psychiater en psychologen
6	Ja een behandelteam
	Even wat onverstaanbaar roemoer tussen alle deelnemers
2	Is euh, je hebt IBS, maar is ook <onverstaanbaar>
12	In de vorige stond dat ja,
14	In deze nog niet nee
2	Dan mag je die hier ook bij zetten, toch als je zegt je mag
11	Een krant voor het hier en nu
2	Lotgenoten contact groepen
13	En dan extern of intern
1	Beide
2	Ze hebben het nodig, kan mij, maar hoe dan ook, ik bedoel lotgenotencontactgroepen die zijn zelfs volgens de evidence based interventies, hoe mager het ook is maar in iedergeval denk ik dat je lotgenotencontactgroepen erin mag zetten. en als we toch bezig zijn, het zietemanagment en herstel, illness management en recovery, dat is een programma wat ze in Nederland al in een aantal plekken aan het invoeren zijn en vertaald zijn, in Leiden, Rotterdam, dat is op zich een leuk pakket, Illness management en recovery, of ziektemanagment en herstel. Als we dan toch mogen roepen dan..
11	PVP-er
2	En de libermann modellen er dan ook maar een keer bijdonderen
10	Psychoeducatie maar die stond er al bij
13	Psychoeducatie, stond er die al in?
4	ja
2	Dus de verrijkingsactiviteiten, alle leuke dingen, die worden al een aantal genoemd hè. Zoals sport museum bezoeken,
11	Uitstapjes
2	Uitstapjes
6	verwenzorg
1	Dus al de uitkomsten van het service outcome schema opgenoemd
2	Ja, precies
14	Kunnen we die niet overnemen?
2	Crisisinterventie
1	Casemanagment
	Maar als we dingen noemen, moeten we het ook allemaal hebben
9	Methadon
11	Ja, misschien we
2	Ze hebben ook rechtsbescherming nodig. De PVP, de klachtencommissie, advocaten. Om ze tegen boze dokters te beschermen die ze in hun vrijheden beperken.
11	Medicatie voor ontweningsverschijnselen, afkickmedicatie.
	Cliënt klopt op de deur en komt binnen
14	Hey A., wij zitten hier te vergaderen, en gaan daar mee verder,. Ik doe de deur dus weer dicht
	Rumoer in de groep
7	Ervaringsdeskundige komt al binnen
2	Ervaringsdeskundige treedt nu aan...
	Empowerment mogelijkheden, dus dan zit je bij zelfhulp, lotgenotencontact
6	Privacy
1	Dichtgepopte ramen hebben ze ook nodig
14	Wat?
1	Dichtgemaakte ramen, hekken, fouilleerruimte, daar hebben we het dan over.
13	Dus controle bedoel je?
2	Bijsturende maatregelen waren al genoemd hè? Dus ze hebben ook duidelijk grenzen en noem maar op

	Er wordt op de deur geklopt
14	Nee, A. we zijn
	5 komt binnen
	Iedereen lacht
2	Pedagogisch klimaat
11	Cliënt als mens
2	Dat is herkenbaar
11	Cliënt als mens ja
2	Oriëntatie op de persoon als kernwaarde. Keuze mogelijkheden.....binnen de beperkingen
11	Rolmodel, maar dat hadden jullie al hè?
13	Dus dan kan ik eigenlijk zo een beetje lezen, dit is allemaal buiten de afdeling. Heeft de afdeling niets te bieden?
1	Jawel, de dagbesteding, acceptatie, grenzen
11	Bed
4	Gesloten deur
5	Ik zat wel te denken inderdaad, wat wij grofweg voor ogen hebben met het traject op onze afdeling zijn deze dingen, liggen heel veel dingen voorbij onze afdeling inderdaad., Als mensen eenmaal doorgeplaatst gaan worden, dan kom je met heel veel van die zaken in aanraking, maar bij ons nog niet zo
1	Maar heel veel dingen die hier staan die komen toch ook bij ons. Als je het hebt over acceptatie, de cliënt als mens, de keuzemogelijkheden, het eten, de structuur, begrenzen lotgenoten
4	Structuur, onderdak, dagbesteding
11	therapie
5	Heel veel zaken buiten de afdeling. En dat gaan mensen in een vervolgtraject veel meer mee te maken krijgen als bij ons.
1	Ja, maar dubbele diagnose stopt ook niet op bij onze afdeling.
5	Maar dat was toch ook de vraag, om die mens op zich te zien en niet zozeer het traject wat bij ons ligt.
14	Zie jij zo bij ons op de afdeling dan ook anders dan wat hier zo wordt genoemd. Zijn er bepaalde aspecten dat je zegt van goh, dat mis ik zo bij ons op de afdeling
5	Nee, dat mis ik niet, want ik zie dat gewoon niet gebeuren bij ons op de afdeling. Als je echt het naar buiten treden, d'r wordt net hier een museum bezoek en zulke zaken. Dat is bij ons niet, maar dat is mijn beleving zo vooraf aan het traject, dat is bij ons niet aan de orde.
2	Maar wij zeggen
1	Ja, als je het gaat hebben over verbeteren van de kwaliteit van, over verrijking, ja dan heb je het inderdaad niet meer over de doelstellingen die in jullie stuk bovenaan staan, ja dat klopt. Bij jullie op de afdeling gaat het veel meer over veiligheid, over behandelen.
5	Want dan zijn mensen zover dat ze naar een andere afdeling gaan.
2	Maar de vraag die nu op tafel ligt is toch wat hebben dubbele diagnose cliënten nodig
1	In het algemeen ja
2	En dan zeggen we, wij zitten nou te roepen
1	Die hele kerstboom
2	Die hele kerstboom ja bij wijze van spreken, en dan komt daarna dat bescheiden stukje wat P1. Ik zou daar ook bij willen zetten dat de cliënten die op P1 zitten, dan kom ik weer op een IRB term, doelvaardigheid verhoogd moeten krijgen. Die moeten omgevingsbesef, wat is er in de wereld te koop, wat zijn er voor woonvoorzieningen om hun perspectief. Dus het verhogen van, hun doelvaardigheid verhogen. Kijken wat is er aan werk, wat is er aan wonen. En dan hoop je dat ze op een gegeven moment zeggen, van potverdikkie, ik zou
11	Zelfmotivatie ja
2	Ik zou naar Helmond kunnen. Die ruimte ga je met een bus rondrijden en dan kijk je wat zijn er voor voorzieningen, wat zijn er noem maar op. Om die worst, om dat perspectief te bieden. Je zou wel willen dat je op P1 de mogelijkheid krijgt om een keer met een busje rond te rijden naar werken, wonen, noem maar op
5	Maar ik weet niet of dat niet al een brug te ver is. Ik denk mensen die bij ons zijn geweest, maar dat is mijn inschatting, die komen niet meteen ergens in een woonproject in de samenleving, maar zullen waarschijnlijk hier een vervolgafdeling krijgen. En daar ligt ook de oriëntatie voor deze mensen
2	Maar misschien moeten we eerst even doorgaan met wat heeft iemand nodig en dan komt daarna wat gaan wij op P1 doen
5	Janee, dat klopt ook, dus
11	Training sociale vaardigheden
13	Denk je alleen aan sociale vaardigheden of zijn er wat
11	Breed....wat staat daar

12	Vaardigheden
2	In relatie tot zelfgekozen doelen
11	Ja
2	Dat moet er wel bij, anders heeft het geen zin
8	Een behandeling
13	Een verandering of een behandeling?
8	Behandeling
12	Oh
11	Nazorg
2	Nee, nazorg moet je nooit te doen. Kijk als wij de zorg bieden, dat is dus onderdeel van een keten. Nazorg suggereert teveel vind ik van hier gebeurd het en een ander komt erna
2	Transmurale ketenzorg dat zei 3 al hè. Dus dan ben je ervan af, van nazorg, die term
13	5, ik ga terug naar jou. Omdat jij zegt, zoals je het nu ziet, op de afdeling, zoals je nu hebt, wat kan je wel op de afdeling bieden voor de doelgroep die zo meteen binnen komt?
1	Volgens mij hebben dat er toch al op staan. Dan heb je het over begrenzen, structureren, motiveren, duidelijkheid, voeding
5	Detox
11	medicatie
5	Ik zeg al, dat beleid is misschien nog niet zo duidelijk uitgeschreven, maar voor een paar mensen wordt dat wel al gehanteerd, met name één. Zo van, er zit een bepaalde periode van het clean zijn en dat bied dan ook het perspectief om een vervolgafdeling voor aangemeld te worden, want plaatsen is dan ook niet altijd meteen een garantie. Maar dat is in aanvang waar wij ons mee bezig houden en ik denk dat er in een vervolgafdeling daar weer gekeken worden naar het vervolg aldaar. Je kunt wel een plaatje voorhouden van hier kun je eindigen, maar vaak is dat wel een heel lang traject. Ik denk dat het veel; belangrijker is om juist die tussenstappen voor ogen te houden en voor ons is dat nog niet zoveel als daar staat
14	Ik hoor net inderdaad zeggen meer beschermende maatregelen bieden
5	Ondersteunend
14	Ondersteunende beschermende maatregelen. Er kwam verschillende keren, therapiën, dagbesteding, weet ik het wat, hier neer gezet. Kunnen we daar wel iets mee, kunnen we daar niets mee? Ik bedoel, beschermende maatregelen dat is allemaal op de afdeling, gesloten deur, eten drinken geven en zorgen dat ze een schoon bed hebben.
1	Maar ook de behandeling hoort daarbij. Wel de dagbesteding want je moet mensen wel een alternatief, want je kunt mensen wel iets afpakken, je pakt hun middelengebruik af, maar er moet wel iets voor terug komen, dus dat ga je ook op de afdeling doen
6	Maar dat is toch ook allemaal wel genoemd
14	Nee dat is ook allemaal wel genoemd ja. Maar omdat het nou allemaal heel groot is ben ik ook aan het kijken, goh dit heeft die doelgroep nodig, maar net was het op de afdeling komt lang niet alles naar voren, of kunnen we lang niet alles bieden wat hier staat, dus dan ben ik ook een beetje aan het zoeken, wat kunnen we op de afdeling wel bieden dan.
5	Jaja
14	En hebben we het dan alleen over beschermende maatregelen of hebben we het dan wel over dagbesteding, over behandelen, over therapieën volgen
1	Ja, volgens mij wel
11	Dat doen we nu ook wel
5	Wat daar staat dat heeft de doelgroep ook allemaal nodig, alleen zijn niet allemaal van toepassing op onze afdeling. In het traject als het goed gaat komen ze dat allemaal wel tegen. Maar dat is, och ja mijn vraag niet eens zozeer, maar houden wij het op onze afdeling of houden wij het bij de doelgroep in de breedste zin van het woord
4	Nou ja goed, als ik zo die woorden aan het lezen ben, kan ik er toch maar weinig uithalen die niet zouden kunnen bij ons op de afdeling. Waar heb je het dan, ik zou niet weten wat het dan is
1	En uitstapjes ga je ook wel ooit doen, want je gaat iemand ooit belonen voor zijn goede gedrag
4	Als het goed is wel
11	Dan is het niet in de groep, maar wel individueel
1	En het zelfde is met bijvoorbeeld wel zo'n IPS, als iemand geen doelen ziet in zijn leven, maar bijvoorbeeld wel grote termijndoelen ziet, dan kun je wel met IPS gaan kijken van hé, wat is dan dat grote termijndoel en hoe haalbaar is dat en wat heb je daar dan voor nodig. Dan kun je ook weer met doelvaardigheid gaan kijken van ja goh, hoe ga je dit weer verder aanpakken
2	Had ik hier overigens dat contingency management, bij de eerste of bij deze ook al
12	Bij de eerste
2	Want dat is iets waarvan ik denk, dat financieel belonen van mensen dat lijkt in ieder geval bij zo'n hele moeilijke groep wel te werken. Je zult je kunnen voorstellen dat je daarmee iets in beweging

	brengt. Ja, of het haalbaar is, maar in ieder geval het blijkt dat
11	Ja, beloningssysteem
2	Maar goed, dat heet dan contingency management, dat is een soort variant van token economie en dat komt keer op keer bij de dubbele diagnose literatuur terug van ja, dat heeft dan wel effect en je zou je daar op zo'n afdeling iets bij kunnen voorstellen
7	Maar dat idee hadden we toch al geopperd? Net zoals frikadellen 's avonds een keer, of zoiets weet ik veel wat, nee maar geld, geld is toch bijna niet haalbaar.
2	Ja maar niet zeggen niet haalbaar. Eerst ideeën en dan komt daarna wel... Iemand die daar een jaar lang is, moet je eens kijken hoeveel geld dat oplevert. Dus je moet, Liberman deed ook...je kunt betalen als mensen een depot gaan halen, je kan weet ik wat. Ik bedoel je moet gewoon out of the box maar eens denken en dan..
13	Vaak wordt dat ook inderdaad in plaats van geld, want dat neigt weer naar gebruik, bioscoopbonnen en dat soort dingetjes. Dus een zelfde token economy eigenlijk
2 11	Ja,ja
2	Ik kan me op zo'n afdeling echt voorstellen dat je daarmee..bonnen voor het Brabants museum..
1	Zou kunnen
7	Wat zullen ze er zin in hebben in een keer
	Wat rumoer
14	Ik hoor 4 net zeggen, heel veel van die dingen kunnen we wel gebruiken op onze afdeling, of dat is wel relevant voor onze afdeling
4	Het is maar net hoe je ernaar kijkt. Als het over werken gaat, het praktisch werken, daar kun je op dat moment niets mee, maar het onderwerp werken, daar kan je het natuurlijk met de cliënt wel over hebben. Dus ja, wat houdt werk in. Die training die op een gesloten therapie of therapieën bij ons of zelfs, ja goed, je moet daar ook wel creatief in zijn zelf. Kijk zo'n G-J die zegt ik heb zelf vroeger ramen gewassen, ja je zou haast kunnen zeggen waarom zou hij niet op afdelingen ramen kunnen gaan wassen voor een werkpost zodat hij a beloond wordt omdat hij dat doet en omdat hij aangeeft dat vind ik een leuke bezigheid. Waarom zou je dat niet kunnen creëren. En of hij nou wel komt of niet, dat maakt toch niet uit. Die ramen worden anders toch eens in de zoveel tijd gedaan en laat hem er dan maar mee bezig zijn.
1	En bijvoorbeeld als hij niet komt, dan kun je ook weer met hem gaan bespreken van je hebt een doel om te gaan werken, maar je kunt niet je afspraken nakomen. Je kunt niet iedere morgen om half 9 daar zijn, zoals je afgesproken hebt.
4	En je zou wel in een veilige omgeving dingen kunnen creëren
1	Ja,ja
11	Je kunt altijd trainen, ja
4	Kijk en nou is het ook dat als je het over houtbewerking hebt, dan kan hij daar wel heen en zijn doel is eigenlijk ik wil een kast voor mijn eigen kunnen maken. En hij stopt ermee want ja, diegene die mij daar begeleid heeft er geen tijd voor, die heeft allerlei klussen van buitenaf en daar moet ik mee helpen, maar die leert mij niet hoe ik een stuk hout moet aftekenen en dat dat uiteindelijk een kast wordt. Dus ja, dan snap ik dat je daar uiteindelijk niet meer heen gaat. Als hij zegt, ja ik wil bij een timmerman gaan werken, dan zal je toch met cursussen of certificaten moeten gaan werken. Nou een certificaat dat hij op tijd kan komen en dat hij de werkplaats schoon kan houden. Als dan een timmerman zegt, zo iemand heb ik nodig, die alleen mijn werkplaats schoonhoudt, maar hij moet wel op tijd komen. Maar nu is therapie, als ze wat te doen hebben voor je is het leuk, maar je mag er ook koffie gaan drinken en daar zit verder totaal geen doel aan vast.
11	nee
5	Dan moet therapie eigenlijk ook een royaler aanbod hebben
1	Eigenlijk zeggen we het al, we hebben therapie nodig en geen dagbesteding
11	Ja precies
4	Nu is het een dagbesteding
1	Nu is het een tijdsvulling
4	Geen therapie of in ieder geval scholing is het niet. Het is niet van ja...
1	Er wordt ook niet aan een doel gewerkt
4	Als je het over werken hebt, dan is het eerste wat je leert opstaan en op tijd komen. Dat zijn de eerste vaardigheden. En daarna is het je werktijd, veilig werkt of..
11	Het begint te veranderen. Net als op de tuintherapie, zijn er mensen aan het werk die aan het voorbereiden zijn op de WSW indicatie he. Daar moet je dit laten zien om dadelijk een WSW indicatie te krijgen of daar naar toe te werken, IBN. De omslag begint te veranderen, maar ik ben het met je eens zo'n hout houtbewerking, potverdorie, er tegenaan. Die jongen een kast maken, wat heb je daarvoor nodig.
4	Maar als het over belonen gaat
1	Maar het begint eraan, er is nog geen enkele terugkoppeling. Ik kan het nog helemaal niet linken als

	een evaluatie aan een behandelplan. Alles wat ze ook op de tuin doen kan ik nog helemaal niet linken. Als wij als doel hebben WSW indicatie dan krijg ik geen lijstje van hier voldoet iemand aan en daar niet, dus het is allemaal nog niet gericht op behandeling
4	De client heeft een doel, de beloning is ik heb een kast voor m'n eigen gemaakt en die kast kan ik gebruiken. Vervolgens zegt hij tegen mij, ja dan wil ik wel naar arbeid en educatie. Ja waarom wil je dan naar arbeid en educatie. Ja, omdat ik eigenlijk wel wil leren met computers om te gaan. Ik zeg dat ga je weer hetzelfde daar doen. En dan zit je daar dal;ijk een half jaar dingen te nieten en die computer die staat daar, ja daar mag ik niet achter, daar hebben ze geen tijd voor. Dus jou vraag is anders, jij wil leren met een computer om gaan. Ja dan moeten we kijken hoe je dat moet gaan doen. Maar niet, ik ben nietjes euh, ja meneer kan nieten. Het heeft geen doel en geen beloning. Het zelfde van je gaat naar therapie, dan kun je ook zeggen, alle therapie is een werkpost. Voor elke therapie die je volgt krijg je gewoon geld betaald. En niet bij de ene, als het koffie zetten is en het is een werkpost, krijg je wel geld, maar ik naar therapie ga krijg ik geen geld, terwijl ze de kasten en alles, die worden wel verkocht.
7	Maar hebben ze dan wel, andere GGZ instellingen in Nederland wel daadwerkelijk dat ze mensen met hout of weet ik aan de slag kunnen dat ze daadwerkelijk iets conservatiefs doen
4	In TBS klinieken het je gewoon hop, daar volgen ze therapie, productiewerk, maar daar krijg, in de gevangenis ook, daar kun je productiewerk doen maar daar krijg je dus extra zakgeld
7	Uiteindelijk moet dat dus ook gewoon rigoreus veranderen.
1	Ik had dat bij mijn vorige werk ook, in de VG. Maar die mensen moesten leren, dus die wilde leren om iets te gaan timmeren. Precies wat jij zei, leren te gaan timmeren. En dat begon dan, de ene kon niet omrekenen van centimeters naar meters bijvoorbeeld. Dus dat werd ze geleerd, en dan werd ze geleerd om wat af te tekenen. En dan werd ze geleerd te zagen en hoe gebruik de boor. En die dingen kregen zij allemaal geleerd. En dat was dan in het hout, maar zo gebeurde het in de metaal, in de tuin. Die mensen werd geleerd te gaan werken. Die doelgroep heeft dat ook nooit gedaan, maar dat heeft eigenlijk onze doelgroep ook niet, want de meeste zijn al vanaf zijn vijftiende aan het klooiën met vanalles.
2	Maar belangrijk is toch om naar te kijken, toch een pleidooi voor het service outcome schema, van wil je, wat wil je bereiken. Wil je iemand in het kader van een verrijkingsactiviteit of in het kader van rehabilitatie, dan gaat iemand aan het werk omdat iemand ooit timmerman wil worden, of noem maar op. Dus we moeten met elkaar veel duidelijker scherp proberen te krijgen wat is de uitkomst die je per client wil op die aspecten van het service outcome schema. En niet alles behandeling noemen, maar behandeling, en rehabilitatie verrijking
1	Maar wat ik bedoel straks is
4	Maar houtbewerking kan ook een bezigheid zijn, maar die man die gaat er heen met het doel ik wil een kast maken. En dat doel vind ik, moet hij wel kunnen behalen. Als ze tegen mij zeggen de dokter zegt ga maar drie rondjes fietsen, maar ik zou niet weten waarom ik dat zou moeten doen, denk ik, ja ik ga geen drie rondjes fietsen.
2	Nee maar goed alle mensen
1	Nee maar dat is wat ik straks zij, je maakt in je behandelplan maak je afspraken en in je behandelplan dat is niet alleen maar behandelen maar data staat alles ook alle uitkomsten van het service outcome schema staat in het behandelplan
2	Het gaat om het herstelondersteuningsplan
1	Ja en daar moet je dingen op kunnen bieden daar moet je je aandacht op vestigen
13	Gido wou wat zeggen
7	Ik weet al nie meer wa corol
13	Lacht
4	Zoals wij bij patient gedaan hebben zeggen van ik wil gewoon voor de structuur dat jij s ochtends bezig bent en wat dat is dat maakt me niet uit, we hebben hier therapieën maar je mag ook corvee doen of eh de huishoudelijke dienst mee helpen nou en hij is zelf gekomen van nou ik doe dan wel een beetje de koffie zetten en ik doe een keer
11	Ramen wassen
4	De klusjes van de huishoudelijke dienst
11	Ja ja
4	Van de huishoudelijke dienst die zegt van doe nou de vloeren maar een keer dweilen of nou van eh de ramen lappen maar dat past wel bij hem en het is niet zo van ja eh het maakt mij niet uit wat je doet al doe je heel de dag je kamer poetsen of de was of eh iets anders
1	Uit bed blijven
4	Of computer therapie of computerles als je maar iets doet dat je maar smorgens op staat en dat je denkt dat ga ik nu doen omdat en ik daar ook zelf voor gekozen heb
2	Maar verpleegkundige het is belangrijk om te kijken naar van toch van de vraag die erachter ligt, waarom wil je dat die die structuur heeft, wil je dat omdat ie anders aan weer drugs gaat gebruiken of

	dat ie psychotisch wordt
4	Nou
Allen	Rumoerig
11	Patient geeft ook aan dat
4	Na goed het heeft natuurlijk ook een hoop
2	Maar goed Dat dat dat dat is natuurlijk ook belangrijk om dat scherp te krijgen met elkaar, wat wil je nou bereiken met
4	Het is niet die bezigheid het is ook het zorgen voor weer voor rollen voor
2	Ja maar goed ja
4	Voor interesse voor afleiding van het niet gebruiken dus van eh
2	Dus belangrijk van dat service outcome schema, dat help tons om scherp te krijgen welke subdoelen je wil bereiken en als mensen en als je dat met elkaar kan afspreken dan zijn mensen veel meer gemotiveerd natuurlijk in plaats van dat je dat om allerlei redenen door elkaar doet, dat is het enige wat ik
7	Kijk we hadden het net over die patient, kijk bij die patient kan ik het me ook voorstellen die man die is tegen de 50 die man die zal misschien een zachte dood sterven maar die jonge gasten die dalijk binnen komen die hebben misschien wel iets zo van een cursus timmeren of weet ik veel wat
4	Ja maar bij die patient gaat het niet over dat die van eh
7	Nee dat weet ik
4	Dat die werk gaat doen maar weld at die ergens mee bezig is waar die voldoening in kan krijgen
11	Zeker weten
4	En als dat is van eh ik heb er plezier in om op afdelingen glazen te wassen of ramen te lappen ik heb aanspraak ik heb
11	Dan moet dat en mogelijkheid zijn
4	Ik kan daar een kopje koffie drinken ik krijg daar nog wa geld voor van nou
7	Nee da klopt maar het zou toch mooi zijn als die jonge gasten die dalijk kommen die echt jonge gasten zoals die patienten die 1 zijn dat die toch nog iets leren en dat van die houtbewerking dat is dan toch iets te vrijblijvend en een bietje te van speulen en schilderen
11	Ik weet van kinderen en jeugd hebben zee en trainingstraject ingegaan een scholing toen die afdeling bij lassen en bij metaalbewerking om een diploma om een lasdiploma te krijgen dus die omslag die is wel bezig eh maar het gaat moeizaam het gaat zomoeizaam
3	Een leerschool binnen padua is nog geen leerschool
11	He sorry
3	Binnen pauda hebben wij nog geen erkende leerschool
11	Nee nee nee maar krijgen ze wel een certificaat van tiglassen of zoeiets van eh ik weet niet hoe dat zoiets eh
6	Zegt iets onverstaanbaars
7	puntlassen
11	Maar het wordt steeds ja en werkposten ook moeizaam werkposten zo moeilijk
4	Geld zeker
10	Werk binnen te halen he
11	Nou we hebben het geprobeerd met de huishoudelijke diensten in de keuken in de restaurantmedewerking kun je zo mensen plaatsen
6	Ja ja
11	Maar zei zeggen dat willen wij niet of dat durven wij niet of wat dan ook we gaan continue doen doen doen maar we durven dat op een of andere manier niet wij hebben gezegd dat zijn patienten dat willen wij niet daar hebben wij niet voor geleerd patienten op de afdeling en wij doen ons werk er lijkt wel een soort dreiging dat ze hun baan verliezen of zo nee nee
1	Nee maar het stukje sociale ik snap daar ook wel een stukje van
7	Melkertbanen Melkertbanen
1	Maar ik snap daar ook wel een stukje van je vraagt niet om zo maar iemand te begeleiden wij vragen
11	Nee precies
1	Wij vragen om iemand iets te leren dus dat wil zeggen dat degene die iemand iets moet leren
11	Precies
1	Die moet wel weten van kan ik dat methodisch aanpakken wat zijn de stappen hoe leer ik iemand iets
11	Ja
1	Want je leert niet iemand iets door maar achter je aan te laten hobbelen
11	Ja
1	Je moet ook het idee hebben van ik kan ook iemand iets leren ik heb daar ook een methode achter
11	Maar er zijn daar harstikke mooie stukken van kijk het restaurant naar het personeel eh eh zo patient die wil graag schoonmaken die wil daarin verder groeien nou laat die jongen dan eens schoonmaken daar in de keuken of in de restaurant als iedereen heeft gegeten na de pause om half 2 laat die jongen

	maar stofzuigen of doen wat heb je nodig jongen wat ga je doen ik zou het zo willen maar ik word wel tegen gewerkt
7	Stofzuigen stofzuigen
Allen	Lachen
11	Om zo'n jongen dat te kunnen bieden he ik zeg niet ik zou heel graag een portefeuille willen hebben dat ik denk bij de receptie, bij de hoofdbouw bij of bij de keuken of bij de restaurant of bij een magazijn. Van god he ik heb pietje die wil graag stofzuigen die wil graag doen zo van wat heb je nodig hop asjeblieft pietje in training
4	Kijk een raamwasser wat heb je nodig een emmer sop een trekker en een goedkeuring bij iemand op de afdeling
11	Ik volg je op een afstand en hun werken
7	Het is toch GGZ Eindhoven heeft toch ook een restaurant wa eigenlijk
4	Of de vraag of ze dan goed of nie goed gewassen worden da maakt niet uit het gaat erom dat die dan bezig is
11	Waarom
10	De gebakken peer ja
7	Wa mensen zelf runnen
Allen	Rumoer
14	Ho Ho zullen we de discussie op één plek houden want anders kunnen we het niet bijhouden met typen
4	Hoezo we hebben toch twee camera's
7	Maar dat is dus iets wat mensen dus echt graag doen
2	Ja goed dat moet je van onze kant niet willen neerzetten
7	Nee maar het is wel beter dan een beetje in een kas te zitten vroeten
10	Jongens die in de groenvoorziening werken bijvoorbeeld, houtbewerking doen die zijn er heel serieus mee bezig vaak vinden ze het ook echt leuk. Maar het is ook wat jij zegt en dan refereer ik even naar Eindhoven het is vaak zo van ja we hebben geen werk, jullie hoeven niet te komen want we hebben geen werk dan kunnen ze wel een bakkie komen doen maar dan krijgen ze geen geld. Enerzijds heb je die beloning voor het geld da ze een paar euro bij kunnen verdienen
11	Ja precies
10	Da is misschien nog iets anders bij tbs gestelden dan bij deze eh
11	Maar dat kan ook met die dubbele
4	In Venray
11	Diagnostiek kan dat he want als jij graag iemand wil zijn in de maatschappij dan eh he want dat is ook een doel he zo van eh bewijs het eens op de afdeling, van de afdeling ga je naar de werkpost doe je het daar goed nou dan kijken we naar het vervolgtraject.
10	Maar ik denk dat euh
11	Harstikke mooi
10	Ook dat er iets veranderd is de laatste jaren. 15 jaar geleden hadden ze hier een stoofkeuken daar werkte volgens mij ook cliënten in mee maar dat wordt toch allemaal op de een of andere manier wegbezuinigd of daar is geen geld meer voor of geen dat is toch een beetje de tendens waar we vandaag de dag in leven
11	Ja dat is ook zo
10	Begin maar met de maaltijden door die jongens te laten maken
11	Wat denk je van de post hier intern rond brengen
10	Ja
11	Wat denk je daarvan of de plantsoenen
10	Blaadjes harken
11	Na Andre School heeft de plantsoen dienst al aardig, de mensen worden er niet voor betaald, maar de plantsoenendienst wordt onderhouden door Andre met zijn patiënten
10	Ja
11	Maar er is nog veel meer te halen, als je goed rondkijkt och er is zoveel te halen
10	Ja maar ook wat jij zegt met da poetsen gewoon meepoetsen op de afdeling
4	Maar goed dat is alleen
11	Laat ze eens frikandellen bakken
4	Dan hebben we het alleen nog maar over het terrein he maar waarom ook niet daarbuiten he
11	Ja
1	Iets met de Pandelaar
11	Ja ook maar ook
4	Ja Pandelaar, maar zijn er niet nog meer middelen die je nu niet hebt die, waar je wel naar toe kan werken
11	Gaan ze met een busje daar naartoe weet je wel hop een hele dag daar werken

4	En verder heb je gewoon een uitzendbureau voor eh
11	Een kinderboerderij in Uden
4	Voor euh cliënten, kan je zo naar toe zo ik zoek werk of ik wil iets doen. Nah dit hebben we je kan met de vuilnisman mee of je kan met dit mee
11	Ja bijvoorbeeld er zijn zoveel dingen
13	Lacht
14	Remi ik kom zo bij jou Remi
2	Nou, we hebben dubbele diagnose cliënten nou nodig en ik weet niet of hoop of klimaat van hoop
1	Ja die staat er op dat is een van jou eerste
2	Dat is zo belangrijk. Aan de ene kant heb je natuurlijk het verhaal van het is moeilijk en weet ik wat en hopeloos en weet ik wat maar dat er iets is van medewerkers die zeggen van god joh niet irrationele verwachtingen maar als je de koppen bij elkaar steekt wellicht wat meer te doen en dat is zo ontzettend belangrijk
9	Ik denk dat het daarmee valt of staat
2	Naja als je met alles
9	Als dat er niet is dan houdt het op
2	Het is niks het wordt niks het zal nooit wat
9	Ja
2	Dat is wat anders dan het is moeilijk maar ok dat wou ik
14	Een soort van vertrouwen uitstralen zit er in verweven
2	Er is iets van hoop ja ja ja
13	Zegt iets onverstaanbaars
7	Het zou mooi zijn als die gasten zoals vroeger met een busje worden opgehaald en dan bij de tuinder op de hoek aan het werk gaan
6	Ja das kei leuk ja
11	Maar dan krijg je het geouwehoer van het busje is bezet een maand van tevoren reserveren het is altijd weer wat en dat vind ik zo vervelend
10	Er zijn vooral veel minder financiële middelen denk k
11	Ja dat is het probleem
10	Of ja het kost allemaal geld om het aan de gang te houden en dat is er gewoon op het moment nie meer
11	Nee en dat is zo jammer
3	Maar we moeten ons niet beperken in ons denken hierdoor he zo van
1	Ja je kunt ook zeggen we fietsen met twee tegelijk op de fiets naar de tuinder
3	Ja of zoiets
10	Ja nee ok dat is maar net hoe creatief je bent
Allen	Rumoeurig en praten wat door elkaar
7	Wat zei je 1
1	Nee nee maar als ze allemaal van de afdeling zijn kun je best mee op de fiets van de afdeling
4	We kunnen toch een leerling mee laten gaan
11	Kunnen we van het ontspanningsbudget niet een mooie auto ofzo halen of iets
1	Anders breng je ze met het busje naar de tuinder als we ze allemaal moeten inladen kunnen we ook net zo goed met de fiets als we toch alle cliënten meenemen
4	Dat is wel zo kijk
1	Het is niet altijd zo dat
7	Dat zeggen ze degen de verpleging ook zo van kun je niet met de fiets komen
2	Dus ze hebben at focussy nodig denk ik dan
1	Ja jij wel
12	Hoe
2	At focussy heet dat dan nee maar mensen pleiten voor voorzieningen voor deze mensen
3	Maar dat roepen we al zo lang en
2	In plaats van zeggen met zijn allen er komt niks er met zijn allen voor pleiten, at focussy dus dat er voor hen gepleit wordt denk k
11	Er komt maar niks he. Ook met die werkposten he ze zeggeen zo van er komen wel werkposten en altijd die werkposten maar niks he gewoon niks he. Je krijgt gewoon niets van de grond
7	Nee er komt maar niks
2	ze hebben ook mensen nodig denk ik die altijd in hun herstelproces
1	Nee maar het is ook nog steeds zo dat heel de therapie niet past of aansluit bij de behandeling
11	Nee
13	Zullen we het even central houden
4	Vroeger deden we het ook maar dan moet je dus 1 of 2 kunnen en moet je met zijn allen naar therapie toe

13	Even central houden
2	Nee maar ga je gang
4	Nee nee
2	Nee ik wil je niet in de redder vallen als collega van de M en M commissie
Allen	Lachen
4	Nee kijk maar vroeger zag je dat wel op opname in ieder geval op 1b daar zag je heel de afdeling ging gewoon naar het AC toe
11	Naar het AC toe ja
4	Wel 1 verpleegkundige ging mee ja goed dat gign gook want op de afdeling bleven er drie die niet uit bed konden komen die bleven over en de rest die ging daar gewoon naar toe
11	Ja
4	En daar werd wel gewoon goed, ook niet altijd maar ze gingen er in ieder geval wel heen en nu is het zo dat kan niet en ja goed he je moet daar heen
11	Dat kan niet, dat mag niet of dat wil ik niet
4	Wij kunnen nu zelf ook haast niet meer de begeleiding bieden terwijl je dat misschien wel graag zou willen zo van nou ik neem wel die groep mee
5	Maar in die nieuwe opzet gaat dat misschien dalijk ook beter met die gesloten therapie
11	Ja ja
4	Ja je hebt daar wel
5	Als je overdag met 5 mensen bent dat er dan ook 1 daar is van de therapie maar dat er ook 1 van ons daar als begeleiding kan zijn en dan daar de begeleiding kan bieden
4	Nou begeleiding is niet zo verkeerd denk ik nou laat je het over aan een ander en je ziet eigenlijk niet wat die zorgvraag eigenlijk nodig heeft of wat je daarin bij kan sturen die ervaring die wij hebben die hebben ze natuurlijk niet op de AB of dat weten ze niet of op een andere manier
11	Ja op een andere manier
1	De connectie naar je doelen is weg op het moment dat de patient van de afdeling is
4	Ja dan weet je niet meer
1	Ook wat zijn eigen doelen zijn dat is dan allemaal weg op het moment dat die de afdeling verlaat
2	Maar daarom bij herstelprocessen blijkt altijd dat mensen het is goed gegaan het is goed gegaan er is altijd iemand die in mij geloofde iemand die er altijd voor mij was, iemand die de rode draad vast hield dus als je zegt van wat hebben dubbele diagnose cliënten nodig dan zeg ik iemand die er altijd voor hen is op de lange termijn, die in ze blijft geloven die hoop uitstraalt die er is in de rotte tijden en noem maar op, bijvoorbeeld een casemanager
11	Ja
2	Bijvoorbeeld een casemanager het kan of hoe noem je het ja je vraagt wat hebben ze nodig ja dan zeg ik iemand die in ze gelooft
14	Ja goed wat ik eigenlijk wel leuk vind om te zien is dat euh in de eerste sessie ging het heel veel negatieve dingen kwamen naar voren waar denk je aan bij de doelgroep dubbele diagnostiek dan komt er heel veel negatieve dingen naar boven en hier zie ik gewoon echt ook heel veel mogelijkheden euh wat hier allemaal op het bord staat ja
1	Maar is dat ook niet de switch die we op de vloer gemaakt hebben, als je puur kijkt naar de afgelopen tijd. 3 gaf straks al aan van er was veel machteloosheid en veel onmacht inderdaad maar nu we met elkaar gezien hebben gezegd hebben van dit is wat we in huis hebben de dubbele diagnostiek cliënten dit is, we gaan er iets mee doen is het toch ook ja ik weet niet hoe of jullie dat delen heb ik het gevoel dat de energie ook weer bij jullie terug is en in staat is om er iets mee te gaan doen en euh
4	Ja het is wel een uitdaging natuurlijk
1	Ja dat iedereen daar een uitdaging in ziet en niet zomaar zegt van daar hebben we weer zo'n drugsgebruiker en wat moeten we daarmee een beetje dat dat ervan af is ik weet niet of jullie dat herkennen maar ja wij hadden met die ander
7	Ja goed dat moet nog blijken dan he
1	Jawel maar iedereen heeft
11	De motivatie is nu aanwezig
7	Ja euh
1	Ja iedereen heeft nu wel het idee zo van dit geeft wel energie
7	Nee dat bedoel ik ook zo niet maar ik denk dan ook praktisch zo van wij krijgen allemaal bestellingen binnen en ik denk dat ook van met die gasten moeten we gewoon boodschappen gaan doen daar begint het ook gewoon mee een beetje de waarden van de dag leveren en wat er allemaal nodig is en
1	Ja
7	Zo van er zit zoveel nog aan vast
11	Met zijn allen op de fiets naar Boekel en kom op inladen en weer terug
7	Bij wijze van spreken wel ja

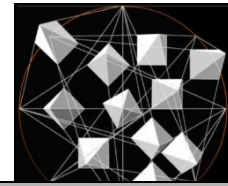
4	Ja goed daar begint het al he hop met zijn allen op de fiets
7	Ja direct komen we alleen terug haha
11	AB mee en de verpleging mee
Allen	Praat wat door elkaar
2	In ieder geval zijn we als team van de pre-contemplatie fase in de contemplatiefase gekomen
4	Ahhh
14	Na als we het dan eens over de cirkel van proshaska en diclemente hebben
2	Dat geldt voor ons allemaal
11	Maar het is
5	Dus jij fietst wel met iedereen naar Boekel
11	Jai k fiets wel met die gasten naar boekel met een verpleegkundige wel haha
1	Neem je ze ook allemaal mee terug
11	Jaaaaa met het busje misschien wel ja
4	Naja waar hebben we het dan ook over met de fiets allemaal naar Boekel dan hebben we het over de doelgroep van ja eh voordat ze bij ons op de fiets naar Boekel kunnen
11	Jajaja
7	Nee da klopt goed maar goed dat hoort er wel bij dat hoort wel bij het normale leven denk ik dan
11	Precies trainen naar buiten wat heb je nodig
4	Jawel natuurlijk
5	De doelgroep ansich dat is denk ik niet meer bij ons
7	Nee goed dat is niet train ze in 1 dag maar
6	Nee maar trainen naar buiten is al veel verder weg ik denk dat je al veel korter bij kan beginnen je eigen was doen
4	Ja daar gaat het om
1	Ja
6	Je eigen financiën regelen je eigen kamer doen je eten verzorgen
4	Komen eten gewoon drie keer per dag
1	Eerst de basis
5	Maslof
6	Dat ben je verleerd als je verslaafd bent
11	Een gezonde levensstijl dat is gewoon al heel moeilijk
1	Licht
2	Of dat is de rolverdeling thuis dat kan natuurlijk ook he licht
9	In Venray was wel de ervaring van intensief 1 dan he die zitten echt op de vierkante meter te werken en zodra mensen ook echt een werkpost konden hebben dan zaten ze al meteen op intensief 2
1	Ja dat is ook dan passen ze niet meer
9	Ik denk dat ze dan al verder zijn ik denk dat we al heel ver zijn als we de doelstelling dicht bij huis houden
4	Ik denk weld at dat heel belangrijk is dat je dat nu voor ogen hebt dat je anders veel te hoge verwachtingen hebt kijk dat je bij on seen vrijheden programma en een kamerprogramma hebt waar ze in kunnen blijven zitten en dat je blij moet zijn als ze dat vol kunnen houden
9	Juist daar zit het hem in
4	Ja en dat zie je nou al kijk de mensen die we nu hier hebben die kunnen het al niet volhouden
11	Nee vroeger hadden we ook een therapie kamerverzorging met zijn allen kamerverzorging doen dat kun je ook gewoon doen
9	Maar dan ben je al heel ver
11	Zoiets simpels maar voor hun zo moeilijk en zo beladen ga daar eens in kijken wat kun je daar in betekenen de afdelingsverzorging
3	Ja dan zie je het heel praktisch he
4	Ja en de dagelijkse dingen op de afdeling dat kan natuurlijk ook he gewoon het meehelpen op de afdeling dat je meehelpt met het brood en euh
11	Ja dat bedoel ik he een beetje de corveetaken
7	Ja het lijkt mij wel heel erg leuk om te doen zeg maar he lekker met die mannen koken enzo en een keer gewoon leuke dingen doen inkopen
4	Etenslijsten invullen
1	En een boodschappenlijstje maken voor wat de mensen moeten gaan halen he dat is al moeilijk
Allen	Praten wat rumoerig door elkaar
7	Waar is de camera dat waren wij dat waren wij
6	Licht hard
Allen	Lachen hard
7	Was haar idée was haar idée
11	Ja euh ja wat kijk dat trainen daar zit het hem in

7	Ja dat vind ik wel leuk om te doen
11	De kamer de adl het gewoon de normaalste dingen van de dag
7	Ja dat was vroeger ook dat je met zijn allen ging koken en dan uiteindelijk stond je alleen te koken
Allen	Lachen
11	Maak mensen belangrijk
7	Nog alles door de w.c. kunnen gooien nee jij doet dat niet goed nee kom hier
14	Na gezien de tijd en omdat 11al zo moet gaan
4	Oh dan had ik een kwartier eerder
6	Na hoe ga je dit nu verder uitwerken of hoe ga je dat doen horen wij hier ook nog iets van
14	Nou euhm wat wij hier in ieder geval mee gaan doen met het eerste stuk in ieder geval wat is de huidige situatie in het team van Princepeel 1 we moeten dan beschrijven wat is de huidige situatie en wat is de wenselijke situatie dat tweede stuk dat zal ook een deel worden van de wenselijke situatie buiten de inbreng van die we nu allemaal van jullie hebben gekregen zal er natuurlijk een literatuuronderzoek een literatuurstudie plaatsvinden dus we gaan in de literatuur duiken zo van wat zeggen deskundigen erover en wat zeggen anderen hierover
1	Sonja Bellen
3	Haha Sonja Bellen
14	Ja ik heb die wel eens gemailld maar die werkt niet zo
1	Oh maar dan moet je dat onder mijn naam doen behandelaar dan mailt ze terug
14	Oh oke dat zal ik doen euhm dus we gaan ook met cliënten hierover spreken wat vinden cliënten nu belangrijk en wat hebben die nodig voor een goede behandeling bij ons. En euh we gaan op andere klinieken kijken van goh hoe gebeurt het daar en waarom gebeurt het daar zo en dan hopen wij tot een plan te komen zo van goh dit moeten wij als p1 en p2 aan kunnen bieden aan patiënten en daaruit gaan wij dan weer een specifiek onderdeel uitwerken voor het eindproduct van ons
9	Andere klinieken ook van buiten de GGZ Oost-Brabant
14	Ja dat is wel de bedoeling ja
9	Dat is wel fijn ja
1	Heb je dat lijstje nog dat van Sonja
14	In mijn hoofd, de LooDDs ergens in Noord-Holland iets, de GGZe daar had ze het over
3	De schuur heette dat ding of
14	De Loodds
1	Parnassia of nie
14	De Loodds met dubbel d. Ja ik vond het erg prettig een hele hoop informatieve gekregen met name op het laatst naar mijn idee een goede discussie waar wij in ieder geval wel mee verder kunnen
1	Ja dank je wel
14	Ik weet niet of verder nog iemand vragen hebben in ieder geval 2 denk ik wel
2	Na ik moet zeggen ik heb geen vraag geen vraag maar ik vond het wel een hele leuke opzet, complimenten echt een zonder Sonja teveel
14	Complimenten daar maken we tijd voor
2	Nee maar ik vind het een hele leuke manier van doen en hartstikke goed dat jullie als discipline dit zo doen
1	Als leerlingen
2	Nee maar hartstikke goed dat jullie dit zo doen en als jullie dit zo doen moeten
Allen	Lachen
14	Wij doen dit met heel veel plezier
2	En toch nog een pleidooi voor een Ton Verspoor of dat soort van mensen
5	Ik heb het telefoonnummer nog liggen
2	Je hebt wel het telefoonnummer die hebben we al eens gehad op Eikenheuvel 3/4 een ervaringsdeskundige
14	Dat is tevens een uitnodiging voor jou 2 voor als we ergens op vast lopen dan kunnen we even bij jou aankloppen om
2	Nou ja
1	Dan schrijf je onze eindpresentatie ons eindproduct
Allen	Lachen
2	Iedereen heeft er mee te maken en niemand heeft de oplossing in de hand en het is hartstikke leuk om zo bezig te zijn en ik zie op een gegeven moment dat je door hier met zijn allen mee bezig te zijn dat iedereen voorover gaat zitten en zo van verrek
14	Dat vond ik ook wel leuk om te zien zo inderdaad ik had jammer genoeg de pech dat ik niet mee mocht doen dat vond ik jammer
1	Ohhh
11	Was dat moeilijk voor je
5	Gaan jullie ook naar NOVADIC

14	Gaan wij ook naar NOVADIC dat staat nog niet op de planning euhm dat staat wel op de planning hoor ik net
5	Ja want dat zal nooit heel scherp liggen maar goed misschien krijg je wel een beeld zo van he waar liggen grofweg de scheidslijn van goh wanneer is het nou de psychiatrie en wanneer is het nou verslaving waar ligt grofweg de scheidslijn wanneer staat wat meer op de voorgrond
1	Ze hebben dat heel mooi uitgeschreven in hun doelgroep en dan kom je bij die stadia van die
2	Prochaska en Diclemente
1	Nee Minckoff
2	Ow de 4 kwadranten van Minkoff
1	Die 4 kwadranten dat hebben ze heel mooi uitgeschreven welke hun willen en welke niet
3	In ons gesprek met Sonja hebben we eigenlijk meer gekeken van goh we hebben een doelgroep en meestal mensen met een machtiging die hier zitten en hoe krijg je deze mensen gemotiveerd en daarom ook inderdaad de looDDs en dat
6	En wat is dan het verschil tussen dubbele diagnostiek van NOVADIC en de dubbele diagnostiek die wij dan gaan doen
1	Je zit in ieder geval in het verschil in de fase van Prochaska en Diclemente
2	Nee het zijn die kwadranten he
1	Nee en nu wilde ik naar die fasen die Prochaska en Diclemente hebben toch die fasen van de overweging en daar iets aan te gaan doen en gemotiveerd zijn en NOVADIC gaat ervan uit dat er een bepaalde fase van motivatie is en onze clients zitten daar nog onder die moeten nog naar de motivatie toe
6	Ja ja
1	En daar zit hem het grote verschil
14	De vooroverweging
5	De scheidslijn zit hem niet zo sterk dan in de verslaving of de psychiatrie
1	Het zit hem in die twee he ze kijken of naar de motivatie of ze kijken naar die euh die kwadranten en die kwadranten die zijn ja jij kent ze misschien beter dan ik
2	Ja je hebt die vierhoek he maar misschien moet ik dat even op het bord uitzetten
14	Ja zet maar eventjes uit 12 he
6	Neemt voorbeeld client
2	Meneer Minckoff is een internationale bekendheid hierop
14 en 2	Tekenen op het bord en hebben het over de kwadrant invullig, verslaving laag en psychiatrie hoog, verslaving hoog psychiatrie laag, verslaving hoog psychiatrie hoog en verslaving laag en psychiatrie hoog
1	Lukt het
Allen	Wat rumoerig
2	Kijk je hebt deze vier van dubbele diagnose je hebt mensen met een beetje verslaving en een beetje psychiatrie
14	Hoog hoog
2	Euhm ik bedoel allebei hoog die bijvoorbeeld de mensen die bij ons zitten die continue aan de drugs zitten heroine cocaine die bij ons zitten dus de hoog verslaving en hoog psychiatrie en dan heb je mensen met hoge verslaving en mindere psychiatrie dat zijn mensen die eerder bij NOVADIC zitten dus de mensen met depressieve met angststoornissen die waarbij de verslaving voorop staat, dan heb je mensen met euh de klein beetje verslaving en de hoge psychiatrie dat zijn de chronisch verslaafden die ook cannabis gebruiken die zitten bij ons dus deze mensen zitten bij ons en deze mensen zitten bij ons en dan heb je mensen met een klein beetje verslaving en een klein beetje psychiatrie die zitten bij
14	1 en 3 nummer 2
1	Deze zitten bij ons
2	Ow sorry ja sorry
1	Ja ja ja ja
2	Deze zitten bij ons en deze denk ik eerder in NOVADIC en deze
1	Die zitten op straat
2	Deze dat ben ik dan eerder of jullie met een beetje persoonlijkheid en
Allen	Rumoerig
2	Maar dus het is allemaal dubbele diagnose maar het is wel belangrijk
6	Zegt iets onverstaanbaars
2	Dus grote verslaving grote psychiatrie en grote psychiatrie en klein beetje verslaving dat zijn onze doelgroepen
1	Ja
2	En de regionale centra die hebben waarschijnlijk die andere ook deze mensen en deze
3	Maar dat onderscheid dat willen we wel hebben want anders ga je een heleboel het..
1	Hetzelfde doen

6	Concurrentie heb je anders he ook nog eens
14	Na prima wij kunnen jullie in ieder geval hartelijk danken
Allen	Graag gedaan
6	Is dat je zeilboot 12
12	Ja dat is die wel alleen 1 van de deze is niet van mij
7	Zou die willen
3	Zou die willen haha

Bijlage 3: SWOT Analyse



SWOT-analyse

Verbetertraject Langdurig Perspectief

Dubbele diagnose

Instructie

Het is de bedoeling dat u vóór het eerste werkbezoek de richting heeft bepaald voor het verbetertraject: welke thema's gaat u aanpakken? Om een gefundeerde keuze te maken, kunt u overwegen een SWOT-analyse uit te voeren met het voltallige (verbeter)team.

SWOT staat voor Strengths (sterkte punten), Weaknesses (zwakke punten), Opportunities (kansen) en Threats (bedreigingen). In een SWOT-analyse of sterkte-zwakke analyse worden de sterke en zwakke punten tegenover elkaar gezet. Zie de matrix op pagina 2.

De zwakke punten liggen in principe in eigen hand, de bedreigingen zijn meestal extern. Waar mogelijk worden verbanden gelegd. Om de kansen te benutten maakt u gebruik van de sterke punten. Ook gaat u na hoe de zwakke punten verbeterd of gecompenseerd zouden kunnen worden.

LET OP: u richt zich hierbij alleen op sterktes, zwaktes, kansen en bedreigingen die effect hebben op de zorg aan uw cliënten. Bijvoorbeeld: uw organisatie is sterk in zorgvuldige medicatieverstrekking. Om op ideeën te komen, kunt u gebruik maken van de lijst op pagina 3.

U kunt als volgt te werk gaan:

Neem de matrix van pagina 2 over op een flip-over.

Voer de SWOT-analyse uit in het (verbeter)team. Ieder schrijft zijn/ haar ideeën over de sterke en zwakke punten, kansen en bedreigingen van de afdeling of organisatie op post-it geeltjes en plakt deze in de matrix op de flip-over.

Na een plenaire discussie maakt de projectleider de definitieve versie en wordt het thema van het verbetertraject gekozen.

Sterke punten <i>Wat doen we goed?</i> <i>Wat zien anderen als onze sterke kanten?</i> ✚ affiniteit met doelgroep ✚ ervaringskennis bij hulpverleners ✚ trots bij hulpverleners ✚ klimaat herstel (bereidheid) ✚ bunthorst ✚ eigen mening hulpverleners	Zwaktes <i>Wat kan verbeterd worden?</i> <i>Wat zullen anderen als zwakke punten zien?</i> ✚ isolatie van netwerk (buiten) P1/2 ✚ weinig specifieke verslaving knowhow ✚ programma aanbod ✚ aanbod perspectieven aan cliënten ✚ wachtlijst in conflict met doelgroep ✚ onvermogen te handelen bij hulpverleners ✚ voorzieningen ✚ ontbreken van methodiek ✚ visie niet doorleefd
Kansen <i>Welke kansen doen zich voor?</i> <i>Hoe kunnen we gebruik maken van de sterke punten?</i> ✚ aanhaken FACT ✚ samenwerken Novadic ✚ samenwerking Trimbos instituut ✚ veel vraag naar opnames ✚ resultaten afstudeerproject implementeren	Bedreigingen <i>Welke belemmeringen zijn er om te verbeteren?</i> <i>Welke tegenwerking kunnen we verwachten?</i> <i>Zijn we deskundig genoeg?</i> ✚ bunthorst ✚ gebrek aan uitstroom ✚ medewerking van cliënten ✚ visie drugsgebruik Nederland ✚ financiën / bureaucratie / regelgeving ✚ sterke mening hulpverleners

Aandachtspunten t.b.v. SWOT-analyse

Deze lijst is bedoeld als inspiratiebron voor het invullen van de SWOT. De hieronder geformuleerde aandachtspunten zijn gerelateerd aan de thema's herstel en sociale participatie. In het verbeterproject *Langdurig Perspectief* hoeft u zich niet tot deze thema's te beperken, mits uitwerking van de gekozen thema's van invloed is op de kwaliteit van leven van cliënten.

Thema's (gerelateerd aan dubbele diagnose en herstel)	Voorbeelden van aandachtspunten
Visie op dubbele diagnose	aanwezigheid visie op verslaving bij psychiatrische cliënten bekendheid met de visie bij alle teamleden in de praktijk brengen van de visie
Cliëntenparticipatie en regisseursschap	aan cliënten vragen wat hun wensen en behoeften zijn t.a.v. woonomgeving, persoonlijk leven en dagbesteding in de zorgverlening tegemoet komen aan deze wensen wensen van de cliënt opnemen in behandelplan herstelgericht formuleren van behandelplannen cliënten stimuleren in de regie over hun eigen leven
Sociale contacten	oog voor bestaande of 'oude' sociaal netwerk van de cliënt oog voor eenzaamheid onder cliënten faciliteren en stimuleren van lotgenotencontact inspanningen om wensen en behoeften van cliënt op gebied van sociale relaties te leren kennen mate waarin behandeldoelen zijn gericht op sociale participatie ondersteuning bij realiseren van wensen op gebied van sociale relaties versterking van sociale vaardigheden
Maatschappelijke integratie	aanbod van diensten gericht op maatschappelijke integratie (bv. werktrajecten) cliënten stimuleren tot deelname aan maatschappelijke activiteiten en diensten met cliënten zoeken naar activiteiten die aansluiten bij hun interesse
Cultuur en attitude	bereidheid tot verandering in team attitude verandering over beoordelen van gebruik door cliënten en rol van het team daarin voldoende coaching of intervisie sturing vanuit management gericht op herstel en dubbele diagnose behandeling
Kennis en deskundigheid	kennis over verslaving kennis over interactie tussen psychiatrie en verslaving vaardigheden m.b.t. het misbruik of de verslaving van cliënten. kennis over interactie tussen psychiatrie en verslaving onder de cliënten zelf activiteiten faciliteren voor cliënten op gebied van dubbele diagnose (bv. lotgenotencontact, overwegingsgroepen en inzet ervaringsdeskundigheid). motiverende gespreksvoering
Inhoud geïntegreerd behandelen	welke onderdelen zijn aanwezig, welke niet, waar ligt behoefte van het team: Geïntegreerde verslavingsspecialist Fasegerichte behandeling Motiverende gespreksvoering Verslavingsbehandeling Groepsbehandeling Familiebegeleiding Farmacologische behandeling Geïntegreerde behandelplannen Zelfhulpgroepen
Continuïteit van zorg	terugvalpreventie geïntegreerde ontslagplannen geïntegreerde behandelplannen samenwerkingsafspraken met ketenpartners samenwerkingsafspraken binnen de instelling

Bijlage 4: Overzicht onderzoeks resultaten

§ B.4.1 Groepsinterview

Het Groepsinterview is gehouden in het multidisciplinair team van afdeling P1. Hierbij zijn alle verpleegkundigen met aandachtsgebied P1 aanwezig, de behandelend psychiater, de behandelend psycholoog, de teamleider en de activiteitenbegeleider aanwezig. Er zijn geen afwezigen.

De opzet is gemaakt in een hoefijzer vorm zodat twee in de hoek geplaatste camera's een overzicht hebben om al hetgeen wat gezegd wordt op te kunnen nemen en ook te visualiseren hoe de non-verbale interactie in het team plaatsvindt. In het midden van de U-vorm is tevens nog een dictafoon geplaatst om alle geluiden op te kunnen nemen.

Alvorens de start van het interview is er een e-mail gestuurd naar de deelnemers met de volgende vraag: “Waar denken de deelnemers aan bij dubbele diagnose”. Deze vraag is gestuurd om de deelnemers aan het denken te zetten over de doelgroep zodat direct bij aanvang van het interview de interactie op gang kan komen.

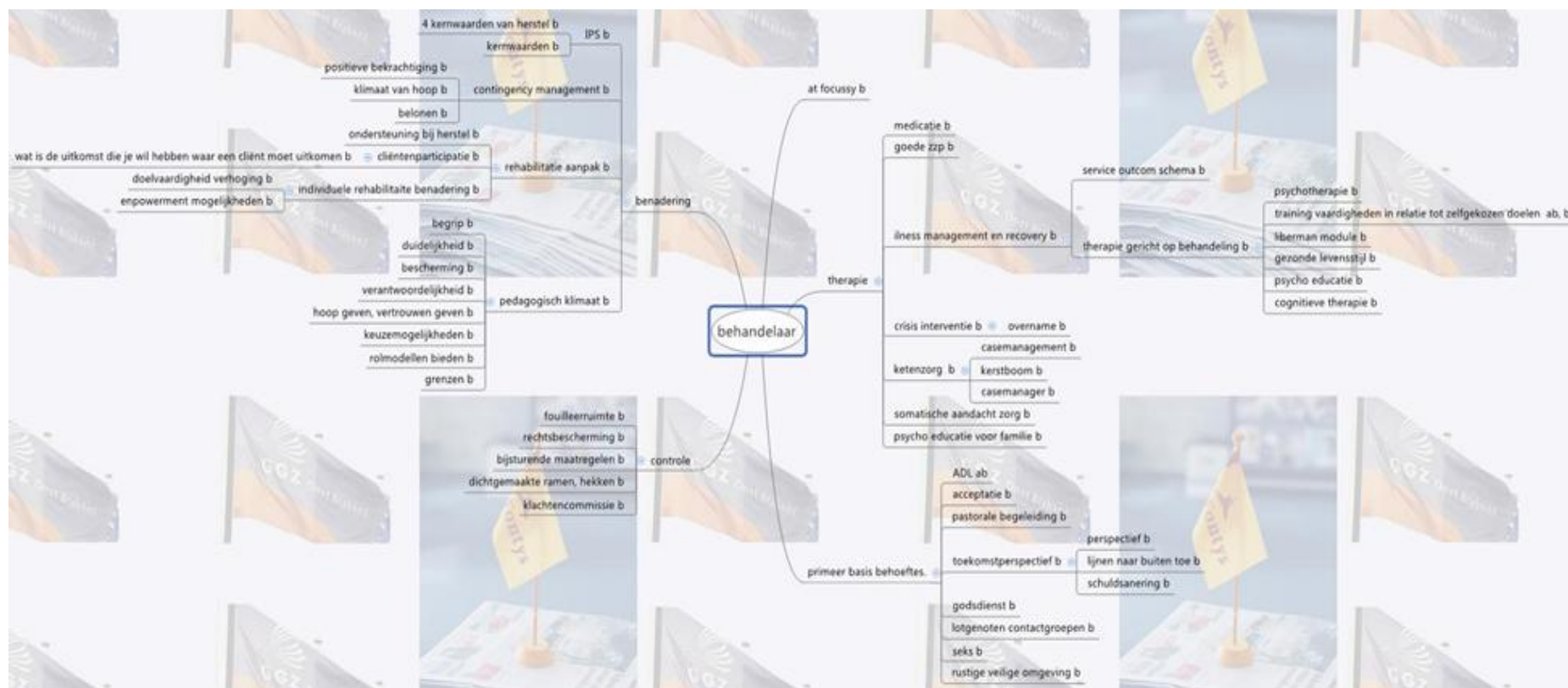
Om ervoor te zorgen dat er een optimale interactie plaatsvindt in de groep is ervoor gekozen om de resultaten direct middels een beamer te projecteren zodat al hetgeen wat gezegd is, direct zichtbaar is en er op gereageerd kan worden. Er is ook voor gekozen om bij ieder antwoord de betreffende discipline erbij te zetten zodat voor de afstudeergroep duidelijk wordt waar welke discipline zijn prioriteit legt. Tevens is het voor de afstudeergroep een snellere manier om de resultaten te kunnen verwerken.

Het groepsinterview bestaat uit twee delen. Het eerste deel met de vraag waar de deelnemers aan denken bij dubbele diagnose. Het tweede deel, wat de deelnemers denken nodig te hebben om de doelgroep op P1 te kunnen huisvesten. Het tweede deel heeft de volgende resultaten opgeleverd. De resultaten zijn onderverdeeld per discipline.

Verpleegkundige



Behandelaar



Activiteitenbegeleider



§ B.4.2 SWOT analyse

De SWOT analyse is op de afdeling Princepeel gehouden in overleg met het Trimbos Instituut. Op Princepeel is een werkgroep die zich bezighoudt met het verbeteren en implementeren. In deze werkgroep is de SWOT analyse gehouden. De werkgroep bestaat uit een kartrekker van Princepeel 1, een kartrekker van Princepeel 2, de teamleider, de behandelend psycholoog, de behandelend psychiater/ eerste geneeskundige en een ervaringsdeskundige. De SWOT analyse is in de werkgroep opgesteld en vervolgens via de mail rond gestuurd naar alle werknemers van Princepeel om te kijken of deze volledig is en er nog op of aanmerkingen in aan te brengen. Hieronder is het resultaat te zien van deze SWOT analyse.

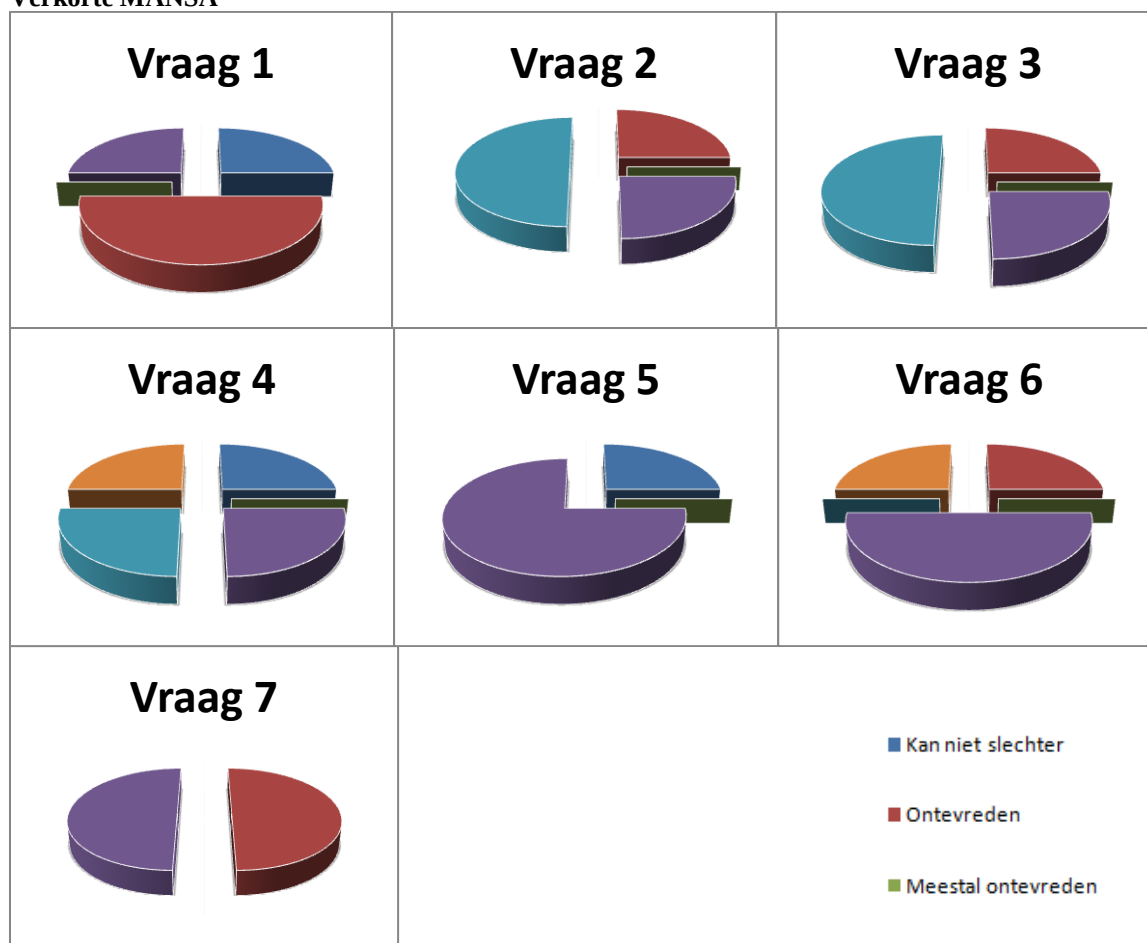
Sterkte punten -affiniteit met doelgroep -ervaringskennis bij hulpverleners -trots bij hulpverleners -klimaat herstel (bereidheid) -bunthorst -eigen mening hulpverleners	Zwakte punten -isolatie van netwerk (buiten) P1/2 -weinig specifieke verslaving knowhow -programma aanbod -aanbod perspectieven aan cliënten -wachtlíjst in conflict met doelgroep -onvermogen te handelen bij hulpverleners -voorzieningen -ontbreken van methodiek -visie niet doorleefd
Mogelijkheden -aanhaken FACT -samenwerken Novadic -samenwerking Trimbos instituut -veel vraag naar opnames -resultaten afstudeerproject implementeren	Bedreigingen -bunthorst -gebrek aan uitstroom -medewerking van cliënten -visie drugsgebruik Nederland -financiën / bureaucratie / regelgeving -sterke mening hulpverleners

Bijlage 5: Uitwerking van de MANSA vragenlijst

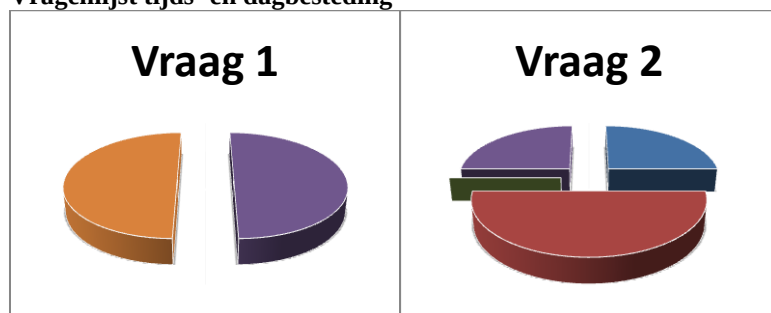
De MANSA vragenlijst is op afdeling P1B afgenomen onder vier mensen. De totale afdelingsgrootte bestaat uit acht bedden. Hiervan zijn op het moment van afname drie bedden leegstaand. Één testpersoon wenste niet deel te nemen aan de vragenlijst en één testpersoon is op het moment van afname ongeoorloofd afwezig en niet in staat deel te nemen. Van afdeling P1A is één testpersoon opgenomen omdat deze wel voldoet aan de doelgroep maar wegens gedragsproblemen niet op afdeling P1B kan verblijven.

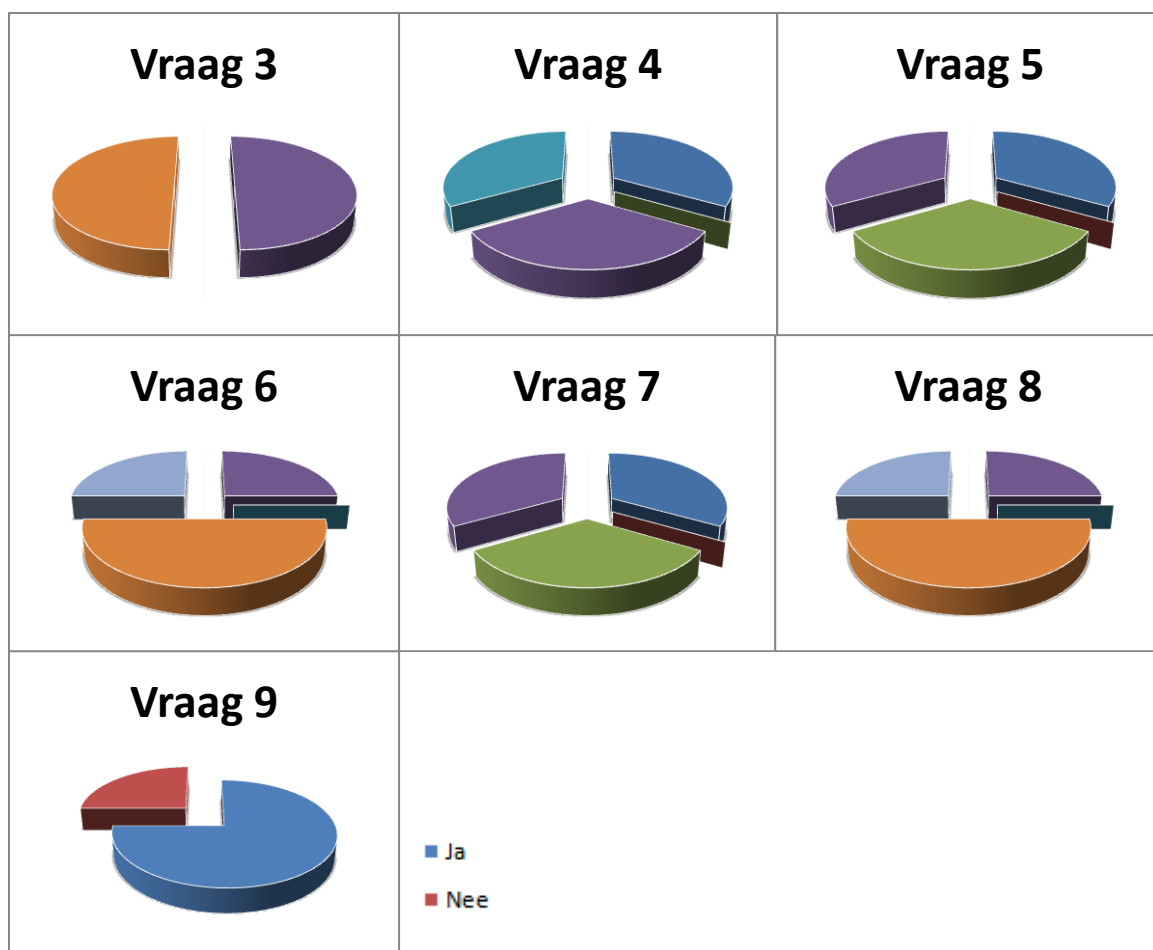
De MANSA bestaat uit twee delen. Het eerste deel is de verkorte MANSA die bestaat uit zeven vragen en het tweede gaat over de vrije tijds en dagbesteding die bestaat uit negen vragen. De resultaten zijn per vraag in een cirkeldiagram weergegeven om zo in één oogopslag weer te geven hoe de verdeling is onder de deelnemers. De vragenlijst heeft de volgende resultaten opgeleverd.

Verkorte MANSA



Vragenlijst tijds- en dagbesteding





Bijlage 6: Verslagen Field Research

§ B.6.1 Werkbezoek afdeling Intensief 1 C/D GGZ NML 29-07-10

Aanwezig: Peter Greefkens(GGZ NML), Raymond Jeuster, Hubèr Thonies (GGZ Oost Brabant)

Doel:

1. informatie verzamelen m.b.t. de doelgroep met dubbele diagnose door Princepeel 1 GGZ Oost Brabant bij Intensief 1 C/D GGZ NML.
2. inventariseren voor mogelijke steun, hulp, ideeën uitwisseling tussen beide afdelingen in de toekomst.

Vanuit Princepeel 1 is de vraag aan Intensief 1 gesteld een keer langs te komen voor een informatief bezoek m.b.t. het begeleiden van mensen met psychiatrische stoornis alsmede een verslavings probleem. 29 Juli wordt een afspraak gepland. Peter Greefkens staat Raymond en Hubèr te woord.

Allereerst wordt door Raymond uitgelegd waarom wij dit bezoek aan Intensief 1 brengen. Princepeel 1 staat op het punt de doelstelling van de afdeling te wijzigen en wil zich meer gaan richten op dubbele diagnose problematiek. Raymond is eerder met de projectgroep “dwang en drang” op intensief 1 geweest en wist dus dat Intensief 1 enkele jaren geleden dezelfde verandering door heeft gemaakt. Om gebruik te kunnen maken van goede en slechte ervaringen in dit proces hebben wij enkele vragen aan Peter.

Uit het open en ontspannende gesprek komt het volgende naar voren hoe Intensief 1 op het moment met deze doelgroep omgaat.

Druggebruik wordt niet getolloreerd op de afdeling!

Goede dossiervorming is erg belangrijk.

Door ‘misstappen’ tijdens vrijheden nu, in de toekomst of in het verleden, onder invloed van drugs of alcohol goed vast te leggen kan een gevaarscriterium omschreven worden waardoor iemand voor lagere tijd binnen gezet kan worden. Als dit uit het verleden al blijkt, kan direct deze beschermingsmaatregel genomen worden, anders moet eerst een dossier opgebouwd worden.

Veel intervisie. Om alle verpleegkundigen dezelfde kant in te laten (blijven) kijken moet er veel over gereflecteerd worden.

Langdurig binnen blijven tot ½ jaar.

De kaders die iemand heeft worden naar mate hij zijn behandeling niet nakomt (hieronder valt ook het drugsgebruik) alsnar kleiner. Als een week binnen staan niet voldoende uitwerking heeft op positief gedrag, wordt het de volgende keer een maand, drie maanden en een half jaar.

Binnen = binnen.

Iemand die binnen staat om hem te beschermen verdere drugs te gebruiken, staat ook binnen. 3 keer per week kan hij een verzoek doen om boodschappen zoals ADL spullen en shag te laten halen. Ook geld kan bij een interne bank gehaald worden. Cliënt kan wel de gesloten therapie volgen

Overdag geen tv in de huiskamer een geen koffie thee.

Koffie en thee valt te krijgen tijdens therapie blokken. Ga je daar niet naar toe, heb je niets.

Standaard fouilleren na verlof.

Cliënten worden na onbegeleid verlof standaard gefouilleerd tot op het lijf.

Bij een positieve uitslag pas weer vrijheden na een week lang een schone UC.

Als iemand in het begin gebruikt en vrijheden worden ontnomen, kan de cliënt zijn vrijheden pas weer terug krijgen als hij een week lang een schone UC ingeleverd heeft.

3 keer per week standaard UC.

Daarnaast kan op indicatie een UC genomen worden.

Weigeren = positief.

Positieve uitslag zonder verlof.

Heel de afdeling (doelgroep) wordt binnen gezet. Binnen = binnen. Pas als diegene zich meldt die de drugs geleverd heeft, worden vrijheden aan de groep teruggegeven.

In alles wordt het positieve gezien.

Kamerzorg gekoppeld aan vrijheden.

Vrijheden kunnen pas opgenomen worden als therapieprogramma (inclusief kamerzorg) afgelopen is.

Verplichte Libernan modules en groepsgesprekken.

Libernanmodules: Drugs, psychotische stoornissen, vrije tijd, budgettering.

Corvee beurten voor kamer en keuken zorg.

Vervelend gedrag na gebruik wordt met anderen cliënten besproken.

Deze mogen zien dat het slechter gaat met hun mede cliënt.

Ouderrol wordt overgenomen.

Cliënten gaan vaak incorrect met ouders om. Dit wordt door vpk niet gedoogd en gaan dit contact begeleiden. Ouders moeten weer ouders kunnen zijn.

Veel draait om beschermen van de gebruiker tegen gebruik.

Hierdoor worden kaders die iemand heeft kleiner, maar in elk kader heeft iemand een keuze.

Tenslotte worden e-mail adressen uitgewisseld en wordt expliciet naar elkaar uitgesproken elkaar te kunnen blijven consulteren en ontwikkelingen uit te blijven wisselen.

§ B.6.2 Werkbezoek FPC de Rooyse Wissel, 03-02-2011

Door: Caspar Arets, Carol Byrne, Hubèr Thonies.

Doel werkbezoek: field research met betrekking tot daginvulling van dubbele diagnose cliënten ten behoeve van het afstudeerproduct voor de HBO-V.

Acties: Om dit doel te bereiken is er een afspraak gepland met mevr. T. Kerstens, psychotherapeute, en wordt er een rondleiding gegeven binnen de kliniek, inclusief de activering/ therapieën binnen de kliniek door een socio therapeute. Mevr. Kerstens heeft veel onderzoek gedaan met betrekking tot dubbele diagnose problematiek en heeft voor FPC de Rooyse Wissel een behandelvisie geïmplementeerd.

Gesprek Mevr. Kerstens:

Wegens andere afspraken van Mevr. Kerstens is er maar geringe tijd om haar te spreken. Echter deze tijd wordt productief ingezet en er wordt veel besproken. Als eerste wordt door de groep uitgelegd waarom dit gesprek gepland is. Hieruit komt snel het verschil in doelgroep van TBS gestelden en cliënten met een RM binnen Princepeel 1. Echter, dat verschil blijkt niet zo groot te zijn. Beide doelgroepen zitten met een gedwongen kader binnen een gesloten afdeling. Het gedwongen kader is voort gekomen uit gevaar dat de cliënt bij zichzelf of bij anderen veroorzaakt heeft vanuit een psychiatrische stoornis. Het gevaar van TBS gestelden is echter altijd op anderen gericht en doorgaans hebben TBS gestelden een zwaarder delict gepleegd. Beidne zijn in beginsel niet gemotiveerd tot behandeling en verandering van hun gedrag. Er zijn dus essentiële overeenkomsten om de doelgroepen met elkaar te vergelijken, en hieraan vast hangend dus ook de behandelmethodes.

Op de vraag welke behandelmethoden er binnen FPC de Rooyse Wissel gebruikt worden geeft Mevr. Kerstens aan dat er verschillende behandelmodules zijn voor de doelgroep dubbele diagnose. Echter, niet alle behandelmethoden zijn geschikt voor de dubbele diagnose cliënten die gedwongen opgenomen zijn. Zo hebben modules als leefstijltraining weinig tot geen effect op deze doelgroep. Deze modules zijn meer gericht op lichtere enkelvoudige verslavingsproblematiek bij cliënten die gemotiveerd zijn tot gedragsverandering. Tevens dienen cliënten voor leefstijltraining meer vaardigheden te bezitten van zichzelf dan de meeste cliënten die met forse psychiatrische problematiek en comorbide verslaving gedwongen opgenomen worden.

Mevr. Kersten geeft aan dat het voor de behandeling van groot belang is een goede functie analyse te maken. Hieruit komt naar voren hoe de persoonlijkheid met het middelengebruik samen hangt. Het kan zo bijvoorbeeld

zijn dat een bepaalde cliënt erg agressief of destructief wordt na het gebruik van een bepaald middel. Anderzijds kan het ook zo zijn dat als een cliënt een bepaald middel gebruikt, zijn neiging tot bijvoorbeeld pyromanie afneemt. Bij deze laatste voorkomt het middel dus de drang om brand te moeten steken en is het dus een soort van coping.

Binnen FPC de Rooyse Wissel wordt er onderscheid gemaakt tussen behandelaanbod bij persoonlijkheidsstoornissen (AS II) en psychotische stoornissen (AS I). Bij beide stoornissen is de best mogelijke zorg gezocht, ervan uit gaande dat de cliënt niet gemotiveerd is te veranderen. Voor AS II problematiek is zijn er modules ontwikkeld aan de hand van de leefstijltraining, maar dan voor ongemotiveerde cliënten.

Deze modules bestaan uit:

-  Middelen info
-  Middelen coping
-  Terugvalpreventie

Voor AS I problematiek wordt gebruik gemaakt van de Liberman modules. Deze sluiten beter aan bij de doelgroep dan leefstijltrainingen. Het steekt in op een lager niveau, kan voor tripel of meer diagnostiek gebruikt worden en de vaardigheden kunnen helemaal vanaf het begin aangeleerd worden.

Mevr. Kerstens benadrukt in het gesprek nadrukkelijk dat verslaving een ernstige chronische ziekte is, die niet zonder externe controle te verhelpen is. Streven naar intrinsieke motivatie is altijd wenselijk en hier moet zeker aandacht aan besteed worden tijdens de behandeling, maar dit is niet altijd nodig voor gedragsverandering. Extrinsieke motivatie kan ook zeker een reden zijn om gedragsverandering teweeg te brengen. Zeker met de doelgroep dit op FPC de Rooyse Wissel verblijft, als mede de doelgroep van Princepeel 1 (ongemotiveerde cliënten die gedwongen opgenomen zitten) zullen de eerste stappen naar gedragsverandering gezet worden middels extrinsieke motivatie.

Tenslotte wordt het CRA model besproken. Dit model is een belangrijke benadering voor mensen met dubbele diagnose problematiek. CRA is een multidimensionale behandeling die de psychosociale en farmacologische benadering integreert en tevens het BPS-model vormgeeft.

CRA gaat ervan uit dat afhankelijkheid van middelen in stand wordt gehouden door een overmaat aan drugsgelateerde bekrachtigers en een gebrek aan alternatieve, niet-verslavingsgebonden bekrachtigers. Verslaafden blijken op een aantal levensgebieden (bijv. sociaal en recreatief) minder actief te zijn en blijken minder plezier te hebben vergeleken met niet-verslaafden (Van Etten, Higgins, Budney & Badger, 1998; Wiersema e.a., 2006). Daarom richt CRA zich op het ontwikkelen van een nieuwe leefstijl, die meer belonend is dan middelengebruik. Dit gebeurt door te interveniëren op bekrachtigers in de directe omgeving van de cliënt, zoals in het gezin, het werk, de woonomgeving, bij vrienden en in de (vrije)tijdsbesteding. Praktisch houdt het in de cliënt te leren dat er alternatieven zijn voor het nemen van alcohol en drugs. Onderzoek bevestigt dat een toename in alternatieve activiteiten leidt tot een vermindering van middelengebruik (Roozen, 2006) (Tijdschrift verslaving, De Community Reinforcement Approach (CRA), Roozen, 2006).

Rondleiding FPC de Rooyse Wissel

Om te beginnen wordt er naar de groenactivering gegaan. Bij de groenactivering zijn enkele kleine dieren gehuisvest, die door cliënten verzorgd worden. Buiten dat worden alle tuinen en plantsoenen binnen en direct buiten de Rooyse Wissel verzorgd en bijgehouden door cliënten van de Rooyse Wissel. Verder tijdens deze rondleiding wordt bij het activeringsgebouw aangekomen. Hier vinden activiteiten zoals houtbewerking, metaal, creatieve, informatica en koken hun huisvesting. Opvallend hier is dat er tal van mogelijkheden zijn. De verschillende activeringen zijn te gebruiken als daginvulling tot diploma toe. Cliënten kunnen hier dus gebruik van maken als bezigheid, maar ook om iets voor zichzelf te maken, te leren hoe iets gemaakt wordt / hoe iets werkt tot een cursus met officieel diploma toe. Dit alles onder deskundige begeleiding. Bij houtbewerking en metaal wordt er veel op bestelling gemaakt. Binnen dit gebouw is ook de Individuele Trajectbegeleiding (ITB) gevestigd.

Tenslotte wordt het laatste gebouw bezocht. Hierin is 'verpakking' gevestigd. Binnen deze hal wordt van alles ingepakt voor bedrijven. Op dit moment waren het bijvoorbeeld leggings, lampen, ed.

Buiten dit gecentreerde activering en therapie aanbod zie je door de kliniek heen allerlei werkzaamheden weggelegd voor cliënten. Zo is er een cliënt de vloer aan het boenen met een boenaparaat. In het winkeltje staan cliënten achter de kassa en in het restaurant in de keuken.

§ B.6.3 Werkbezoek de Loodds 08-02-2011

Door: Carol van de Broek, Hubèr Thonies

Tijdens een open en interessant gesprek met een verpleegkundige en behandelaar van afdeling LooDDs 1, zijn de volgende items aan bod gekomen. LooDDs 1 is een gesloten afdeling die zich richt op diagnostiek en kortdurende multidisciplinaire behandeling van cliënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, gecombineerd met verslavingsproblematiek. LooDDs 1 is onderdeel van het Delta Psychiatrisch Centrum te Poortugaal.

Verplicht programma:

Het programma is met een verplicht karakter. IEDEREEN neemt deel aan het programma. Alleen met een medische verklaring kan een programmaonderdeel gemist worden, anders wordt er aan het programma deelgenomen. Het programma is hoofdzakelijk een groepsprogramma. Opgezet uit verschillende onderdelen, zoals sport, educatie, creatieve therapie, kamer- / afdelingszorg. Hoewel het ene onderdeel een bepaalde cliënt beter ligt dan de ander, komt door het gevarieerde programma iedereen aan zijn trekken.

Journal:

's Avonds om half acht wordt er gezamenlijk het journaal gekeken. Dit is een belangrijk onderdeel in het programma. Hierdoor beseft iedereen wat er in de wereld om zich heen gebeurt en dat het leven niet alleen draait om zichzelf en het scoren van middelen.

Dag opening, sluiting:

Elke dag wordt begonnen met een gezamenlijke dagopening. Hier wordt de nacht besproken en wordt een vooruitblik geworpen op de komende dag. Per persoon wordt er een doel gesteld voor die dag. Bij de dagsluiting wordt besproken of dat doel bereikt is, alsmede een terugblik op de gehele dag. Op maandag wordt er bij de dagopening het weekend doorgenomen en op vrijdag wordt er bij de dagsluiting vooruit geblikt op het weekend.

Medicatie:

Medicatie wordt ALLEEN op voorschrijven van een arts verstrekt. Ook de paracetamol. Verder zijn ALLE eigen middelen, zoals vitamines, supplementen, vrije medicijnen, niet toegestaan. Benzodiazepines worden nauwelijks voorgeschreven. Zo nodig medicatie wordt op inzicht van de verpleegkundigen verstrekt, niet op vraag van de cliënt. Voor het verstrekken van zo nodig medicatie wordt verwacht dat de cliënt andere alternatieven geprobeerd heeft.

Creatieve sancties:

Mocht een cliënt zich tussen de regels door manoeuvreren wordt er veelal gezocht naar creatieve 'sancties'. Een opstel van enkele pagina's waarom de cliënt zich tussen de regels door beweegt, een extra corvee taak e.d. zijn voorbeelden hiervan. De individuele verpleegkundige is vrij om dit naar eigen inzicht te bepalen.

Sport:

Sport is een belangrijk onderdeel in het weekprogramma. Door sporten en bewegen voelt iedereen zich prettiger.

Creatieve bezigheid:

Creatieve bezigheid valt onder het verplichte programma. Binnen creatieve bezigheid zijn er allerlei mogelijkheden van activering. Hierin kunnen cliënten ondervinden wat hen ligt en er worden met de regelmaat nieuwe kwaliteiten ontdekt.

Trainingen, vaardigheden, omgaan met...:

Dagelijks wordt er aandacht besteedt aan vaardigheidstrainingen. Binnen de LooDDs worden verschillende vaardigheidstrainingen aangeboden. Sociale vaardigheidstraining, Omgaan met verslaving, omgaan met psychische stoornissen, maar ook pscho-educatie komt in het aanbod voor.

Koffie momenten: Op de afdeling zijn vast gezamenlijke koffie momenten. In de middag is er zelfs geen koffie te verkrijgen, alleen thee. Dit in verband met de verslavende werking van koffie.

Abstinentie: LooDDs gaat uit van volledige abstinentie. Dit wordt vooraf aan opname duidelijk verteld. Omdat de LooDDs tijdelijke behandelmogelijkheid biedt en direct tot ontslag overgegaan kan worden, is dit een prima haalbaar streven.

Gesloten afdeling, keuze in opname: Hoewel de LooDDs een gesloten afdeling is, 'kiezen' cliënten er wel voor om onder de geldende voorwaarden opgenomen te worden. Vaak echter is het alternatief nog vervelender (bijvoorbeeld gevangenisstraf), zodat de cliënt zich 'vrijwillig' op laat nemen op de LooDDs. Bij het niet houden aan de behandelafspraken wordt de cliënt bij de LooDDs ontslagen en volgt alsnog het alternatief.

i.e.i. verslavingskliniek: De LooDDs is van oudsher een verslavingskliniek. Kennis over verslavingszorg is dus voldoende is huis. Zij hebben zich met name moeten richten op het psychiatrisch gedeelte van de zorg om uiteindelijk een dubbele diagnose kliniek geworden te zijn.

Controle, UC drugs en alcohol: Binnen de LooDDs vinden er op vaste dagen en op indicatie drugs controles middels urine inleveren onder toezicht plaats. Alcohol controles kunnen op indicatie uitgevoerd worden middels een blaastest. Daarnaast is er de mogelijkheid om alcohol in de urine te testen. Hierdoor kan tot 48 uur nadien alcohol aangetoond worden.

Uc's inleveren vóór programma: Urine voor drugscontroles dienen vóór de start van het programma ingeleverd te worden. Dit kan ook bij de nachtdienst, maar uiterlijk tot half 9.

Controle fouilleren, tassen, ook bezoek: Cliënten worden na het opnemen van verlof gefouilleerd bij terugkomst. Ook tassen worden nagekeken. Bezoek wordt niet gefouilleerd, maar tassen van bezoek worden wel nagekeken.

Detox: Binnen de LooDDs wordt nauwelijks gewerkt aan detoxificatie. Ontwenningssymptomen verdwijnen vanzelf. Hiervoor wordt geen medicatie voorgeschreven en de cliënt wordt geacht om gewoon aan het programma deel te nemen. Van stilzitten gaat de detox echt niet sneller, aldus de visie. Een enkeling kan voor een snelle detox overgeplaatst worden naar LooDDs drie. Hier wordt een cliënt ondersteund met medicatie, welke ook weer direct heel snel afgebouwd worden.

§ B.6.4 Werkbezoek de Ponder

Door: Caspar Arets, Carol Byrne,

Doel werkbezoek: field research met betrekking tot daginvulling van dubbele diagnose cliënten ten behoeve van het afstudeerproduct voor de HBO-V.

Acties: Om dit doel te bereiken is er een afspraak gepland met dhr. Dennis Cruysberg, verpleegkundige en Aandachtsfunctionaris Opleidingen, afdeling Ponder 1.

Achtergrond informatie: Bron: verwijzers informatie boek de Ponder.

De Ponder is een klinische behandelsetting waar cliënten met dubbele diagnoseproblematiek geïntegreerd behandeld worden. De afdeling bestaat uit twee woongroepen met in totaal zeventien plaatsen. *Afdeling 1 is gericht op mensen met geen of weinig motivatie en 2 is de vervolgafdeling. Hierin zijn de cliënten gemotiveerd om te veranderen en hebben inzicht in hun problematiek.* Cliënten worden gemiddeld voor een periode van twaalf maanden opgenomen. Dit kan korter of langer duren.

Doelstelling: Het doel van de Ponder is cliënten een actievere levensstijl aan te leren. Dat doen ze door het ontwikkelen van gezonde verlangens (sporten, eten), een vaste dagstructuur en vaardigheden die helpen om problemen op een andere manier op te lossen in plaats van drugs te gebruiken.

Werkwijze: De Ponder werkt met een geïntegreerde behandeling. Dat betekent bij dubbele diagnose dat er bij het opzetten van het behandelplan voor een cliënt de psychische en verslavingsproblematiek als één geheel wordt gezien en van daaruit wordt gehandeld. Bij de behandeling wordt rekening gehouden met het feit dat de stoornissen elkaar beïnvloeden en versterken.

Methodiek: Binnen de Ponder wordt gewerkt met fase gericht handelen. De Ponder onderscheid hierin drie fasen:

Niet bereid tot verandering;

Als een cliënt niet herkent dat hij een probleem heeft. De insteek van verpleegkundigen is het maken van contact, het opbouwen van vertrouwen en het betrekken van de cliënt bij de behandeling door gebruik te maken van motiverende gesprekstechnieken. Stabilisatie en diagnostiek staan daarbij op de voorgrond.

Wel bereid tot verandering;

Als de cliënt wel in de gaten heeft dat hij een probleem heeft, maar de stap om te veranderen nog te groot is. Bijvoorbeeld omdat hij niet overtuigd is van zijn eigen vermogen tot verandering. Men richt zich op het vergroten van zelfkennis en zelfinzicht van de cliënt en het aanleren van vaardigheden en technieken, waarmee hij zelf weloverwogen besluiten kan nemen.

Stap tot verandering;

Als de cliënt echt klaar is om te veranderen. De aangeleerde vaardigheden worden actief geoefend in situaties buiten De Ponder. Om dit vol te houden en te bestendigen, worden er zelfcontrole- en terugvalpreventietechnieken toegepast.

Programma:

Het programma van De Ponder sluit zo goed mogelijk aan bij de veranderingsfase van de cliënt.

Het is deels groepsgericht en deels individueel, passend bij de specifieke behoeften van de cliënt.

We betrekken de familie en andere verwanten van de cliënt zo veel mogelijk bij de behandeling.

Enkele voorbeelden om cliënten te vormen, begeleiden en behandelen zijn:

<i>Sociotherapie:</i>	Dagelijkse vaardigheden als koken, boodschappen doen, corvee, omgangsvormen en voeren van groepsgesprekken;
<i>Therapie:</i>	Libermanmodule 'omgaan met verslaving', terugvalpreventie, non-verbale therapievormen (psychomotorische therapie, muziektherapie, dramatherapie, beeldende therapie); sociale vaardigheden: vormingsonderdelen zoals psycho-educatie dubbele diagnose, maatschappijoriëntatie, budgetteringstraining;
<i>Actieve onderdelen:</i>	Outdooractiviteiten (mountainbiken, klimmen, wandelen) en sporten (fitness, voetballen, volleyballen, zwemmen);
<i>Dagbesteding en arbeid:</i>	Werken in de tuin, handarbeid en onderwijs.

Gesprek met Dennis Cruysberg

Dennis gaf aan dat De Ponder oorspronkelijk opgezet was vanuit een vraag van justitie vanwege de toenemende verslavingsproblematiek binnen de TBS setting de Woenselse Poort. Toen de afdeling tien jaar geleden begon, was er geen duidelijke visie of doel. Gaandeweg hebben ze door de opgedane ervaring en kennis (trial en error methode) hun visie en werkwijze ontwikkeld. Hun visie is niet geheel vastgelegd, maar wordt omschreven als de cliënt op een dusdanige manier te benaderen om de intrinsieke motivatie voor verandering te stimuleren en motiveren. De nadruk in handeling ligt aan de benadering. Verpleegkundigen gaan een beroep doen op de gezonde kant van de cliënt en proberen zo veel mogelijk vanuit die houding de autonomie van de cliënt te bevorderen.

De Ponder was in eerste instantie gelegen in een bungalow op het terrein van GGZ Eindhoven, buiten de muren van de TBS instelling. Hiermee had het team meer vrijheid om hun eigen visie en programma's op te stellen. Er was dagelijks een programma, echter dit was niet vastgelegd hetgeen ook voor afdelingsregels en visie geldt. Dit was bekend voor al het personeel en iedereen handelde hiernaar. In het afgelopen jaar zijn er veranderingen in de werkwijze van de Ponder gekomen. Dit is mede veroorzaakt door de terugplaatsing van de afdeling binnen de muren van de TBS setting. Hierbij sluiten de cliënten van de Ponder aan bij de gestructureerd zorgprogramma's van de TBS setting. Binnen de TBS setting wordt gewerkt met een blokken systeem. Dat betekent dat dagdelen opgesplitst zijn in blokken van 45 minuten. Elke blok heeft vaste tijdstippen waarin de activiteiten ingepland worden. De invulling van deze programma's worden gekoppeld aan zorgprogramma's. Binnen het zorgprogramma is vooraf besloten welke activiteiten het beste aansluiten bij de verschillende doelgroepen. Het programma staat vast voor een periode van drie maanden, waarna het geëvalueerd wordt. In de praktijk is te zien dat het programma aanbod minimaal is en dat er veel vrije tijd tussen staat.

Het programma aanbod wordt niet als verplicht gesteld. Cliënten worden gestimuleerd om het programma te volgen maar het wordt vrijblijvend toegepast. De Ponder wil de intrinsieke motivatie stimuleren en maakt geen gebruik van externe motivatie. Hierdoor maakt de Ponder geen gebruik van token economy, contingency management of iets dergelijks.

De Ponder kent veel verandering in het afgelopen jaar zoals o.a. de verhuizing naar de TBS setting waarin collega's letterlijk en figuurlijk een beperking in hun vrijheid ervaren. Met name de fysieke vrijheid, men kan niet zomaar met cliënten naar buiten lopen zonder verlof pasjes te maken, men ervaart grote muren om zich heen, meer contact en interactie met de TBS populatie binnen de kliniek. Ook is er minder inbreng in de behandeling en bejegening van de cliënten.

De doelgroep van De Ponder heeft de laatste tijd ook een verandering gekend. Eerst was het met name AS I en II problematiek, tegenwoordig is er een toename in de opname van een minder begaafde populatie. Dit vraagt om een andere benadering en problematiek. Dennis gaf aan dat het team nog zoekende hierin is. Dit zorgt voor de nodige onrust binnen het team.

Bijlage 7: Dagprogramma de Loodds

Redacteur zorgmanager	Eigenaar clusterleiding	Beheerder stafmedewerker	Publicatiedomein Loodds	Datum vaststelling December 2010	Datum herzieni December 2011
--------------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------------	---------------------------------

Ingaande januari 2011

Maandag

tijd	LooDDs1	leiding	tijd	LooDDs2	leiding
08.45-09.30	dagopening	staf	08.30-09.30	weekendnabespreking	staf
09.00-10.00	ontspanning	Monique	09.00-10.00	ontspanning	Monique
10.00-11.00	Doelengroep	staf	10.00-11.00	volleybal	Robert/Monique
11.15-12.15	Balansgroep	Monique	11.15-12.15	doelengroep	staf
13.30-14.30	Actieve groepsdynamica	Robert/Monique	13.30-14.30	Psycho-educatie	Fennie
15.30-16.30	wandelen	staf	15.30-16.30	biografie	Fennie

Dinsdag

tijd	LooDDs1	leiding	tijd	LooDDs2	leiding
08.45-09.30	dagopening	staf	08.30-09.30	dagopening	staf
10.00-11.00	Creatief	Mels	10.15-11.15	groepsdynamica	Staf
11.15-12.15	Sociale vaardigheid training	Mels	11.15-12.15	Sport:	Monique
13.00-15.00	zwemmen	Monique	13.00-15.00	zwemmen	Monique
15.30-16.30	Omgang alcohol&drugs	Monique	15.30-16.30	Creatief	Mels

Woensdag (vandaag van 13.00-14.30 spreekuur)

tijd	LooDDs1	Leiding	tijd	LooDDs2	leiding
08.45-09.30	dagopening	Staf	08.30-09.30	dagopening	staf
10.15-11.15	Kamers opruimen/omgaan met psychotische symptomen	Staf/Henk	10.15-11.15	Biografie	Fennie
11.15-12.15	Psycho-educatie	AIOS	11.15-12.15	Vers	Fennie
13.30-14.30	Sportinstuif	Monique	13.30-14.30	creatief	Mels
15.30-16.30	creatief	Mels	15.30-16.30	sportinstuif	Monique

Donderdag

tijd	LooDDs1	leiding	tijd	LooDDs2	leiding
08.45-09.30	dagopening	staf	08.30-09.30	dagopening	staf
10.15-11.15	Fietsen	Mels en staf	10.15-11.15	balansgroep	Barbara/Monique
11.15-12.15	Fietsen	Mels en staf	11.15-12.15	Sport:kracht&conditie groepsdynamica	Monique
13.30-14.30	Creatief	Mels	13.30-14.30	Omgang met alcohol&drugs	Monique
15.30-16.30	sportinstuif	Robert & Paul	15.30-16.30	creatief	Mels

Vrijdag (vandaag 13.30-14.30 spreekuur)

tijd	LooDDs1	leiding	tijd	LooDDs2	leiding
08.45-09.30	dagopening	staf	08.30-09.30	dagopening	staf
10.15-11.15	Teamsport	Robert&Paul	10.15-11.15	groepsgesprek	staf
11.15-12.15	Gezelschapspel	Staf	11.15-12.15	teamsport	Paul&Robert
13.30-14.30	Opruimen leefomgeving	Staf	13.30-14.30	Leefomgeving opruimen/Maatschappelijke oriëntatie	Staf/Femke
15.30-16.30	Moestuin/wandelen	Staf	15.30-16.30	Doelengroep/ dagafsluiting	staf
			16.30-18.00	kookactiviteit	staf

Zaterdag

Tijd	LooDDs1	tijd	LooDDs2
10.00-11.00	Hoe werkt de LooDDs	10.00-11.00	Hoe werkt de LooDDs
11.00-12.00	Wandelen	11.00-12.00	Wandelen
14.00-15.15	Vrije tijd	14.00-15.15	Vrije tijd
16.00-17.00	Eigen inbreng overleg met staf	16.00-17.00	Eigen inbreng overleg met staf

Zondag

tijd	LooDDs1	tijd	LooDDs2
11.00-12.00	Wandelen	11.00-12.00	Wandelen
13.30-15.30	Vrije tijd	13.30-15.30	Vrije tijd
15.30-16.30	Eigen inbreng overleg met staf	15.30-16.30	Eigen inbreng overleg met staf

Bijlage 8: Voorbeeld weekprogramma Principeel 1

Tijd	Programma	leiding
Maandag		
8.30-9.15	Dagopening/Weekeindevaluatie	
9.15-9.45	Kamerzorg	
9.45-10.45	Sociale vaardigheidstraining	
10.45-11.15	Pauze	
11.15-12.00	Moestuin	
12.00-13.00	Eten	
13.30-15.00	Hobbiymatige educatieve bezigheid	
15.00-15.30	Pauze	
15.30-16.30	Sport	
17.00-18.00	Eten	
18.00-18.30	Dagsluiting	
Dinsdag		
8.30-9.15	Dagopening	
9.15-9.45	Kamerzorg	
9.345-10.45	Psycho-educatie	
10.45-11.15	Pauze	
11.15-12.00	Wandelen	
12.00-13.00	Eten	
13.30-14.45	Hobbiymatige educatieve bezigheid	
14.45-15.15	Pauze	
15.15-16.30	Sport	
17.00-18.00	Eten	
18.00-18.30	Dagsluiting	
Woensdag		
8.30-9.15	Dagopening	
9.15-10.30	Zwemmen	
10.30-11.00	Pauze	
11.00-12.00	Omgaan alcohol en drugs	
12.00-13.00	Eten	
13.30-15.00	Kamerzorg	
15.00-15.30	Pauze	
15.30-16.30	Moestuin/wandelen	
17.00-18.00	Eten	
18.00-18.30	Dagsluiting	
Donderdag		
8.30-9.15	Dagopening/Weekeindevaluatie	
9.15-9.45	Kamerzorg	
9.45-11.30	Hobbiymatige educatieve bezigheid	
12.00-13.00	Eten	
13.30-15.00	Sport	

15.00-15.30	Pauze
15.30-16.30	Omgaan met psychotische stoornissen
17.00-18.00	Eten
18.00-18.30	Dagsluiting
Vrijdag	
8.30-9.15	Dagopening/Weekeindevaluatie
9.15-10.30	zwemmen
10.30-11.00	Pauze
11.00-11.30	kamerzorg
12.00-13.00	Eten
13.30-14.30	Opruimen leefomgeving
14.30-15.00	Pauze
15.00-16.30	Sport
17.00-18.00	Eten
18.00-18.30	Dagsluiting/Weekeindvoorbereiding
Zaterdag	
11.00-12.00	Wandelen
13.30-14.30	Vrije tijd
15.00-16.00	Eigen invulling i.o.m. staf
Zondag	
11.00-12.00	Wandelen
13.30-14.30	Spelvorm
15.00-16.00	Eigen invulling i.o.m. staf

Bijlage 9: Scholingstraject dubbele diagnose

Offerte Dubbele diagnose traject GGZ Oost Brabant



Achtergrond

Princepeel is een gesloten afdeling met veelal cliënten die daar langdurig (en over het algemeen met een rechtelijke machtiging) verblijven. Princepeel is gevestigd in een oud gebouw, dat officieel is afgekeurd, maar toch weer in gebruik is genomen. De cliënten die op de afdeling komen zijn meestal cliënten die nergens anders erg welkom zijn vanwege gedragsproblemen.

De afdeling heeft vier units:

- (1) een unit gericht op resocialisatie van TBS-clieñten (± 7/8 cliënten),
- (2) een crisisafdeling (± 3 crisisbedden), die een 'high care' afdeling moet worden in de toekomst,
- (3) een unit voor structuurbehoefte cliënten (± 4 bedden) en
- (4) een unit met ongeveer 8 cliënten met voornamelijk psychotische problematiek gecombineerd met verslavingsproblematiek.

De afdeling wordt aangestuurd door één team, waarbij een splitsing is gemaakt in aandachtsgebieden. De ene helft richt zich met name op de crisisopnames en TBS-clieñten, de andere helft meer op de structuurbehoefte en DD-clieñten.

Op het terrein zijn tevens 'gesloten' verblijfswoningen gerealiseerd en trainingsappartementen, maar er vindt momenteel weinig doorstroom plaats. Het drugsgebruik van de cliënten is momenteel onbeheersbaar, en er is tevens weinig beleid betreft dubbele diagnose en het gebruik van beheersmaatregelen.

Het team wil werken aan een 'drugsvrije afdeling' met een gericht behandelaanbod voor cliënten met dubbele diagnose

Het verbetersteam van Princepeel heeft behoefte aan de realisatie van een gericht behandelaanbod op de afdeling voor de groep cliënten met een psychiatrische stoornis én een ernstige verslaving, zonder motivatie om het drugsgebruik te verminderen. Tevens is er behoefte aan een scholingsprogramma voor het personeel.

Om dat te bereiken stellen we de volgende stappen voor:

1. Formeren van een werkgroep
2. Opstellen van een visiedocument, visiebijeenkomst en stappenplan
3. Uitvoering geven aan geprioriteerde onderdelen van het stappenplan (waaronder opstellen dagprogramma)
4. Deskundigheidsbevordering

Ad 1. Werkgroep dubbele diagnose samenstellen

Formeren van een werkgroep die een plan van aanpak gaat opstellen en de uitvoering daarvan leidt. Een medewerker van het LEDD zal deze werkgroep inhoudelijk voorbereiden, begeleiden en de secretarisrol vervullen (o.a. het schrijfwerk). De werkgroep telt ongeveer 5 personen. De werkgroep heeft een interne projectleider. De projectleider krijgt een duidelijke opdracht vanuit het management en onderhoudt regelmatig contact met de manager(s). De interne opdrachtgever (management) faciliteert de werkgroep en de projectleider en reikt de kaders aan waarbinnen de opdracht vervuld kan worden. Ervaringsdeskundigen kunnen deel uitmaken van de werkgroep.

Resultaat: Interne opdrachtgever geeft opdracht tot het samenstellen van de werkgroep dubbele diagnose en geeft mandaat aan de projectleider om een werkplan op te stellen en daaraan uitvoering te geven (zie onderstaand).

Ad 2. Visievorming en stappenplan

De werkgroep maakt een visiestuk/beleidskader. Dit is een belangrijke stap om te komen tot een werk- en stappenplan rond de volgende vier onderwerpen:

Hoe realiseren we een drugsvrije afdeling? Aan welke eisen moet de fysieke omgeving voor een drugsvrije afdeling voldoen?

Hoe moet het dubbele diagnose behandelprogramma (inclusief dagbesteding) eruit zien?

Welke keuzen maken we in het handhavingsbeleid op de afdeling?

Hoe realiseren we een detox-programma?

Aan elk thema worden 2 bijeenkomsten besteed. Voorafgaand aan het geheel komt de werkgroep twee keer bij elkaar om de doelstellingen helder te krijgen. Een onderdeel hiervan kan een verkorte afname van de IDDT-fidelityschaal zijn of een SWOT-analyse als afgeleide hiervan. (De IDDT-fidelityschaal is een modelgetrouwheidsschaal die in kaart brengt welke onderdelen van geïntegreerd behandelen aanwezig zijn en in welke mate.)

*Tijdsinvestering: 10 bijeenkomsten (2,5 uur) en per bijeenkomst 4 uur voorbereiding en verwerking
Totaal: 65 uur*

Resultaten: Plan van aanpak voor de begeleiding en behandeling van cliënten met een dubbele diagnose en het realiseren van een drugsvrije afdeling voor dd-cliënten.

Het plan van aanpak wordt met stakeholders in de organisatie en met de betreffende medewerkers besproken in een visiebijeenkomst om aldus het draagvlak te vergroten en gezamenlijke keuzes te maken en prioriteiten te stellen met betrekking tot de zorg en behandeling voor dubbele diagnose-cliënten. De werkgroep komt daarna nog eenmaal elkaar om de uitkomsten om te zetten in een concreet stappenplan.

Tijdsinvestering: visiebijeenkomst (plus voorbereiding) 8 uur, bijeenkomst stappenplan 7 uur (plus voorbereiding) Totaal: 15 uur

Resultaten: Stappenplan met concrete verbeteracties op teamniveau dan wel op circuitniveau/organisatieniveau.

Ad 3. Implementatie

In de implementatiefase wordt uitvoering gegeven aan de gekozen actiepunten rond de vier onderwerpen (fysieke omgeving, detox, behandelprogramma en handhavingsbeleid). De implementatie wordt geleid door de interne projectleider die daarbij regelmatig (o.a. telefonische) ondersteuning krijgt door een medewerker van het LEDD.

NB: Als onderdeel van dit proces kunnen werkbezoeken afgelegd worden bij dubbele diagnose afdelingen van andere instellingen (De Loodds) om op die manier te leren hoe elders vorm wordt gegeven aan de zorg voor dd-cliënten. Bij het plannen en contact leggen kan het LEDD-netwerk ingezet worden.

*Totale tijdsinvestering Trimbos-instituut:
Schatting: 4 x 45 minuten telefonisch overleg en twee werkbezoeken van 2 uur
Totaal 10 uur (inclusief reistijd).*

*Resultaten in algemene zin: kwaliteitsverbetering van de zorg en behandeling aan dd-cliënten.
Specifieke resultaten:*

- drugsvrije afdeling en duidelijke regels over de handhaving van veiligheid
- behandelprogramma voor dd-cliënten
- detoxprogramma voor dd-cliënten (in samenwerking met andere partners en afdelingen).

Bij het opzetten van een gericht behandelprogramma kan gedacht worden aan de inzet van ervaringsdeskundigen die cliënten kunnen ondersteunen om abstinente te blijven en kunnen ondersteunen bij hun herstelproces. Zo ook kan overwogen worden om onder begeleiding van ervaringsdeskundigen gespreksgroepen voor cliënten op te zetten als vast onderdeel van het behandelprogramma.

Ad 4. Deskundigheidsbevordering

De medewerkers van het team worden bijgeschoold in de combinatie psychiatrie en verslaving (o.a. bejegening, behandelen volgens het fasenmodel, kennis over middelen).

Het hele team zou bij voorkeur de eendaagse introductiecursus “Moeilijke mensen of dubbel ziek?” kunnen volgen. Na afloop hebben alle medewerkers hetzelfde startniveau en zijn ze bekend met dezelfde termen wat betreft dubbele diagnose problematiek. In de cursus is aandacht voor attitude en visieontwikkeling. In overleg kan de inhoud aangepast worden.

De cursus behandelt de volgende onderwerpen:

Inleiding psychopathologie.

Inleiding middel en effecten: interacties tussen middelengebruik en psychiatrische stoornissen.

Wat is verslaving?

Wat is een dubbele diagnose?

Omgaan met moeilijke mensen of behandelen van comorbiditeit? Over attitude en goed hulpverlenerschap.

Basisprincipes van een dubbele diagnose behandeling.

Mocht in de loop van het traject blijken dat er behoefte is aan verdere deskundigheidbevordering (bijv. rond motivationele gespreksvoering, screening en assessment) en verdieping, dan heeft het LEDD daar een vervolgaanbod voor.

De prijs voor de eendaags in-company training (in 2010) is € [] (exclusief reiskosten). Dit tarief is gebaseerd op een groep van maximaal 20 personen met 1 docent.

Resultaten: De hulpverleners zijn bekend met de basisprincipes van fasegerichte dubbele diagnose behandeling en zijn in beginsel in staat om deze toe te passen in hun werk.

NB In de bijlage kunt u een overzicht vinden van de verdiepende dubbele diagnose training. Indien u gebruik wilt maken van deze verdiepende training of van het overige LEDD trainingsaanbod zal hier een aparte offerte voor opgemaakt worden.

Prijsopgave (tarieven 2010)

Totale tijdsbesteding: 90 uur (11,5 dag)

Projectleiding: 1 dag

Totaal: 12,5 dagen

Projectleiding (senior wetenschappelijk med.)	1 dag á	€ []	€ []
Uitvoering (wetenschappelijk med.)	11,5 dagen á	€ []	€ []
Totaal	12,5 dagen		€ []
Eendaagse in-company training (in 2010, exclusief reiskosten).			€ []
Totaal			€ []

Voorbeeld inhoud training dubbele diagnose

Dagdeel 1	Introductie van IDDT
Dagdeel 2	Opbouwen van een werkrelatie met dubbele diagnosecliënten
Dagdeel 3	Werking van drugs en het verband tussen middelengebruik en psychische stoornissen
Dagdeel 4	Omgaan met verslavingsgedrag
Dagdeel 5	Assessment: EuropASI
Dagdeel 6	Screening en assessment
Dagdeel 7	Werken met behandelplannen
Dagdeel 8	Motiverende technieken en gespreksvaardigheden (1)
Dagdeel 9	Motiverende technieken en gespreksvaardigheden (2)
Dagdeel 10	Verslavingsbehandeling en terugvalpreventie
Dagdeel 11	Groepsbehandeling
Dagdeel 12	Zelfhulp
Dagdeel 13	Netwerkbenadering