

Afstudeeronderzoek

Klinische behandelsetting jongeren
dubbeldiagnose problematiek

Zwolse Poort



Onderzoek voor Zwolse Poort, welke methodiek en de daarbij behorende therapieën en disciplines, het meest passend zullen zijn voor het behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek binnen de klinische behandelsetting welke in 2009 te Zwolle gevestigd zal zijn.

Zoë Spin en Maurice Compagner

Sociaal Pedagogische Hulpverlening,
GGz-agoog

Opdrachtgever
Patricia van Wijngaarden-Cremers

Projectbegeleiders
Linda Geerars en Han Dekker

**ZWOLSE
POORT**

Algemene inleiding

In de periode van november 2007 tot en met juni 2008 hebben wij, Zoë Spin en Maurice Compagner, ons als vierdejaars GGz-agoog studenten, met als achtergrond de opleiding Sociaal Pedagogische Hulpverlening, ingezet voor een afstudeerproject binnen Zwolse Poort te Zwolle.

Bij het zoeken naar een project lag onze voorkeur binnen de verslavingszorg. Gezien wij ons zo breed mogelijk wilden profileren en nog geen ervaring met deze doelgroep hadden opgedaan, wilden wij hier graag kennis mee maken. Tevens sluit een dergelijk project aan op de specialisatie tot GGz-agoog.

Door ons op meso-niveau georiënteerd te hebben, signaleerden wij het groeiende verslavingsprobleem onder de Nederlandse jongeren. Hier zouden wij bij het vinden van een project graag op in spelen. Dit hebben wij gedaan door contact te zoeken met Zwolse Poort.

Ook zij signaleerde dit probleem in combinatie met psychiatrische problematiek en om die reden wil de organisatie jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek vanaf medio 2009 behandeling aanbieden.

Wij hebben het uitwerken van dit project als een zinvolle bijdrage aan de Nederlandse samenleving gezien. Omdat wij de noodzaak zagen van een klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, zijn wij de gehele periode gemotiveerd geweest om tot een aansluitend advies te komen aan Zwolse Poort.

Na aanleiding van een gesprek met Koert Linde, sociotherapeut binnen de verslavingskliniek van Zwolse Poort, en opdrachtgever Patricia van Wijngaarden-Cremers, psychiater binnen deze organisatie, zijn de volgende probleem-; doelstelling; projectopdracht en deelvragen geformuleerd.

Probleemstelling

Er is onvoldoende kwaliteit van hulpverlening voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek doordat de methodiek onvoldoende aansluit.

2

Doelstelling

Het verbeteren van de kwaliteit van hulpverlening aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, door het ontwikkelen van een specifieke methodiek gericht op deze doelgroep.

Projectopdracht

Onderzoek voor Zwolse Poort, welke methodiek en de daarbij behorende therapieën en disciplines, het meest passend zullen zijn voor het behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek binnen de klinische behandelsetting welke in 2009 te Zwolle gevestigd zal zijn.

Aansluitend zullen de volgende deelvragen uitgewerkt worden:

Wat zijn de kenmerken en doelstellingen van Zwolse Poort?

Wat is kenmerkend voor de doelgroep, welke behandeld zal worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting?

Waar moet een methodiek voor het klinisch behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek aan voldoen?

Op welke wijze voldoen de methodieken van de bezochten instellingen aan de gemiddelde draagkracht en draaglast van de cliënten?

Over welke competenties dient het personeel te beschikken om de genoemde methodiek te kunnen organiseren, implementeren en verantwoorden?

Welke methodiek is het meest passend voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, en wat is de motivatie hierachter?

Is het noodzakelijk dat het sociale systeem van een cliënt, binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort, betrokken wordt bij de behandeling, en hoe zou dit geïntegreerd kunnen worden met behandeling?

Welke therapieën en disciplines zouden binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar ingezet moeten worden, aansluitend op de methodiek?

Wat is de meerwaarde van de GGZ-agoog binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort?

Wat zijn de mogelijkheden voor ontheffing uit de leerplicht, voor jongeren van 14 tot 18 jaar, en waar moet bij klinische behandeling rekening mee gehouden worden?

Bovengenoemde deelvragen hebben wij beantwoord door werkbezoeken af te leggen en interviews af te nemen binnen verschillende instellingen in de verslavingszorg en (kinder- en jeugd) psychiatrie, te noemen:

▪ Afdeling dubbeldiagnose	Zwolse Poort	Raalte
▪ Orthopsychiatrisch centrum InZicht	Karakter e.a.	Nijmegen
▪ Breegweestee	Verslavingszorg Noord Nederland	Eelde
▪ Jeugdkliniek	JellinekMentrum	Amsterdam
▪ Bauhuus	Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen
▪ Woning 3	Karakter	Zwolle

Notulen van deze interviews zijn te vinden in de bijlage.

De kennis die we binnen de instellingen hebben opgedaan, hebben wij geïntegreerd met literatuur om tot een verantwoorde eindconclusie te komen.

Inhoudsopgave

Onderwerp	Paginanummer
Organisatie Zwolse Poort	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Missie en visie Zwolse Poort	7
1.3 Zorgcircuits	7
1.4 Nieuwbouw Zwolse Poort	8
1.5 De toekomstige afdeling	8
Doelgroepanalyse	9
2.1 Inleiding	9
2.2.1 Verslaving	9
2.2.2 Psychiatrische stoornissen	11
2.2.3 Dubbeldiagnose	11
2.2.4 Adolescentie/puberteit	12
2.3 Doelgroepanalyse	13
2.4 Eisen voor de methodiek van de toekomstige klinische behandelsetting	16
Methodiek beschrijving	17
3.1 Inleiding	17
<i>3.2 Afdeling dubbeldiagnose</i>	<i>19</i>
3.2.1 Inleiding	19
3.2.2 Inhoud van de methodiek	19
3.2.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	24
3.2.4 Benodigde competenties van het personeel	26
3.2.5 Resultaten	26
3.2.6 Conclusie	26
<i>3.3 Orthopsychiatrisch centrum InZicht</i>	<i>27</i>
3.3.1 Inleiding	27
3.3.2 Inhoud van de methodiek	27
3.3.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	31
3.3.4 Benodigde competenties van het personeel	32
3.3.5 Resultaten	33
3.3.6 Conclusie	33
<i>3.4 Breegweestee</i>	<i>35</i>
3.4.1 Inleiding	35
3.4.2 Inhoud van de methodiek	35
3.4.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	38
3.4.4 Benodigde competenties van het personeel	38
3.4.5 Resultaten	38
3.4.6 Conclusie	38
<i>3.5 Jeugdkliniek JellinekMentrum</i>	<i>40</i>
3.5.1 Inleiding	40
3.5.2 Inhoud van de methodiek	40

3.5.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	42
3.5.4 Benodigde competenties van het personeel	42
3.5.5 Resultaten	42
3.5.6 Conclusie	43
3.6 <i>Bauhuus</i>	44
3.6.1 Inleiding	44
3.6.2 Inhoud van de methodiek	44
3.6.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	50
3.6.4 Benodigde competenties van het personeel	50
3.6.5 Resultaten	51
3.6.6 Conclusie	51
3.7 <i>Woning 3</i>	52
3.7.1 Inleiding	52
3.7.2 Inhoud van de methodiek	52
3.7.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten	52
3.7.4 Benodigde competenties van het personeel	53
3.7.5 Resultaten	53
3.7.6 Conclusie	53
3.8 <i>Conclusie</i>	54
Sociaal systeem	56
4.1 Inleiding	56
4.2 Wat is een sociaal systeem	56
4.3 Systeemtheorie	56
4.4 Het sociale systeem in relatie met dubbeldiagnose problematiek	57
4.5.1 Voorafgaand aan de klinische behandeling	58
4.5.2 Gedurende de klinische behandeling	58
4.5.3 Na de klinische behandeling	59
4.6 Het betrekken van het sociale systeem binnen de bezochte instellingen	59
4.7 Conclusie	61
Therapieën en disciplines	63
5.1 Inleiding	63
5.2 Wat zijn therapieën en disciplines	63
5.3 Invulling van therapieën en disciplines binnen de bezochte instellingen	63
5.4 Specifieke discipline: De GGz-agoog	68
5.5 Conclusie	68
Leerplicht	72
6.1 Inleiding	72
6.2.1 Wat is leerplicht	72
6.2.2 Vervangende leerplicht	72
6.2.3 Niet naar school	72
6.3 Met betrekking tot de dubbeldiagnose cliënten binnen de toekomstige klinische behandelsetting	73
6.4 Invulling van leerplicht binnen de bezochte	

instellingen	74
6.5 Conclusie	76
Eindconclusie	77
7.1 Inleiding	77
7.2 Samenvatting	77
7.3 Adviezen	81
7.4 Beschouwende terugblik	82
Slotwoord	83
Definities meest voorkomende begrippen	84
Bronnenlijst	85
Bijlagen:	
Algemene vragenlijst instellingenbezoek	
Notulen instellingenbezoeken	
Vragenlijst leerplichtambtenaar	

1.1 Inleiding

Om een beeld te geven van de organisatie Zwolse Poort zal hieronder een beschrijving worden gegeven van de missie en visie, de zorgcircuits waarmee gewerkt wordt, de nieuwbouw Zwolse Poort en de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. De deelvraag welke hierbij beantwoord zal worden is: *wat zijn de kenmerken en doelstellingen van Zwolse Poort?*

1.2 Missie en visie Zwolse Poort

Zwolse Poort is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg te West-Overijssel.

De medewerkers binnen de instelling zetten zich in, vanuit hun specialistische deskundigheid en ervaring, voor mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Respect, specifieke vragen en behoeften van de cliënt staan in de behandeling en zorg steeds centraal.

Zwolse Poort richt zich op het voorkomen, behandelen en draaglijk maken van psychische en psychiatrische klachten en problemen. Het doel van de zorg en behandeling binnen de instelling is mensen in staat te stellen een zo normaal mogelijk leven te leiden, zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven te voeren en zo volwaardig mogelijk te functioneren in de eigen omgeving. Om die reden rekenen zij de advisering en ondersteuning van de omgeving van de cliënt ook tot hun werkerterrein.

Rond een behandeling leggen de individuele cliënt en Zwolse Poort met elkaar afspraken vast in een behandelovereenkomst. In overleg komen zij tot een afgewogen mix van poliklinische zorg, thuiszorg, deeltijd en/of klinische mogelijkheden. Dit noemen zij het transmurale systeem. Vanuit specialistische deskundigheid en ervaring levert Zwolse Poort een bijdrage aan stabilisatie van de toestand in de eigen omgeving, verdere ontwikkeling en onderhoud van sociale contacten en deelname aan de maatschappij. Cliënten komen in contact met de instelling via een verwijzer (veelal de Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG) of de huisarts).

Voor Zwolse Poort is het werken aan kwaliteit, dat wil zeggen voortdurend werken aan het verbeteren van de dienstverlening, een vanzelfsprekendheid. Het door de KEMA, een onafhankelijke certificatie-instelling, in augustus 2007 afgegeven HKZ-certificaat (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) maakt dit aantoonbaar voor de cliënten, verwijzers en financiers. Met dit kwaliteitscertificaat is duidelijk dat zij verantwoorde zorg van goede kwaliteit bieden. Zij werken gericht aan het onderhouden van de kwaliteit en het behouden van het certificaat. Periodiek worden er audits uitgevoerd en verbeterplannen opgesteld door het management om de kwaliteit van de zorgverlening en de bedrijfsvoering te verbeteren. In het jaardocument maatschappelijke verantwoording worden jaarlijks de resultaten gepubliceerd en beschikbaar gesteld voor benchmarking. Zwolse Poort is lid van de brancheorganisatie GGZ Nederland en voldoet als gecertificeerde instelling aan de overeengekomen inspanningsverplichting¹

1.3 Zorgcircuits

Zwolse Poort kent vier zorgcircuits:

1. Zorgcircuit ouderenpsychiatrie en neuropsychiatrie/Korsakov

Onder dit circuit vallen de afdelingen ouderenpsychiatrie en neuropsychiatrie.

2. Zorgcircuit verslaving en persoonlijkheidsharmonisatie

Dit circuit bestaat uit de onderdelen verslavingszorg, persoonlijkheidsharmonisatie en de afdeling dubbeldiagnose.

3. Zorgcircuit acute psychiatrie en gedragsregulatie

Dit circuit bestaat uit de behandelafdelingen acute psychiatrie en gedragsregulatie.

4. Zorgcircuit transmuraal

Dit circuit bestaat uit drie regionaal gevestigde psychiatrische diensten centra (pdc's) en de klinische afdelingen rehabilitatie en resocialisatie.

Momenteel zijn er vier regionale centra: Hardenberg, Steenwijk, Kampen en Raalte. Ook zijn er naast de klinische afdelingen rehabilitatie en resocialisatie nog de afdelingen wonen, te weten de bungalows en sociowonen. Doordat Zwolse Poort momenteel op verschillende plekken in Zwolle nieuw bouwt, zullen de meeste vestigingen in de toekomst in Zwolle zijn.

De toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek valt onder het zorgcircuit verslaving en persoonlijkheidsharmonisatie¹.

1.4 Nieuwbouw Zwolse Poort

Zwolse Poort bouwt aan de toekomst. Zij streven ambitieuze kwalitatieve doelstellingen na. Zowel in de organisatie als in het primaire zorgproces voor de cliënten. De (nieuw)bouwprojecten in Zwolle zijn medebepalend voor de realisatie van deze doelstellingen.

Momenteel wordt er gewerkt aan de nieuwbouw in Stadshagen, Assendorp en Oosterenk, allen stadsdelen binnen de gemeente Zwolle.

De nieuwe vestiging in Assendorp, aan de Gastdorpstraat, zal de plek zijn waar de jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnoseproblematiek terecht kunnen voor behandeling. Tevens zal dit gebouw gebruikt worden voor behandeling aan volwassenen met verslavings- en dubbeldiagnoseproblematiek¹.

1.5 De toekomstige afdeling

8

Medio 2009 zal Zwolse Poort de nieuwe klinische behandelsetting openen voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Deze jongeren hebben tot nu toe weinig mogelijkheden qua behandeling. In Nederland waren er tot voor twee jaar terug twee instellingen beschikbaar voor jongeren met een dubbele diagnose, namelijk bij het Bauhuus te Groningen en het huidige Mistral te Den Haag. Tegenwoordig wordt er door meerdere organisaties gewerkt aan het organiseren van plekken voor jongeren met dubbeldiagnose problematiek. Eén van de redenen hiervoor is het toenemende aantal jongeren wat middelen misbruikt of hiervan afhankelijk is. Deze ontwikkeling heeft het ministerie doen besluiten meer geld en "bedden" beschikbaar te stellen voor deze doelgroep.

Gezien de maatschappelijke ontwikkelingen, waarbij jongeren op een steeds jongere leeftijd in aanraking komen met verschillende verslavende middelen, is de noodzaak voor een nieuwe klinische behandelsetting voor deze doelgroep groot. Ondanks de groei van verschillende instellingen in Nederland, welke behandeling bieden aan jongeren met dubbeldiagnose problematiek, blijkt dat een deel van deze jongeren nergens terecht kunnen voor behandeling. Contra-indicaties als suïcidaliteit, psychotische stoornissen of persoonlijkheidsstoornissen maken dat de jongeren niet behandeld kunnen worden. Zwolse Poort wil juist ook voor deze doelgroep een klinische behandelsetting openen.

Naar aanleiding van het onderzoek hebben wij een conclusie getrokken, waarin duidelijk is geworden op welke manier, via welke methodiek met bijbehorende therapieën en disciplines, binnen deze klinische behandelsetting gewerkt zal kunnen worden.

Binnen de klinische behandelsetting zal er voor zestien jongeren een klinische plaats zijn. Naar alle waarschijnlijkheid zal er gewerkt worden met een detoxificatie en diagnostiek crisis afdeling, en een behandelafdeling. Daarnaast zijn er acht "stoelen" beschikbaar voor dagbehandeling welke vijf dagen in de week kan plaatsvinden.

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een antwoord gegeven op de volgende deelvragen: *wat is kenmerkend voor de doelgroep, welke behandeld zal worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting? En waar moet een methodiek voor het klinische behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek aan voldoen?* Door bovenstaande vragen te beantwoorden wordt er een duidelijk beeld gegeven van wat er binnen het onderzoek verstaan wordt onder dubbeldiagnose problematiek. Daarbij is er aandacht voor de inhoud van de begrippen verslaving, psychiatrische stoornissen en adolescentie/puberteit, waarna er een doelgroepanalyse wordt gegeven en beschreven wordt waar een methodiek voor het klinisch behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek aan moet voldoen.

2.2.1 Verslaving

De cliënten welke behandeling zullen volgen in de toekomstige klinische behandelsetting, zullen allen te maken hebben met misbruik of afhankelijkheid van één of meerdere middelen. In de DSM-IV-TR (Amerikaans handboek voor diagnosticeren en statistiek van psychiatrische problematiek) wordt niet gesproken van verslaving maar van 'stoornissen in het gebruik van middelen'. Deze stoornissen kunnen verdeeld worden in twee groepen: de stoornissen *in* het gebruik van het middel (afhankelijkheid, misbruik), en stoornissen *door* het gebruik van het middel (Intoxicatie, onthouding etc.). Per psychoactieve stof worden vier klinische syndromen onderscheiden: afhankelijkheid, misbruik, intoxicatie en onthouding. Deze termen zullen hieronder worden beschreven volgens de criteria van de DSM-IV-TR².

Afhankelijkheid van een middel:

Een patroon van onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt zoals blijkt uit drie (of meer) van de volgende criteria die zich op een willekeurig moment in dezelfde periode van twaalf maanden voordoen:

1. tolerantie, zoals gedefinieerd door tenminste één van de volgende criteria:
 - a. een behoefte aan duidelijk toenemende hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of de gewenste werking te bereiken.
 - b. een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel.
2. onthouding, zoals blijkt uit tenminste één van de volgende criteria:
 - a. het voor het middel karakteristieke onthoudingssyndroom (verwijs naar criteria A en B van de criteria voor onthouding van een specifiek middel).
 - b. hetzelfde (of een nauw hiermee verwant) middel wordt gebruikt om onthoudingsverschijnselen te verlichten of te vermijden.
3. middel wordt vaak in grotere hoeveelheden of gedurende een langere tijd gebruikt dan het plan was.
4. er bestaat de aanhoudende wens of er zijn weinig succesvolle pogingen om het gebruik van het middel te verminderen of in de hand te houden.
5. een groot deel van de tijd gaat op aan activiteiten, nodig om aan het middel te komen (bv. verschillende artsen bezoeken of grote afstanden afleggen), het gebruik van het middel (bv. kettingroken), of aan het herstel van de effecten ervan.
6. belangrijke sociale of beroepsmatige bezigheden of vrijetijdsbesteding worden opgegeven of verminderd vanwege het gebruik van het middel.
7. het gebruik van het middel wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een hardnekkig of terugkerend sociaal, psychisch of lichamelijk probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bv. actueel cocaïnegebruik ondanks het besef dat een depressie door cocaïne veroorzaakt wordt of doorgaan met drinken van alcohol ondanks het besef dat een maagzweer verergerd door het alcoholgebruik).

Misbruik van een middel:

- a. patroon van het onaangepast gebruik van een middel dat significante beperkingen of lijden veroorzaakt, zoals in een periode van twaalf maanden blijkt uit tenminste één (of meer) van de volgende criteria:

1. herhaaldelijk gebruik van het middel met als gevolg dat het niet meer lukt om in belangrijke mate te voldoen aan verplichtingen op het werk, school of thuis (bv. herhaaldelijk absent of slecht werk afleveren in samenhang met het gebruik van het middel; met het middel samenhangende absentie, schorsing of verwijdering van school; verwaarlozing van kinderen of het huishouden).
 2. herhaaldelijk gebruik van het middel in situaties waarin het fysiek gevaarlijk is (bv. autorijden of bedienen van een machine als men onder invloed van het middel is).
 3. herhaaldelijk, in samenhang met het middel, in aanraking komen met justitie (bv. aanhouding wegens verstoring van de openbare orde in samenhang met het middel).
 4. voortdurend gebruik van het middel ondanks aanhoudende of terugkerende problemen op sociaal of intermenselijk terrein veroorzaakt of verergert door de effecten van het middel (bv. ruzie met de echtgenoot over de gevolgen van de intoxicatie, vechtpartijen).
- b. verschijnselen hebben nooit voldaan aan de criteria van afhankelijkheid van een middel uit deze groep middelen.

Intoxicatie door een middel:

- A. Het ontstaan van een reversibel middelspecifiek syndroom als gevolg van recent gebruik van (of blootstelling aan) een middel. NB: verschillende middelen kunnen vergelijkbare of identieke syndromen veroorzaken.
- B. Gedrags- of psychische verandering.
- C. De symptomen zijn niet het gevolg van somatische aandoeningen en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychische stoornis.

Onthouding van een middel:

- A. De ontwikkeling van een middelspecifiek syndroom als gevolg van het staken (of verminderen) van het gebruik van het middel dat daarvoor aanzienlijk en van lange duur is geweest.
- B. Het middelspecifieke syndroom veroorzaakt in significante mate lijden of beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren op belangrijke andere terreinen.
- C. De symptomen zijn niet het gevolg van een somatische aandoening en zijn niet eerder toe te schrijven aan een andere psychotische stoornis.

10

Afhankelijkheid van verschillende middelen:

Deze diagnose is gereserveerd voor gedrag dat gedurende dezelfde periode van twaalf maanden waarin betrokkene bij herhaling uit tenminste drie groepen middelen gebruikte (met uitsluiting van cafeïne en nicotine), terwijl geen enkel middel op de voorgrond heeft gestaan. Verder is tijdens deze periode voldaan aan de criteria van afhankelijkheid voor middelen als groep, maar niet voor een willekeurig specifiek middel. Deze vorm van afhankelijkheid wordt ook wel poligebruik genoemd.

Psychoactieve stoffen/middelen

Het Van Dale woordenboek³ beschrijft psychoactief als volgt: 'het gedrag beïnvloeden'. Er zou dus gesproken kunnen worden van middelen of stoffen die het gedrag beïnvloeden. Op de website van mens en gezondheid⁴ wordt gesproken over middelen die leiden tot een verandering in de psychische functies.

Hieronder wordt een opsomming gegeven van de middelen die beschreven staan in de DSM-IV-TR:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| - Alcohol | - Amfetamine |
| - Cafeïne | - Cannabis |
| - Cocaïne | - Hallucinogenen (LSD, XTC, en paddo's) |
| - Vluchtige stoffen | - Nicotine |
| - Opiaten | - Fencyclidine |
| - Sedativum, hypnoticum, anxiolyticum | |

Daarnaast kan een cliënt een stoornis hebben in de impulsbeheersing, wat kan resulteren in pathologisch gokken en gamen. Hiervan is de laatste nog niet in de DSM beschreven. In de praktijk worden deze resultaten binnen de stoornis veelal gezien als een verslaving.

2.2.2. Psychiatrische stoornissen

Naast de verslavingsproblematiek zal er bij de cliënten binnen de nieuwe klinische behandelsetting ook sprake zijn van psychiatrische problematiek. Psychiatrie is een medisch specialisme dat zich richt op de diagnostiek en behandeling van psychische ziektebeelden. Het hoofddoel van de psychiatrie is het verlichten van psychisch lijden ten gevolge van psychiatrische aandoeningen en het vergroten van het psychisch welbevinden van de psychiatrische patiënt en diens omgeving⁵.

Psychopathologie is de wetenschap of studie van het geestelijk of psychisch lijden⁶ (Vandereycken e.a. 2004). Wanneer deze toepast wordt spreekt men veelal over psychiatrie. Binnen dit onderzoek wordt het begrip psychiatrie gehanteerd.

Een psychiatrische stoornis is een aandoening die wordt gekenmerkt door afwijkende ervaringen en gedrag. Psychiatrische stoornissen worden onder andere vastgesteld aan de hand van het observeren van gedrag⁷.

In de psychiatrie wordt in de meeste landen voor het diagnosticeren van stoornissen, als standaard, het Amerikaanse handboek Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) gebruikt. De huidige versie is een tekstrevisie van de vierde editie dat wordt aangeduid met DSM-IV-TR2.

Binnen de DSM hanteert men een vijftal assen. Deze assen staan voor meerdere dimensies en bij het stellen van een diagnose wordt per cliënt per as informatie verzameld. Hieronder staat een overzicht van de assen vermeld⁶.

- As I: Klinische syndromen. Deze as bevat de classificatie van de meest bekende psychische stoornissen in de vorm van syndromen, waarvoor telkens een aantal kenmerken wordt aangegeven die aanwezig moeten zijn om de desbetreffende diagnose te mogen toepassen.
- As II: Persoonlijkheidsstoornissen. Hier worden, gescheiden van As I, stoornissen in de persoonlijkheid weergegeven. Met persoonlijkheid wordt bedoeld; een voor elk individu kenmerkend patroon van interactie met de wereld en zichzelf.
- As III: Lichamelijke toestand. Deze as biedt de mogelijkheid een lichamelijke stoornis te vermelden wanneer deze belangrijk wordt geacht voor het gestoord psychisch functioneren en/of de behandeling van de patiënt. Het kan gaan om een lichamelijke aandoening die oorzakelijk samenhangt met een psychische stoornis.
- As IV: psychosociale problemen. Op deze as worden alle psychosociale problemen vermeld die zich in het afgelopen jaar hebben voorgedaan en die de diagnose, behandeling of prognose van de psychische stoornis beïnvloeden. Het kan hier gaan om gelijk welke negatieve levensgebeurtenis, omgevingsproblemen, studie- of werkproblemen, problemen in gezin of familie en persoonlijke relaties.
- As V: globale beoordeling van het functioneren. Het psychisch, maatschappelijk en beroepsmatig functioneren, wordt hier globaal beoordeeld met behulp van een schaal

11

Voorbeelden van enkele stoornissen die zich overwegend bij kinderen en adolescenten openbaren zijn:

- Aandacht- en gedragsstoornissen;
- Angststoornissen;
- Stemmingsstoornissen;
- Stoornissen in het autistisch spectrum;
- Psychosen;
- Persoonlijkheidsstoornissen;
- Stoornissen in de ontwikkeling.

2.2.3 Dubbeldiagnose

Er zijn veel verschillende definities van dubbeldiagnose. Veelal is er verwarring tussen de termen dubbeldiagnose en co-morbiditeit. In het kader van dit afstudeerproject zal er gesproken worden over dubbeldiagnose, wat in dit verband het volgende inhoudt:

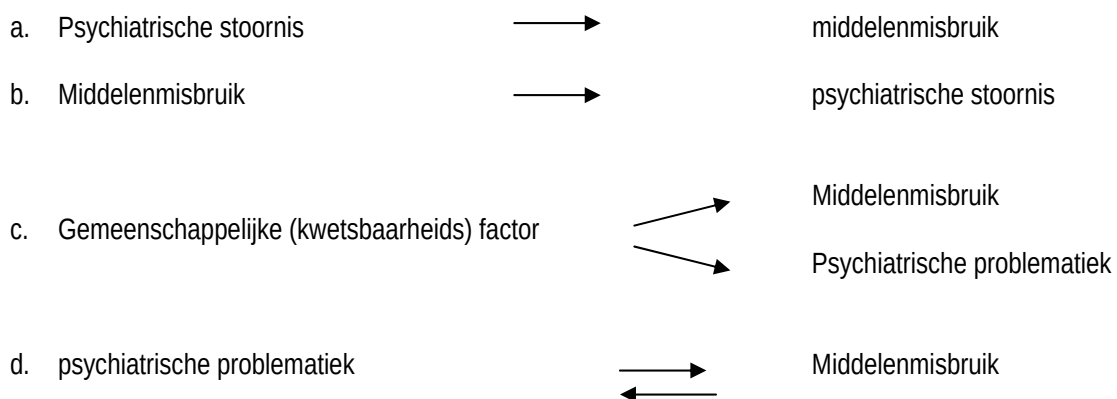
Het tegelijkertijd aanwezig zijn van verslavings- en psychiatrische problematiek bij één persoon, onafhankelijk of deze naast of in interactie met elkaar zijn ontstaan.

Verslaving wordt steeds meer gezien in combinatie met psychiatrische problematiek. De visie op verslaving binnen de hulpverlening verandert. 'Verslaving wordt niet meer gezien als een aangeleerd patroon bij zwakke persoonlijkheden die hun behoeftebevrediging niet onder controle hebben maar als een stoornis in het brein. Het is een chronische, recidiverende neurobiologische aandoening met zowel neurobiologisch, psychologische als sociale aspecten' (Patricia van Wijngaarden⁸).

Een neurobiologische kwetsbaarheid kan ervoor zorgen dat iemand in meer of mindere mate gevoelig is om verslaving of andere psychiatrische problematieken te ontwikkelen. Een andere factor bij het ontstaan van dubbeldiagnose problematiek is iemands stressgevoeligheid.

Na het stellen van een diagnose is het belangrijk om gelijktijdige behandeling aan te bieden voor zowel de verslaving als de psychiatrische problematiek⁸.

Theoretisch gezien zijn er vier interactiemodellen mogelijk tussen middelenmisbruik en psychiatrische problematiek.



12

Uitleg met betrekking tot bovenstaand schema:

- a. De psychiatrische stoornis staat op de voorgrond, de cliënt begint met middelen gebruik om symptomen te dempen. (zelfmedicatie) Dit loopt uit naar verslaving.
- b. De cliënt gebruikt middelen en ontlokt hierdoor een psychiatrische stoornis.
- c. Psychiatrische stoornissen als middelenmisbruik zijn multifactoriële aandoeningen. Er is geen eenduidige oorzaak te vinden die maakt dat iemand wel of geen stoornis ontwikkelt. Vaak is het een samenspel van problemen op verschillende niveaus
- d. Gebruik van middelen en psychiatrische stoornis bestaan onafhankelijk van elkaar. Cliënten kunnen de 'pech' hebben geconfronteerd te worden met beide problematieken. Het een veroorzaakt het andere niet en bestaat naast elkaar.

Praktisch gezien werkt het natuurlijk niet altijd zoals bovenstaand. Er kunnen ook andere manieren zijn en andere factoren spelen waardoor een dubbele diagnose ontstaat bij cliënten⁹.

Bij dubbeldiagnose cliënten is motivatie van groot belang. Vaak is het zo dat de cliënten gemotiveerd zijn om te werken aan de symptomen van de psychiatrische stoornis, maar hebben zij moeite om de prettige ervaringen van het middelengebruik aan de kant te zetten. Behandeling bij cliënten met een dubbele diagnose omvat alle interventies gericht op herstel, het ondersteunen van cliënten en het leren functioneren met een psychiatrische beperking in de maatschappij⁹.

2.2.4 Adolescentie/puberteit

De cliënten welke behandeld zullen worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting, zijn allen in de leeftijd van 14 tot 18 jaar. Dit betekent dat zij te maken hebben met puberteit en/of adolescentie.

Hieronder worden beide begrippen verklaard volgens het Van Dale woordenboek²:

- Puberteit: levensperiode tussen kinderjaren en volwassenheid, waarin de seksuele rijping plaatsvindt.
- Adolescentie: periode van het volwassen worden.

Binnen de ontwikkelingspsychologie spreekt men van de adolescentie bij een leeftijd van 12 tot 20 à 22 jaar (Craeynest, P, 2002¹⁰). In deze psychologie komt de puberteit niet naar voren. Een duidelijke scheidslijn tussen de twee begrippen is er niet. Om die reden worden zij dan ook door elkaar gebruikt in dit onderzoek.

Centraal in de adolescentie staan de veranderingen in de volgende ontwikkelingsgebieden (F.C. Verhulst en F. Verheij 2000¹¹):

- Lichamelijke veranderingen, zoals de groeispurt, de rijping van de geslachtsorganen en het verschijnen van secundaire geslachtskenmerken;
- Cognitieve veranderingen, zoals de ontwikkeling van het abstract-logisch denken;
- Sociale veranderingen, zoals de losmaking van de ouders en de verwerving van de eigen identiteit.

Naast de hierboven genoemde voorbeelden vinden er bij de jongeren veranderingen plaats als:

- Stemningswisselingen;
- Zich erg bewust zijn van andere personen;
- Een heroriëntatie wat betreft scholing, relaties en werkring;
- Een verandering van de referentiegroep en de cultuur;
- Experimenteren met drugs, alcohol, uitdagingen en overdrijvingen in het gedrag;
- Een groeiende belangstelling voor het andere/hetzelfde geslacht.

Er is, in de laatste 40 jaar, een duidelijke stijging van het percentage jongeren met psychosociale problemen. Het gaat dan om emotionele problemen, welke zich uiten in angsten, fobieën, depressiviteit, minderwaardigheidsgevoelens, sociale terugtrekking, verlegenheid en overgevoeligheid, gedragsproblemen die zich uiten als ongehoorzaamheid, vernielzucht, agressie, overmatige activiteit, gebrekkige concentratie, impulsiviteit, ontwikkelingsproblemen en psychosen. Bij kinderen tussen 0 en 17 jaar komen deze problemen bij 5 á 7 % in een dusdanig ernstige mate voor dat zij vastlopen in het gezin, de school en daarbuiten. De problemen hebben vaak een langdurig verloop. De oorzaak hiervan is meestal een combinatie van ongunstige factoren als, gezinsproblemen, een lage sociaaleconomische status en biologische aspecten. Deze factoren tezamen overschrijden de draagkracht van het kind en van de omgeving (Appelo 1999¹²).

13

2.3 Doelgroepanalyse

Uit een peilstationonderzoek in 2003 van het Trimbos-instituut te Utrecht, omtrent roken; drinken; drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar blijken de volgende punten¹³:

Alcohol

- Vooral onder jonge meisjes (12 tot en met 14 jaar) is de alcoholconsumptie de laatste jaren fors toegenomen.
- Één op de vijf meisjes en één op de zes jongens, van 14 jaar is zeker eens per maand dronken.
- Nederlandse jongeren zijn de zwaarste en de jongste drinkers van Europa.
- Met name onder scholieren in de leeftijd van 12 tot en met 15 jaar is er in 2003 ten opzichte van vorige metingen een toename te vinden in het gebruik van alcohol ooit in het leven en in de laatste maand.
- Er zijn weinig verschillen tussen schoolniveaus en het vóórkomen van alcoholgebruik of in de frequentie van het gebruik. Wel lijken scholieren van het Voorbereidend Middelbaar Beroeps Onderwijs (VMBO) praktijk vaker te drinken en meer glazen op een dag te drinken.
- Alcoholgebruik komt minder voor onder scholieren met een Marokkaanse, Turkse en overige niet-westerse etnische achtergronden dan onder scholieren van Nederlandse afkomst.

- Thuis drinken komt vooral bij jonge scholieren veel voor, op oudere leeftijd wordt er ook in uitgaansgelegenheden gedronken. Thuis alcohol drinken is in het basisonderwijs bij ruim eenderde van de scholieren toegestaan.

Cannabis

- De stabilisatie in het aantal cannabisgebruikers, die in 1999 is ingezet, zet zich in 2003 verder voort. Het gebruik in de afgelopen maand ligt zelfs weer onder het niveau van 1996. De afname betreft echter alleen de jongens. Onder de meisjes is het aantal gebruikers vrijwel gelijk gebleven.
- Het verschil tussen jongens en meisjes is door deze ontwikkeling sterk afgenomen. Er is in 2003 zelfs voor het eerst geen verschil meer tussen het aantal jongens en meisjes dat minstens éénmaal in het leven cannabis heeft gebruikt.
- De schoolniveaus verschillen weinig wat betreft het aantal gebruikers van cannabis. Wel roken de gebruikers op het VMBO praktijk meer joints per keer dan de gebruikers op het Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (VWO).
- Onder Marokkaanse leerlingen, met name de meisjes vinden we de minste gebruikers van cannabis.

Harddrugs en hallucinogene paddenstoeltjes

- Sinds 1999 zijn er geen significante dalingen in het gebruik van harddrugs en paddo's maar bij XTC, cocaïne, amfetamine en paddo's is er wel een dalende lijn te zien. In ieder geval kan er gesproken worden van een stabilisatie in het gebruik van harddrugs na een flinke stijging in het gebruik van deze middelen in 1996.
- XTC is de harddrug die het meest ooit in het leven is gebruikt.
- Hoewel de prevalenties van harddrugs veel lager zijn dan die van alcohol, roken en cannabis heeft toch één op de twintig scholieren in het voortgezet onderwijs op zijn minst al eens geëxperimenteerd met amfetamine, cocaïne, heroïne of XTC.
- Bij jongens is er een sterkere toename in het gebruik van harddrugs met het stijgen van de leeftijd dan bij meisjes.
- Op het laagste schoolniveau (VMBO praktijk) hebben twee keer zoveel scholieren geëxperimenteerd met enige harddrug als leerlingen in het VWO.

14

Gokken

- Veel jongeren maken kennis met gokkasten of fruitautomaten en kopen krasloten maar slechts een deel van hen blijkt recentelijk nog gegokt te hebben.
- Ongeacht het schoolniveau hebben evenveel leerlingen kennisgemaakt met gokkasten of krasloten. Echter meer leerlingen van het VMBO hebben de afgelopen maand nog gegokt
- Meer Nederlandse scholieren zijn achter de fruitautomaat te vinden, terwijl meer Surinaamse en Turkse scholieren en leerlingen uit overige westerse landen een kraslot kopen.

In 2006 is er in Nederland afgesproken dat er geen gokkasten in laagdrempelige voorzieningen zoals cafetaria's mogen staan. Het gemeentelijk beleid is er op gericht om jongeren zo min mogelijk in contact te laten komen met gokkasten, dit om gokverslaving te voorkomen¹⁴. Tijdens een bezoek aan het minisymposium verzorgt door JellinekMentrum op 19 februari 2008, kwam naar voren dat de instelling weinig te maken heeft met jongeren en een gokverslaving. Volgens hen ligt de reden hiervan in dit gemeentelijk beleid.

Hieronder wordt het klinische beeld van verslavingsgedrag bij adolescenten weergegeven, volgens het boek "Adolescenten psychiatrie" door F.C. Verhulst en F. Verheij¹¹.

Middelengebruik uit zich door verandering in stemming, denken en gedrag. De stemmingsveranderingen kunnen variëren van depressie tot euforie. Cognitieve veranderingen kunnen zich presenteren als een gestoorde concentratie of als psychotische symptomen. Gedragsveranderingen kunnen bestaan uit ontrekking, apathie, hyperactiviteit, agitatie, slaperigheid en uit overmatige waakzaamheid. Welke symptomen optreden hangt af van het middel, de dosis, de setting en kenmerken van de adolescent, zoals eerdere ervaringen met het middel, verwachtingen en de aanwezigheid van psychopathologie. Middelengebruik begint meestal als experiment om de effecten van het middel te ontdekken. Het bestaat uit incidenteel gebruik van alcohol, tabak, cannabis of XTC en speelt zich thuis, op klassenavonden of in het winkelcentra af. Adolescenten beschouwen dit gebruik als normaal en stoppen er in de meeste gevallen weer mee. Omdat adolescenten nog niet vertrouwd zijn met het middel en

geen tolerantie hebben ontwikkeld, kan experimenteel gebruik ongelukken tot gevolg hebben door oordeels- en waarnemingsstoornissen of door intoxicatie.

Experimenteel gebruik kan overgaan in geregeld, recreatief gebruik. Het middel wordt herhaald gebruikt. In deze fase ontwikkelt zich vaak tolerantie en ontstaat probleemgedrag, zoals teruglopende schoolresultaten; stemmingswisselingen; spijbelen; zich terugtrekken uit sportactiviteiten; afstand nemen van vrienden die niet gebruiken; stelen; liegen en na school zoek zijn.

In de volgende fase spreekt men van misbruik. Het middelengebruik is een centrale plaats in gaan nemen in het leven van de adolescent, ze komen op school, thuis en in hun vrije tijd hun verplichten niet meer na; er ontstaan problemen met de politie en de kans neemt toe dat de adolescent zich in lichamelijk riskante situaties begeeft. Het zijn vooral de kinderen, die op elf- en twaalfjarige leeftijd al beginnen met het middelengebruik, die in het stadium van middelenmisbruik terecht komen.

Het stadium dat volgt is dat van afhankelijkheid met dwangmatig gebruik. Er heeft zich een aanzienlijke tolerantie ontwikkeld (onthoudingsverschijnselen doen zich bij een adolescent niet zo snel voor). De adolescent heeft geen controle meer over de hoeveelheid die hij gebruikt, en de tijd die hij eraan spendeert en het gebruik zet door ondanks het besef dat het gebruik de adolescent in grote problemen brengt. Zonder ingrijpen van buitenaf zullen adolescenten hun gebruik niet meer onder controle krijgen.

Prevalentie cijfers Problemen en Diagnoses bij Kinderen en Jeugdigen

	Prevalentie In algemene bevolking	Meisjes	Jongens	Bron
Probleem gedrag gerapporteerd door ouders of leerkrachten	20-25%			Verhulst 1984 / 1997
Verwijzingen Jeugdzorg in brede zin	7%	20-25%	75-80%	
Stoornissen	8-14%			Verhulst et al. 1997
Angststoornissen	5% - 10%	66%	33%	Verhulst et al. 1997
Dwang	1-2%			Koot et al. 2002
PTSS	VS: 25-35%			
Stemmingsstoornissen	4%			Verhulst et al. 1997
Depressie	KK 1% Adol. 4-8%			
Dysthymie	KK 0,6-1,7% Adol. 1,6-8%			
Gedragsstoornissen	ODD 3% CD 2%	40%	60%	Verhulst et al. 1997
ADHD	2% 3-7%	20% 45%	80% 55%	Verhulst et al. 1997 Taylor et al. (Europese cijfers) 2004
Tics	1% 5-9% life time prevalence			Verhulst et al. 1997
Specifieke leerstoornissen	5%			
ASS	0,6 – 1,16%			Fombonne 2004 / Baird 2006
Middelen Misbruik	Zie Trimbos + Espad Per leeftijd en middel;			www.trimbos.nl peiling 2003 www.espad.org/ -
Psychose	Incidentie 0,2/1000 Prevalentie adolescenten 0,7%			
Anorexia & Boulemia Nervosa	1%	95%		
Hele jonge kinderen	8-15% Nb meer gedrag- dan affectieve stoornissen			

Bij adolescenten is de kans op een dubbele diagnose groter dan bij volwassenen. Psychiatrische problematiek kan voorafgaand zijn aan de verslaving, het kan een gevolg zijn of het gelijktijdig met de verslaving tot stand komen. Bij een dubbele diagnose geeft het middelengebruik een vertekend beeld van de psychiatrische problematiek. Pas wanneer een jongere abstinente is, kan er daadwerkelijk gekeken worden welke psychiatrische problematiek er speelt. Om deze reden geeft het boek "Adolescentenpsychiatrie" door F.C. Verhulst en F. Verheij¹¹, het advies om eerst de verslavingsproblematiek te behandelen en tijdens de abstinentie tijdig te starten met de behandeling van de psychiatrische problematiek.

De cliënten die binnen de toekomstige klinische behandelsetting zullen worden opgenomen, hebben allen te maken met dubbeldiagnose problematiek. Hierin bestaat er veel verscheidenheid, in het gebruik van (diverse) soorten middelen, de psychiatrische stoornis van de cliënt en de mate waarin hij/zij last ervaart van de puberteit. Naast een dubbele diagnose zullen de cliënten problemen ondervinden op andere leefgebieden. Hierbij valt te denken aan problematieken omtrent, sociaal systeem; school/werk; financiën; cognitieve- en lichamelijke ontwikkeling. Behandeling zal gericht moeten zijn op alle bovenstaande aspecten, waarbij rekening gehouden wordt met de manier waarop de cliënt zijn/haar klinische opname ervaart. Door dit binnen de behandeling na te streven, zullen de cliënten minder lasten en meer krachten ervaren, waardoor zij zo zelfstandig mogelijk kunnen terugkeren in de maatschappij. Resocialisatie, met aandacht voor dagbesteding en opbouw van het sociale systeem, zal hierbij aan het eind van de behandeling een belangrijke taak innemen.

2.4 Eisen voor de methodiek van de toekomstige klinische behandelsetting

Om tot een onderbouwde methodiek te komen voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek moet duidelijk zijn wat de eisen zijn voor deze methodiek.

De jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek hebben veelal teveel vrijheid gehad in hun opvoeding. Om die reden is het van belang dat er structuur en duidelijkheid geboden worden in de behandeling. Daarbij kunnen de jonge cliënten gezien hun leeftijd en hersenstructuur niet zelfstandig plannen en structureren³⁹. De jonge cliënten hebben te maken met de puberteit waarbij duidelijkheid, het stellen van grenzen en structuur tevens van belang zijn.

De doelgroep wordt gekenmerkt door complexe problematieken. Om een zo volledig mogelijke behandeling aan te kunnen bieden moet deze ingaan op alle levensgebieden. De jonge cliënten hebben vaak problemen op meerdere gelaagdheden zoals maatschappelijk, cultureel, financieel, cognitief, sociaal of lichamelijk. Door behandeling hier tevens op te richten kan een jonge cliënt na behandeling met minder problemen leren functioneren in de maatschappij.

De methodiek moet aandacht hebben voor verslavingsgedrag (welke factoren speelden mee om verslaafd te raken, wat zijn alternatieve copingstrategieën om terugval te voorkomen en welke motivatie is aanwezig om tot gedragsverandering te komen). Daarbij moet er aandacht zijn voor psychiatrische problematiek (het leren omgaan met een stoornis en de betekenis hiervan in het dagelijkse leven), puberteit en ontwikkelingsachterstanden (ontstaan door het gebruik van middelen).

Tijdens de behandeling moet er gestreefd worden naar een evenwicht in draagkracht en draaglast van de cliënten, mede hierdoor kunnen zij resocialiseren, en opnieuw leren functioneren in de maatschappij.

Het sociale systeem van een cliënt heeft door de verslavingsproblematiek van de cliënt veelal geen overzicht meer in de situatie. Vele negatieve gebeurtenissen en details belemmeren op het moment van opname, dat zij in staat zijn met elkaar te kunnen samenleven. Op het moment van opname moeten de behandelaren overzicht bieden aan de cliënt en zijn of haar systeem door hier professioneel op in te spelen.

Aansluitend is een eis voor de methodiek dat deze cliëntgericht en vraaggestuurd zal zijn, zodat er rekening gehouden kan worden met de ervaringen die de cliënt opdoet tijdens zijn of haar klinische opname.

Om te functioneren in de maatschappij moeten de cliënten tijdens opname leren rekening te houden met anderen, nu en in de toekomst. Deze vaardigheid (mentaliseren) zal binnen de klinische behandeling eigen gemaakt moeten worden om hierna verder te kunnen ontwikkelen.

3.1 Inleiding

In het kader van het onderzoek met betrekking tot de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek hebben wij werkbezoeken afgelegd en interviews gehouden binnen verschillende instellingen in de verslavingszorg en (kinder- en jeugd)psychiatrie te noemen:

- Afdeling dubbeldiagnose	Zwolse Poort	Raalte
- Orthopsychiatrisch centrum InZicht	Karakter e.a.	Nijmegen
- Breegweestee	Verslavingszorg Noord Nederland	Eelde
- Jeugdkliniek	JellinekMentrum	Amsterdam
- Bauhuus	Verslavingszorg Noord Nederland	Groningen
- Woning 3	Karakter	Zwolle

Nederland beschikt tot op heden over twee mogelijkheden tot klinische behandeling voor jongeren tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, te noemen het Bauhuus van Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen en Mistral van Parnassia te Den Haag. Daarbij biedt JellinekMentrum deeltijdbehandeling aan. In het kader van het onderzoek is geprobeerd contact te leggen met deze instellingen. Helaas is dit niet gelukt met de organisatie van Mistral, wat maakt dat deze niet opgenomen kon worden in het onderzoek.

Om toch tot een verantwoorde eindconclusie te komen, is ervoor gekozen instellingen te benaderen welke op verschillende terreinen in verbinding kunnen worden gebracht met de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Zo is er gekozen voor Karakter te Zwolle en te Nijmegen omdat zij bekend zijn met kinderen en jeugdigen die te kampen hebben met psychiatrische problematieken. Daarbij hebben beide instellingen verschillende visies en methodieken.

De afdeling dubbeldiagnose van Zwolse Poort te Raalte en Breegweestee van Verslavingszorg Noord Nederland te Eelde zijn gekozen omdat de doelgroep binnen deze instellingen qua problematiek overeenkomt met de toekomstige cliënten van Zwolse Poort. Met als verschil dat het hierbij gaat om cliënten vanaf 18 jaar.

17

De geïnterviewde medewerkers zijn pragmatisch gekozen. Aan het begin van het project bleek het niet eenvoudig te zijn om met instellingen in contact te komen. Dit heeft erin geresulteerd dat de geïnterviewde personen verschillende functies beoefenen. Hierbij is er gevraagd naar medewerkers welke beschikken over kennis omtrent de methodiek en wat hiervan teruggezien wordt op de werkvloer.

De deelvragen welke in dit hoofdstuk beantwoordt zullen worden zijn:

Hoe groot moeten de draagkracht en draaglast van een cliënt zijn, wil deze volgens de genoemde methodiek van de bezochte instellingen, behandeld kunnen worden? Over welke competenties dient het personeel te beschikken om de genoemde methodiek te kunnen organiseren, implementeren en verantwoorden? Welke methodiek is het meest passend voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, en wat is de motivatie hierachter?

Naar aanleiding van de werkbezoeken en interviews binnen bovengenoemde instellingen is de verworven informatie geïntegreerd met literatuur, welke betrekking heeft op de verschillende methodieken (veelal combinaties van methoden) waarmee binnen de instellingen gewerkt wordt. Aan de hand hiervan is per instelling de methodiek op de volgende punten beschreven:

- Inhoud van de methodiek
- Draagkracht en draaglast van de cliënten
- Benodigde competenties van het personeel
- Resultaten
- Conclusie, in hoeverre is de beschreven methodiek toepasbaar voor de doelgroep van de toekomstige klinische behandelsetting?

Daar waar geen bronvermelding wordt gegeven, is informatie verworven uit interviews. Deze interviews hebben wij voorbereid door het opstellen van een standaard vragenlijst. Deze vragen betroffen de onderwerpen van de deelvragen. De gegevens zijn verwerkt door gedurende de interviews de antwoorden bij te houden op een laptop, en zijn vervolgens uitgewerkt in de vorm van notulen. De vragenlijsten en de notulen van ieder interview zijn te vinden in de bijlage. De informatie omtrent de methodiek van de bezochte instellingen, welke in de volgende paragrafen wordt gegeven, is door de desbetreffende medewerkers gecontroleerd en goed bevonden.

3.2.1 Inleiding

Op 1 februari 2008 is er een werkbezoek afgelegd aan de afdeling dubbeldiagnose, onderdeel van Zwolse Poort, te Raalte. Deze instelling biedt klinische behandeling aan cliënten vanaf 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Hier is gesproken met Co Beers en Daniëlle Drenth, sociotherapeut en verpleegkundige binnen deze instelling. In deze paragraaf wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen de afdeling dubbeldiagnose.

3.2.2 Inhoud van de methodiek

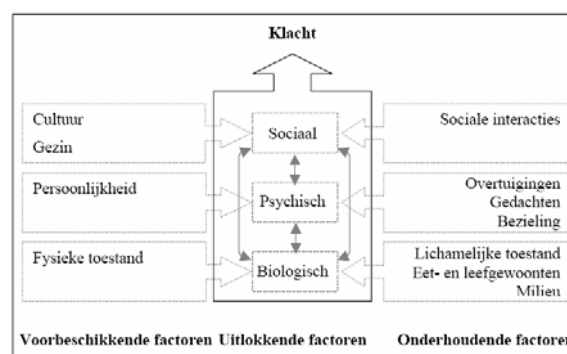
Binnen de afdeling dubbeldiagnose wordt er gewerkt vanuit de visie van het biopsychosociaal model. Daarbinnen wordt er met verschillende methoden gewerkt, te weten de vicieuze cirkels van dr. Kuno van Dijk, de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente, motiverende gespreksvoering en de BOKS-BANT methode. Hieronder zullen deze methoden uitgelegd worden.

Biopsychosociaal model

Onder biopsychosociaal model wordt verstaan; een model om aan te geven dat biologische, psychische en sociale factoren een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijke problematiek en/of herstel daarvan. Dit is de gangbare beschrijving binnen het Europees Instituut (2003), zoals dat in de Psychosociale hulpverlening wordt gebruikt (H. Versluis-Eering, 2004)¹⁷.

Het biopsychosociaal model is voortgekomen uit het werk van George L. Engel. Engel (1977) gaf aan dat, ondanks de grote vooruitgang die geboekt is in biomedisch onderzoek, er zowel bij het publiek als in de medische wereld een groeiend ongenoegen ontstond. Er werd niet voldaan aan de gezondheidsbehoeften in menselijke termen. Medici zaten gevangen in procedures en gaven niet genoeg blijk van interesse in de persoonlijke beleving van de cliënt. In de context van de klinische behandeling van mensen, gaf Engel aan dat biologische, psychische en sociale factoren een dynamisch verband met elkaar vertonen en dat deze interacties zowel het proces als de uitkomst van een behandeling beïnvloeden¹⁷.

Engel heeft het model ontwikkeld als middel voor een betere zorg aan patiënten.



Zoals bovenstaand schema laat zien is het biopsychosociaal model multifactorieel: er zijn meerdere factoren die meespelen bij het ontstaan, voortbestaan of herstel van de klacht. Verder is het model systemisch: de klacht wordt gezien als onderdeel van het hele systeem waar de mens zich in bevindt. Als laatste is het model circulair: de verschillende factoren hebben onderling invloed op elkaar. Een wijziging op één gebied heeft wijzigingen op alle andere gebieden tot gevolg¹⁷.

Het biologische aspect bestaat uit: ons lichaam en alles wat in rechtstreeks contact komt met ons lichaam (de lucht die we inademen, temperatuur, bacteriën en virussen).

Het psychische aspect bestaat uit alles wat, bewust of onbewust, met onze persoonlijkheid; onze gedachten; onze overtuigingen; onze gevoelens en onze bezieling te maken heeft.

Het sociale aspect omvat het systeem waarin wij functioneren, bijvoorbeeld het gezin, de buurt of collega's.

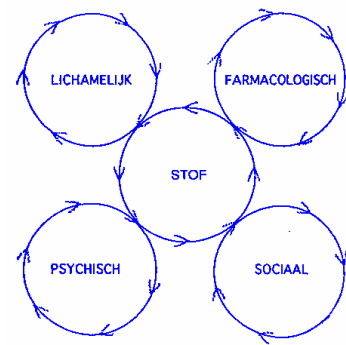
Uiteenlopende factoren binnen de verschillende aspecten, kunnen de kwetsbaarheid van verslaving naar voren laten komen in de vorm van de symptomen welke passen binnen deze ziekte. Het zien van een verslaving als ziekte op basis van een sociale, psychische en biologische kwetsbaarheid, past volledig binnen dit model (Zwolsse Poort, 2006)¹⁸.

Het werken met dit model past binnen het werken in de gezondheidszorg en dus ook binnen het werken met jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbeldiagnose problematiek. Door de drie genoemde aspecten te betrekken binnen de behandeling van de jongeren, zul je als instelling op alle probleemgebieden inspringen. Aan de hand hiervan kan gekeken worden wat er, binnen welke aspecten, speelt (de hulpvraag van de cliënt) en kan de behandeling hierop aansluiten. Zaken blijven op deze manier niet onderbelicht en de hulpverlening is zo volledig mogelijk.

De cirkels van Van Dijk

Het model van de vicieuze cirkels, is ontworpen door dr. Kuno van Dijk en is gebaseerd op vijf cirkels die elkaar wederzijds beïnvloeden. De methode richt zich op behandeling van cliënten in de verslavingszorg en zorgt ervoor dat er meer begrip komt voor verslaving. Het idee achter de methode is dat er niet zozeer gekeken wordt naar de oorzaak van verslaving, maar naar de factoren die ervoor zorgen dat de verslaving in stand gehouden wordt¹⁹.

In het midden van het model bevindt zich de cirkel 'stof'. Deze cirkel wijst op de stof (of de handeling) waaraan de cliënt verslaafd is. Daaromheen zijn vier andere cirkels weergegeven met de onderwerpen: lichamelijk, farmacologisch, psychisch en sociaal. In geval van verslaving versterken alle cirkels zowel zichzelf als elkaar, waardoor de verslaving in stand blijft of mogelijk verergert.



Lichamelijk:

Het gebruik van een middel heeft altijd effect op het lichaam. Gebruik zorgt voor lichamelijke klachten of ernstige lichamelijke ziekten. Symptomen als bijvoorbeeld slapheid, slapeloosheid of vermoeidheid zijn eerder regel als uitzondering.

Farmacologisch:

Tolerantie, abstinentie en controleverlies zijn de verschijnselen die Van Dijk onder de cirkel farmacologisch heeft geplaatst. Bij het gebruik van een middel zouden deze drie verschijnselen elkaar op kunnen volgen.

Psychisch:

De psychische cirkel moet eigenlijk gesplitst worden in twee cirkels, de psychiatrische- en psychologische cirkel.

Psychiatrisch: Het is bekend dat verschillende middelen, verschillende psychiatrische stoornissen uitlokken en andersom (zelfmedicatie). Zo zou schizofrenie ontwikkeld kunnen worden door het gebruik van cannabis en kan middelengebruik toenemen om de emotionele gevolgen van een stressstoornis te verminderen.

Psychologisch: De psychologische cirkel legt de aandacht op de eigenwaarde, het ideaal-ik van verslaafde personen. Zij hebben meestal een laag zelfbeeld en hebben moeite om het verslaafd zijn te accepteren.

Sociaal:

Gebruik van een middel zorgt veelal voor veel problemen op sociaal gebied. Er ontstaan problemen met financiën, in contact met vrienden, bekenden en familie, contact met justitie etc. Door de cirkel sociaal komen deze problematieken naar voren in de behandeling.

De cirkels van Van Dijk richten zich specifiek op verslaving, waarin ook de psychiatrische problematieken betrokken worden. Dit maakt dat deze methode geschikt is om te gebruiken binnen een klinische setting voor cliënten met een dubbele diagnose²⁰.

De veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente

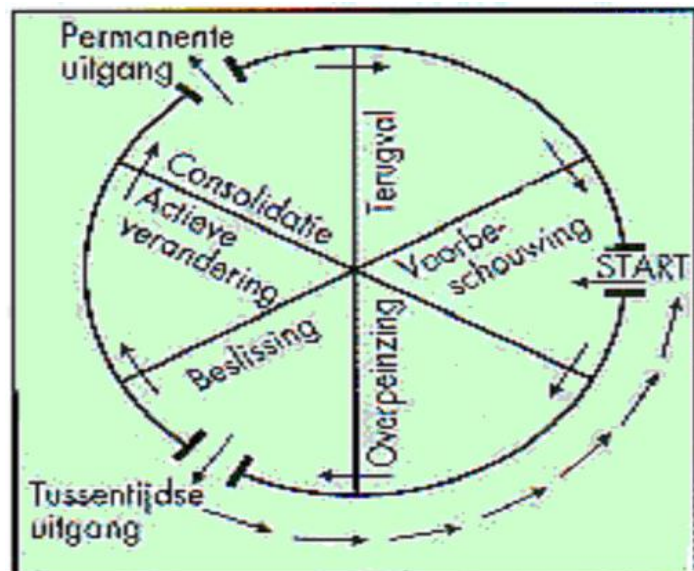
Prochaska en DiClemente hebben in 1983 het stages of change model ontwikkeld, ofwel de veranderingscirkel. De methode gaat ervan uit dat gedragsverandering niet vanzelf gaat omdat mensen vaak gehecht zijn aan hun manieren van handelen. Het veranderen van gedrag verloopt volgens de stadia van verandering zoals in onderstaande afbeelding is weergegeven. Het model van gedragsverandering kan hulpverleners en cliënten in de verslavingszorg inzicht geven in het proces van gedragsverandering met betrekking tot verslaving. Op basis van een onderzoek naar verandering van gedrag zonder dat daar professionele hulp bij betrokken was, ontdekten Prochaska en DiClemente dat motivatie tot verandering zelden in één keer ontstaat. In het model worden daarom zes stadia van verandering beschreven, te noemen:

- Voorbeschouwing: Er is nog geen bewustzijn van een probleem, cliënt overweegt geen verandering.
- Overpeinzing: Ambivalentie tegenover het probleem, de cliënt overweegt het gedrag te veranderen.
- Beslissing/voorbereiding: De cliënt staat open voor gedragsverandering, bedenkt hoe te willen veranderen.
- Actie: De cliënt is actief bezig met de verandering.
- Consolidatie: Het behouden van het nieuw aangeleerde gedrag, terugvalpreventie.
- Terugval: De cliënt valt terug in het oorspronkelijke gedrag, opnieuw starten bij een vorige fase van gedragsverandering is gewenst^{21, 22, 23}.

De fasen van gedragsverandering vormen, volgens Prochaska en DiClemente, geen lineair model maar een spiraalvorm waarbij je niet terugvalt naar het beginpunt (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994).

Het doel van de veranderingscirkel is het geven van inzicht aan de cliënt als de hulpverlener in de fase waarin hij of zij zich bevindt. Wanneer duidelijk is in welke fase een cliënt zich bevindt kan een hulpverlener hier op inspelen door bijbehorende interventies toe te passen.

De veranderingscirkel is door Prochaska en DiClemente ontworpen voor cliënten met verslavingsproblematiek. Omdat de jongeren met dubbeldiagnose hier mee te maken hebben zou het passend kunnen zijn om deze methode op te nemen in de behandeling. De veranderingscirkel geeft inzicht in de problematiek waardoor behandeling hier op afgestemd kan worden. De methode richt zich niet op psychiatrische problematiek, om dit model binnen de toekomstige behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek toe te kunnen passen is een andere aansluitende methode noodzakelijk^{21, 22, 23}.



Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een op interactie gerichte gespreksmethode, ontworpen door de Amerikaanse psychologen W.R. Miller en S. Rollnick. De methode is ontworpen voor de verslavingszorg en maakt gebruik van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente^{24, 25}.

Zoals in bovenstaande tekst is beschreven over de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente, verandert doorloopt men bij verandering, verschillende stadia. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de methode motiverende gespreksvoering.

Om verandering teweeg te brengen, moet een cliënt inzien dat verandering nodig is (willen) en moet hij vertrouwen hebben in deze verandering (kunnen). Een respectvolle bejegening van cliënten staat aan de basis

van de methode, daarbij bestaat de kern van de methode uit een combinatie van onvoorwaardelijke acceptatie en constructieve zelfconfrontatie^{24, 25}.

Onvoorwaardelijke acceptatie:

De relatie tussen hulpverlener en cliënt is gebaseerd op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en vrijheid van gedragskeuze. De hulpverlener veroordeelt geen gedrag, ook al is het zelfdestructief. Het doel van de hulpverlener is niet de gedragsverandering, maar harmonie van wensen en gedrag.

Constructieve zelfconfrontatie:

Om te veranderen is er confrontatie nodig. Het gaat hierbij niet om confrontatie met de wensen en meningen van anderen, maar om de ambivalentie in de cliënt zelf. De kern van de methode bestaat uit het voorhouden van gegevens die de hulpverlener weet van de cliënt. Daarbij maakt de methode gebruik van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente waarbij de hulpverlener interventies aanpast aan de stadia waarin de cliënt zich bevindt.

De centrale thema's in de methode zijn het verminderen van weerstand en het motiveren van cliënten. Motivering en weerstand worden door de ontwerpers van de methode niet gezien als eigenschappen van cliënten, maar als interacties tussen cliënt en hulpverleners. Het is de bedoeling dat cliënten overtuigde keuzes maken voor verandering en vertrouwen in zichzelf hebben om deze verandering waar te maken.

De aandachtspunten voor de hulpverlener, die motiverend wil werken zijn de volgende:

- *Empathie:*
De cliënt krijgt het gevoel begrepen te worden
- *Niet moralistische houding:*
Accepteren van de gedachten en ideeën van de cliënt, zonder hier eigen interpretaties aan te geven of eigen mening op te leggen.
- *Actief luisteren:*
Niet alleen luisteren naar wat er letterlijk gezegd wordt, maar ook naar dat wat de cliënt indirect verteld.
- *Niet meteen oplossingen aandragen:*
De verantwoordelijkheid hiervan zoveel mogelijk bij de cliënt laten liggen zodat duidelijk wordt in welk stadium van verandering de cliënt zich bevindt.
- *Discussie vermijden:*
Discussiëren zorgt voor weerstand, een discussie wordt bijna nooit gewonnen, het bereikt niets.
- *Inzicht krijgen in de balans tussen kennis, gevoelens en gedrag:*
Wanneer deze balans niet kloppend is, (geen geheel) bij de cliënt, is de cliënt vaak nog niet klaar voor verandering.
- *Meegaan met weerstand:*
Liegen of ontkennen wordt in dit verband gezien als weerstand. Als hulpverlener ga je met de weerstand mee en geef je aandacht aan de behoefte van de cliënt^{24, 25}.

22

Het doel van motiverende gespreksvoering is niet de daadwerkelijke gedragsverandering, maar richt zich op de harmonie tussen wensen en gedrag^{24, 25}.

Het werken met motiverende gespreksvoering gebeurt veelal in de verslavingszorg. Naast deze doelgroep zijn er momenteel ook andere doelgroepen en problematieken waarbij de methode gebruikt wordt.

De jongeren die in de toekomstige klinische behandelsetting van de Zwolse Poort behandeld zullen worden hebben onder andere verslavingproblematiek. Zij hebben mogelijk externe motivatie, gestuurd door ouders, vrienden of bekenden. Motiverende gespreksvoering zou een goede manier zijn om de jongeren bewust te maken van hun eigen motivatie en/of ambivalentie.

BOKS-BANT methode

De BOKS-BANT methode is, volgens GZ-psycholoog Martin Appelo, een rouwtherapeutische, oplossingsgerichte rehabilitatie voor mensen met een psychische kwetsbaarheid²⁶.

De BOKS-BANT methode is gebaseerd op het principe dat hulpverleners moeten voorkomen dat zij door hun cliënten als afkerend worden ervaren, zonder dat zij daarbij hun eigen grenzen uit het oog verliezen. De methode richt zich met name op het ontwikkelen en onderhouden van een goede relatie, op betrekkningsniveau, tussen hulpverlener en cliënt. Hierdoor krijgen cliënten het (zelf)vertrouwen (terug) om de werkelijkheid van hun psychische handicap onder ogen te zien, een plaats te geven en om te rehabiliteren.

Het inhoudsniveau wordt gebruikt om het psychisch welbevinden van de cliënt te vergroten, de cliënt geeft dus in principe zelf aan waar de hulpverlening uit zou moeten bestaan.

De methode gaat uit van de gezonde kant van de cliënt. Deze gezonde kant zal geïdentificeerd en ontwikkeld moeten worden om de kwetsbare kant te kunnen hanteren²⁶.

BOKSen geeft aan dat het erop aankomt wie de sterkste is, maar vormt ook een samenvoeging van vier ongewenste technieken: Betutteling, Overbezorgdheid, Kritiek en Straf.

BANT staat voor het aangaan van een relatie, maar vormt ook een samenvoeging van vier gewenste technieken: Bekrachten van gezondheid, Assertief communiceren, Negeren van psychopathologie en Time-out nemen door hulpverleners^{26, 27}.

De BOKS-BANT methode heeft acht uitgangspunten, welke op wetenschappelijke evidentie zijn gebaseerd. De overtuiging die als een rode draad door deze uitgangspunten heen loopt is, dat 'beterschap' het beste kan worden bereikt door aan te sluiten bij gezondheid.

De acht uitgangspunten zijn:

1. Bij chronische psychopathologie gaat het om kwetsbaarheid en niet om ziekte.
2. Niet 'genezen van' maar 'omgaan met' is het doel van rehabilitatie.
3. Het versterken van gezondheid is belangrijker dan het bestrijden van ziekte.
4. Zelfvertrouwen is de motor van gezondheid.
5. Chronische psychopathologie gaat samen met verlies en rouw.
6. Rouw en ontkenning zijn normale verschijnselen.
7. Acceptatie van de kwetsbaarheid en identificatie van het vermogen om met ziekte om te gaan, zijn nodig voor succesvolle reïntegratie.
8. Veel goedbedoelde zorg is ziekmakend omdat het cliënten de regie ontnemt²⁶.

23

De meest voorkomende psychische problemen worden tegenwoordig verklaard met multitheoretische modellen, zo blijkt uit het Handboek Psychopathologie van Van Der Eycken⁶. De klacht wordt door deze modellen toegeschreven aan de interacties tussen verschillende factoren. De meeste modellen hebben een biopsychosociaal karakter (zie eerder beschreven methode). Daarnaast zijn er kwetsbaarheidmodellen, als de BOKS-BANT methode. Deze benadrukken dat het bij psychopathologie om handicaps gaat. Niet genezen van, maar omgaan met is het doel. De belangrijkste vraag hierbij is dus, hoe kan iemand, gegeven zijn kwetsbaarheid, zo goed mogelijk met (dreigend) disfunctioneren omgaan.

Chronisch psychisch lijden gaat gepaard met verlies en rouw. Bijvoorbeeld door het opgeven van een maatschappelijke positie of doordat een aantal activiteiten niet meer uitgevoerd kunnen worden. Naast dit sociaal maatschappelijk verlies is er sprake van psychologisch verlies: iemand moet zijn toekomstbeeld bijstellen. Dit alles kan een ernstige aantasting van het zelfvertrouwen tot gevolg hebben.

Aangezien verlies gepaard gaat met rouw, betekent dit dat iedereen die chronische psychische klachten heeft lijdt en op één of ander moment zal rouwen over het verlies van positie, rollen, relaties, toekomstperspectief en zelfvertrouwen. Daarbij is het normaal dat mensen die rouwen hier de tijd voor moeten krijgen, om zich letterlijk en figuurlijk bij de feiten neer te leggen. Depressie (tijdelijk niet werken en passief zijn) wordt als een normale fase van rouw gezien. Vanuit dit perspectief is het dan ook vreemd dat veel opgenomen cliënten 's morgen uit bed moeten om naar therapie te gaan. Of dat passiviteit als ongemotiveerdheid wordt gezien²⁶.

Het grootste misverstand treedt, volgens Martin Appelo, op wanneer cliënten ontkennen dat er iets met ze aan de hand is. Ontkenning moet (door hulpverleners) niet gezien worden als een gebrek aan inzicht of als een symptoom van 'de ziekte', maar altijd opgevat worden als een effectieve vorm van zelfbescherming tegen emotionele overstimulatie. Ontkenning is, vanuit de psychologie, dus nodig om te voorkomen dat iemand aan de feiten ten onder gaat²⁶.

Self serving bias, houdt in dat het kwade aan de buitenwereld wordt toegeschreven en het goede aan de eigen persoon. Hier vanuit is het te begrijpen waarom mensen met psychische kwetsbaarheid nogal eens blijven ontkennen dat er iets met ze aan de hand is: verlies dat door externe factoren wordt veroorzaakt is beter te accepteren dan verlies dat door interne factoren wordt veroorzaakt (de self serving bias blijft intact).

Inzicht en erkenning van ziekte is dus gerelateerd aan de mate waarin iemand de confrontatie met de feiten aangaat, en niet gerelateerd aan de ernst van de symptomen.

Acceptatie van psychische kwetsbaarheid draagt bij aan een goede uitkomst, mits de self serving bias wordt hersteld. Tijdens het proces van acceptatie is het daarom van belang dat benadrukt wordt, dat iemand niet kwetsbaar is maar een kwetsbaarheid heeft.

Uit onderzoek (Appelo e.a. 1997) blijkt dat veel cliënten over vaardigheden beschikken die ze niet vertonen omdat de omgeving waarin ze verblijven daartoe niet uitnodigt. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat het binnen een kliniek waarschijnlijk niet zinvol is om vaardigheidstrainingen te geven. Er is binnen een kliniek namelijk geen betekenisvolle context die uitnodigt om het geleerde uit te voeren.

Vaardigheidstrainingen dienen binnen de betekenisvolle context te gebeuren en alleen wanneer de cliënt een vaardigheid nooit eerder heeft aangeleerd. Het weer activeren van vaardigheden die aanwezig zijn binnen het gedragsrepertoire, maar door omstandigheden niet gebruikt worden, is geen zaak van leren en trainen maar een attitudekwestie²⁶.

De bovengenoemde acht uitgangspunten vormen een basis voor de vier hoofdrichtlijnen van de BOKS-BANT methode, te weten:

1. Stel gezondheid centraal.
2. Houdt rekening met rouw.
3. Laat de regie bij de cliënt.
4. Geef duidelijk de eigen grenzen aan.

Betutteling, overbezorgdheid en kritiek worden zoveel mogelijk gemeden en straf is per definitie niet aan de orde²⁶.

24

Voorbeelden van argumenten om deze methode binnen een instelling niet in te voeren zijn:

- Verandering is lastiger dan het doorgaan met gewoontes.
- Teams kunnen het opgeven van gewoontes daarom als een verlieservaring beleven en er met rouw en dus ook met ontkenning op reageren.

Wanneer de methode in de praktijk wel ingevoerd wordt, kan men tegen de volgende consequenties aanlopen:

- Lagere opkomst bij therapieën.
- Alcohol- en drugsgebruik.
- Seksuele relaties op de afdeling²⁶.

Het werken met de BOKS-BANT methode binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort voor jongeren van 14-18 jaar met een dubbeldiagnose, zou deels passend kunnen zijn. Uitgaan van de gezonde kant van de cliënt, deze identificeren en ontwikkelen om de kwetsbare kanten van de cliënten te kunnen hanteren is ook bij deze doelgroep van toepassing. Zij moeten leren hoe zij zich in de maatschappij kunnen redden. Een nadeel van het werken met deze methode bij jonge cliënten, is dat zij vaak al te veel regie op hun leven hebben gehad waardoor zich vele problematieken hebben ontwikkeld. Wat zij tijdens de behandeling nodig hebben, is structuur en zijn duidelijke grenzen. Hierdoor zullen zij therapieën gaan volgen om inzicht in hun gedragingen en zelfvertrouwen te krijgen.

3.2.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

De methodiek van de afdeling dubbeldiagnose wordt op de werkvloer binnen drie verschillende groepen toegepast, te weten de opnamegroep, behandelgroep en de individuele groep. Binnen elke groep is de methodiek aangepast op het niveau en de draagkracht van de cliënten. Hieronder wordt een korte beschrijving van iedere groep gegeven:

Opnamegroep:

Iedere cliënt wordt in eerste instantie opgenomen in de opnamegroep. Deze groep is geïndiceerd voor cliënten met verslavingsproblematiek en een psychiatrische stoornis. Het verblijf in de opnamegroep is zes weken. De verwachting is dat de cliënten zich bevinden in de eerste drie stadia van gedragsverandering. De opnamegroep is gericht op ontgiften, voorlichting en diagnose.

Het evenwicht tussen de draagkracht en draaglast van de cliënten binnen de opnamegroep is ernstig verstoord en vaak de reden waarom zij worden opgenomen. Op het moment van opname kan iemand vaak niets meer, heeft geen prestatie- en/of uithoudingsvermogen over. Dit omdat de cliënten zowel geestelijk als lichamelijk niet sterk meer zijn, als gevolg van hun combinatie tussen middelenafhankelijkheid en een psychiatrische stoornis. De cliënten kunnen hun draaglast niet meer aan, hebben veelal geen of slechte contacten met de mensen in hun omgeving en ondervinden hierin veel problemen.

Contra-indicaties voor de opnamegroep zijn¹⁸:

- Cliënten met ernstige somatische aandoeningen, die intensieve, lichamelijke zorg behoeven.
- Cliënten die een gesloten setting behoeven.
- Agressie.
- Niet-Nederlands sprekende mensen.

Behandelgroep:

De behandelgroep is gericht op een gedragsmatige behandeling van cliënten met een AS-II problematiek. De cliënten moeten kunnen aantonen dat zij hun gedrag kunnen en willen veranderen, en zullen in staat moeten zijn dit bespreekbaar te maken. In de behandelgroep wordt gewerkt aan het versterken van het zelfbeeld, het opdoen van positieve ervaringen en het vergroten van het probleemoplossende vermogen, dit alles binnen het groepsverband. Naast individuele verantwoordelijkheid is er sprake van gezamenlijke verantwoordelijkheid. Middels groepsdynamica wordt er gewerkt aan het leren en oefenen van maatschappelijke rollen die van belang zijn na klinisch ontslag. Daarnaast worden de cliënten gestimuleerd om hun sociale systeem buiten de afdeling op te bouwen.

25

Ook binnen de behandelgroep is het evenwicht tussen de draagkracht en draaglast bij de cliënten verstoord. Binnen deze groep wordt er gewerkt aan het sterker maken van de aspecten binnen deze twee begrippen. Door middel van lichamelijke activiteiten en het praten in de groep worden de lichamelijke en geestelijke aspecten per cliënt vergroot. De draagkracht van de cliënten is sterker wanneer zij na behandeling een sterkere persoonlijkheid neer kunnen zetten en een sociaal systeem voor na de behandeling hebben opgebouwd. De draaglast is voor de cliënten aan het begin van de opname zo klein mogelijk. Zij hebben dan geen verplichtingen als naar het werk gaan. Ook hoeven zij niet na te denken over hun vrije tijd invulling. Dit zijn twee onderdelen die later in de behandeling steeds meer naar voren komen. Problemen van de cliënten worden binnen de behandeling zo veel mogelijk opgelost en levensgebeurtenissen kunnen in de groep besproken worden zodat er een verwerking bij de cliënten op gang kan komen.

Contra-indicaties voor de behandelgroep zijn¹⁸:

- Laag verstandelijk niveau
- Actuele AS 1 problematiek

Individuele groep:

De behandeling richt zich voornamelijk op het bieden van ondersteuning en structuur ten aanzien van de dagelijkse levenverrichtingen. De doelgroep wordt gekenmerkt door langdurige psychiatrische- en verslavingsproblematiek. Er wordt gezocht naar de juiste balans tussen draagkracht en draaglast om weer in de situatie van herkomst te kunnen functioneren, dan wel een nieuw toekomstbeeld op te kunnen bouwen. Uitgangspunt binnen deze groep is dat structuur een positieve bijdrage levert aan het herstel of de balans van de cliënten.

Contra-indicaties voor de individuele groep zijn:

- In de visie¹⁸ staat beschreven dat er 'geen' contra-indicaties gelden voor deze groep.

3.2.4 Benodigde competenties van het personeel

Om volgens de gebruikte methodiek op de afdeling dubbeldiagnose te werken moeten de werknemers de kenmerken van elke methode kennen en de theorie van de methodes kunnen integreren in het daadwerkelijke cliëntencontact. Naast de theoretische kennis met betrekking tot de verschillende methoden is het belangrijk dat er in het team gecommuniceerd wordt over de uitvoering van de methodiek bijvoorbeeld middels intervisie.

Motiverende gespreksvoering, de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente en de vicieuze cirkels van dr. Kuno van Dijk zijn methoden die geïntegreerd zijn binnen de verslavingzorg en worden veel gebruikt. Hulpverleners die werkzaam zijn binnen de doelgroep zijn vaak geschoold in de methodiek en studenten leren hierover gedurende hun opleiding. Scholing in de vorm van cursussen of workshops zijn echter altijd zinvol om de kwaliteit van hulpverlening hoog te houden. De BOKS-BANT methode is minder bekend en hierdoor zal er meer aandacht aan besteed moeten worden bij nieuwe medewerkers.

Om binnen de afdeling dubbeldiagnose van Zwolse Poort te kunnen werken is het noodzakelijk een vierdaagse basiscursus te volgen, gericht op verslaving en psychiatrie. Daarnaast zijn er drie inwerkdagen wanneer je binnen de afdeling komt te werken.

Het werken binnen de afdeling vraagt enige mate van flexibiliteit. 's Ochtends wordt er onder de teamleden besproken welke verpleegkundige of SPH'er op welke groep werkt. Dit zorgt ervoor dat alle hulpverleners alle cliënten kennen.

3.2.5 Resultaten

De doelgroep welke behandeld wordt binnen de afdeling dubbeldiagnose heeft te maken met complexe problematiek. Dit maakt dat terugval en herhalende behandeling regelmatig voorkomt. De gesproken medewerkers konden geen cijfers of onderzoeken tonen met betrekking tot effectiviteit van de behandeling.

26

3.2.6 Conclusie

Een combinatie van de methoden: de cirkels van Van Dijk, de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente en motiverende gespreksvoering zou passend zijn binnen de klinische behandeling van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Deze drie methoden zijn allen (onder andere) gericht op verslaving. Hierbij wordt er gekeken in het hier en nu en leren de cliënten copingstrategieën welke het functioneren zonder verslavende middelen in de maatschappij mogelijk maken.

Dubbeldiagnose problematieken zijn complexe problematieken, welke op alle levensgebieden van de cliënt invloed uitoefenen. Daarbij zijn jongeren van 14 tot 18 jaar (mede door hun ontwikkelingsachterstand als gevolg van het middelengebruik) in de puberteit. Dit maakt behandeling aan deze doelgroep extra complex en daardoor is het wenselijk om op alle levensgebieden in te spelen, zodat er een gezonde balans ontstaat waarin de jonge cliënten alternatieve copingstrategieën kunnen leren. De cirkels van Van Dijk maken dit mogelijk. Verder is het combineren van de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente en motiverende gespreksvoering noodzakelijk omdat er bij de jonge cliënten veelal sprake zal zijn van externe motivatie. Middels deze methoden kunnen de cliënten intern gemotiveerd worden, zowel voor behandeling en het stoppen van gebruik. Doordat hulpverleners zullen inspelen op de veranderingsstadia van de cliënten, zal er ook daadwerkelijk gedragsverandering plaatsvinden. Deze drie methoden zullen naast de verslavingsproblematiek, ook op de psychiatrische problematiek gericht kunnen worden. Door de vrijheden welke de BOKS-BANT methode biedt en waarbij er niet op de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt wordt ingegaan, waardoor uit onderzoek blijkt dat het middelengebruik op een afdeling juist toeneemt, is deze methode minder geschikt om toe te passen binnen de toekomstige kliniek. De jonge cliënten met dubbeldiagnose problematiek zullen gebaad zijn bij structuur en duidelijke grenzen, omdat zij dit over het algemeen niet hebben gekend.

3.3.1 Inleiding

Op 4 februari 2008 is er een interview gehouden binnen het (academisch) centrum voor orthopsychiatrie InZicht te Nijmegen, een samenwerking tussen GGZ Nijmegen, de Pompestichting en Karakter. Deze instelling biedt klinische behandeling aan cliënten met een ernstige gedragsstoornis, in de leeftijd van 12 tot 21 jaar, welke tevens te maken hebben met psychiatrische- en mogelijk ook met verslavingsproblematiek. Het interview is gehouden met orthopsychiater Floor Scheepers. In deze paragraaf wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen het orthopsychiatrisch centrum InZicht.

3.3.2 Inhoud van de methodiek

Binnen het orthopsychiatrisch centrum te Nijmegen wordt er gewerkt met een methodiek orthopsychiatrie. Deze methodiek is opgebouwd uit onder andere een drietal methoden, te weten; motiverende gespreksvoering, functionele gezinstherapie (FFT methode) en het competentiemodel. Hieronder volgt een uitleg over de inhoud van de genoemde methodiek met bijpassende methoden.

Orthopsychiatrie

De methodiek orthopsychiatrie beschrijven M. Bruinsma en A.E. Boon, in hun boek Orthopsychiatrie, (be)handelbare jongeren, als volgt²⁸:

Gedurende de jaren tachtig groeit in Nederland het besef dat er zich een werkveld bevindt tussen de justitiële en orthopedagogische instellingen enerzijds en de jeugdpsychiatrische klinieken anderzijds. Dit werkveld betreft de behandeling van adolescenten en jongvolwassenen die ernstig grensoverschrijdend of delinquent gedrag vertonen in combinatie met psychiatrische stoornissen. Voor deze doelgroep moest een adequate behandeling worden ontwikkeld. Deze nieuwe behandelprogramma's zijn gebaseerd op orthopedagogische, ontwikkelingspsychologische en jeugdpsychiatrische expertise en de term orthopsychiatrie wordt geïntroduceerd om deze behandelvorm aan te duiden. De toevoeging "ortho" verwijst naar de noodzaak sterk structurerende en regulerende elementen te hanteren binnen een effectief therapeutisch milieu.

Afdeling Jeugd van GGZ Nijmegen, de polikliniek Kairos van de Pompestichting en Karakter Universitair Centrum Nijmegen hebben het initiatief genomen om een orthopsychiatrisch jeugdcentrum te ontwikkelen. Het centrum bestaat uit een polikliniek en een kliniek en is bedoeld voor jongeren in de leeftijd van 12 tot 21 jaar, met psychiatrische en ernstige gedragsproblemen die niet voldoende op te vangen en te behandelen zijn in de reguliere voorzieningen van de jeugdhulpverlening. De methodiek orthopsychiatrie binnen het academisch centrum te Nijmegen is opgesteld door Floor Scheepers, Cora Rutten en Ad v/d Weijden.

Binnen deze methodiek orthopsychiatrie staat gedurende de behandeling veiligheid centraal voor de jongeren en het behandelteam. Doordat de behandeling individueel is, krijgt een jongere zijn/haar gehele behandeling te maken met één centrale behandelaar. Er is een orthoteam werkzaam binnen de verschillende vormen van zorg. Dit team werkt continu binnen eenzelfde werkmethode en cultuur. Er is dus geen sprake van aparte kliniek-, deeltijd- of poliklinische teams. In de kliniek wordt dan ook niet gewerkt vanuit een groepsmodel met aparte leefregels, maar met maatwerk gericht op het individu. Aansluitend hierop gelden er wel duidelijke afdelingsregels²⁹.

De methodiek orthopsychiatrie binnen het academisch centrum te Nijmegen kent een gefaseerd behandel aanbod. Men gaat er hierbij vanuit dat een opname de kern van het probleem niet zal oplossen. De verschillende fasen zijn:

- De intake: deze fase bestaat uit één of twee gesprekken waarin er vooral informatie wordt verzameld, door deze uit -, en op te vragen. Indien er een indicatie is voor Functionele gezinstherapie (FFT methode, meer hierover verderop in dit hoofdstuk), wordt de intake door een FFT therapeut uitgevoerd. Zoveel mogelijk partijen worden bij de intakefase betrokken, als het gezin, de verwijzer, reclassering en school. Deze fase wordt afgesloten met een (psychiatrische) diagnose.

- Fase 1: in deze fase wordt of gestart met FFT of is er sprake van de motivatie fase met als doel een gezamenlijk probleem formuleren waar aangewerkt moet worden. Deze fase wordt afgesloten met een behandelplan. In dit plan staat het komende beleid en de personen die dit gaan uitvoeren. Daarnaast wordt er een lijst bij dit behandelplan opgenomen waar regels en afspraken in worden opgenomen, gepaard met sancties die gelden bij het overtreden van deze regels. Het uitgangspunt hierbij is dat er sancties worden gezocht die aversief zijn voor de jongere in kwestie en tegelijkertijd enig nut hebben voor de ontwikkeling van deze jongere.
- Fase 2: wanneer een jongere in deze fase zit kan hij/zij behandelmodules gaan volgen die aansluiten bij het geformuleerde probleem uit fase 1. Welke modules een jongere gaat volgen wordt geïndiceerd met behulp van het competentiemodel. Meer over dit model wordt verderop in dit hoofdstuk beschreven. Naast deze behandelmodules (zie voor meer informatie 3.2.3 draagkracht/draaglast) vinden altijd ook gezinsgesprekken plaats. Het centrum te Nijmegen heeft naast FFT gekozen voor behandelmodules gericht op de jongere omdat er bij sommige cliënten sprake is van psychiatrische problematiek in engere zin (kindfactoren), die specifieke aandacht nodig hebben.
- Fase 3: dit is de evaluatiefase en hierin wordt met de jongere en zijn/haar ouders besproken of de behandeldoelen zijn gehaald, of dat er meer nodig is.
- Fase 4: wordt de afsluitfase van de behandeling genoemd, waarin afspraken worden gemaakt omtrent terugkomdagen en er een eindgesprek plaatsvindt²⁹.

Gezien de doelgroep is het te verwachten dat er behoefte bestaat aan middelengebruik. Daarom heeft het behandelteam beleid op dit punt ontwikkeld zodat het duidelijkheid kan bieden over wat wel en niet kan²⁹. Binnen het centrum dient middelengebruik geproblematiseerd te worden, omdat het de gezondheid schaadt en op de behandeling inwerkt. Middelengebruik wordt door de hulpverleners als probleem benoemd en tot in details met de jongere (individueel en binnen het contact met het gezin) in kaart gebracht. Zolang het middelengebruik een probleem is, is dit permanent een onderdeel in het behandelplan en zullen andere behandeldoelen op de tweede plaats komen. Omtrent middelengebruik zijn de volgende twee doelen voor behandeling van belang:

- Het middelengebruik wordt door de jongeren en het gezin ook als probleem ervaren.
- Er wordt aanvullende kennis en psycho-educatie, in samenwerking met de verslavingszorg, geboden en er wordt actief naar alternatieve mogelijkheden gezocht met de jongeren en het gezin om de behoefte aan de effecten van het middelengebruik te verminderen en om gezondere oplossingen te kiezen.

28

Gebruik en handel van middelen wordt actief bestreden. Op het terrein en in het gebouw van het centrum wordt gebruik ontmoedigd. Dit houdt in dat men de gebruikers aanspreekt en naar hen kenbaar maakt dat drugs- en alcoholgebruik niet is toegestaan. Het personeel laat duidelijk zien dat drugs- en alcoholgebruik, en handel hiervan niet past bij herstellen van (psychiatrische) problematiek.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een op interactie gerichte gespreksmethode, ontworpen door W.R. Miller en S. Rollnick²⁵. De methode is ontworpen om toe te passen in de verslavingszorg. Aanvullende informatie met betrekking tot motiverende gespreksvoering staat beschreven in hoofdstuk 3.2.2

Functionele gezinstherapie (FFT methode)

De First Family Therapie (FFT) methode is begin jaren zeventig ontwikkeld door Amerikaans hoogleraar en psycholoog Sexton en psycholoog Alexander en werd door hun in 2002 beschreven als een bewezen effectieve gezinsgerichte behandeling voor jeugdigen met gedragsproblemen. Ook in een recent overzicht van bewezen werkbare methodieken en methoden ("een serie Blueprints for Violence Prevention"), is functionele gezinstherapie één van de tien bewezen meest effectieve interventies.

FFT is oorspronkelijk ontwikkeld voor gezinnen met jeugdige delinquenten. De methode bleek in staat om aantoonbaar de communicatie binnen gezinnen te veranderen en daarbij het aantal delictrecidives te halveren (van vijftig naar vijfentwintig procent) (Bureau Jeugdzorg, 2003)³⁰.

FFT wordt door Sexton en Alexander beschreven als een multisysteembenadering, gericht op alle relevante systeemniveaus (individueel, gezin en de gemeenschap) en op alle voor de cliënt relevante ervaringsgebieden

(biologisch, gedragsmatig, emotioneel, cognitief, cultureel en relationeel). FFT is breed georiënteerd wat betreft theoretische achtergronden (gedragstherapie, systeemtherapie, cognitieve therapie en intrapsychische theorieën) en is daarbij onlosmakelijk verbonden met de klinische praktijk, wetenschappelijk onderzoek, bevorderen van implementatie en training³⁰.

Binnen de FFT tracht men weerstand binnen gezinnen te begrijpen, gezinnen te motiveren, beschuldigingen en negativiteit te doorbreken en hen hoop te geven. De FFT is dan ook ontwikkeld als een alternatief op de traditionele behandeling van gezinnen van jeugdigen met gedragsproblemen, waarin zij meestal ongemotiveerd, vol met weerstand en disfunctioneel werden genoemd.

Het belangrijkste doel van de behandeling is, het motiveren van de gezinsleden om vervolgens te komen tot het aanpakken van de oorzaken die tot het probleemgedrag leiden; het voorkomen van recidive. Het behandelen van eventuele psychiatrische problemen valt niet onder het doel van de FFT, maar kan tijdens of na de behandeling plaatsvinden³¹.

De belangrijkste vernieuwing binnen de FFT is dat Sexton en Alexander de therapie vooraf laten gaan door een therapiefase. Dit doen zij om ouders en gezinnen op de training voor te bereiden. Na de trainingsfase is er een mogelijkheid voor het bespreken van individuele problemen en/of problematiek in subsystemen van het gezin (bijvoorbeeld broer-zus, moeder-dochter). Vervolgens is er een eindfase, waarin de therapeut zich terugtrekt. Aan de hand van de gesprekken ontstaat er een goed beeld van de gezinssituatie, de problemen, de risicofactoren en de sterke kanten van het gezin. De gezinsgesprekken zullen leiden tot de vaststelling van een verbindend gezinsthema. Dit verbindend gezinsthema en de daaruit voorkomende werkdoelen vormen de basis van het hulpverleningsplan²⁹.

Hieronder een kort overzicht van de inhoud van de fasen:

1. Therapiefase/verbindings- en motiveringsfase: het betreft hier de eerste drie tot acht gesprekken. Deze fase helpt de therapeut de gezinsleden de negativiteit binnen het gezin terug te voeren, de sterke kanten van het gezin (weer) te ontdekken en moeilijkheden (als het gezamenlijke probleem) onder ogen te zien. Het individueel door de cliënt ervaren probleem, wordt een gezamenlijk ervaren gezinsprobleem. De fase kent een aantal ingrediënten, te weten aandacht voor de individuen, loyaliteiten, gezinsgeschiedenis, cultuuraspecten, erkenning voor gevoelens bij elkaar en voor de eerdere pogingen de problemen op te lossen, laten formuleren door de systeemleden van concrete haalbare doelen.
2. Trainings-/gedrags)veranderingsfase: tijdens deze fase worden de gezinsleden getraind in concrete vaardigheden als, communiceren, conflictmanagement en onderhandelen. Het gezin gaat op een andere manier met elkaar om, maakt afspraken en houdt zich hieraan. Hierdoor leren de gezinsleden problemen met elkaar oplossen. Daarnaast leert het gezin irritaties niet tot woede te laten oplopen.
3. Eind-/consolidatie-/generalisatiefase: in deze fase wordt samen met de jongere, zijn/haar ouders (en de gezinsvoogd) besproken wat er beter gaat en wat er nog moet gebeuren om deze verbeteringen als gezin zelf vast te houden (en uit te bouwen). Het gezin leert in deze fase een eventuele terugval zelf op te lossen en daarbij te voorkomen dat nieuwe problemen ontstaan.
4. Nazorg: In enkele gevallen zal na de gezinsgesprekken nog een specifieke behandeling voor de jongere en/of ouders nodig zijn (bijvoorbeeld individuele gesprekken of medicatie)^{29, 30}.

Het betrekken van het systeem bij jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek is van belang omdat zich hier veel problemen kunnen voordoen, welke al aanwezig waren en/of zijn ontstaan na de verslaving van één van de systeemleden. Echter zijn de systeemleden van de jongere bij moment van opname vaak zo rade- en reddeloos dat zij 'door het bomen het bos niet kunnen zien' en daarom ook niet in staat zullen zijn concreet problemen aan te dragen en hier oplossingen voor te vinden. Tijdens de eerste fase van behandeling is het dan ook van belang om dit stuk van het systeem over te nemen, waarbij zij uiteraard de mogelijkheid tot in- en aanvullingen hebben. De verantwoordelijkheid van het systeem zal, net als dat van de jongere, in de loop van de behandeling vergroot moeten worden zodat er vraaggericht gewerkt kan worden en zij invulling aan de behandeling kunnen geven.

Competentiemodel

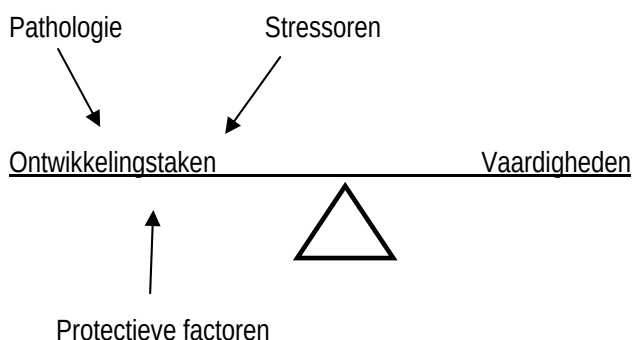
Competentievergroting is de hulp die wordt aangeboden aan kinderen, jeugdigen, volwassenen en gezinnen, allen met zeer uiteenlopende problematieken. Het gaat erom mensen sterker en weerbaarder te maken voor alle problemen in het dagelijkse leven, dit door middel van het uitbreiden van hun vaardigheidsrepertoire. De visie van competentievergroting is, dat het nooit te laat is hulp te bieden. De visie benadrukt tevens dat een vorm van hulpverlening die gericht is op het leren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden de beste uitgangspunten biedt³².

Aan competentievergroting ligt een model ten grondslag, dat teruggrijpt op de ontwikkelingspsychologie en de leertheorieën: het zogenaamde competentiemodel. Het competentiemodel is in de jaren zeventig ontstaan als een reactie op het 'stoornissenmodel' dat de problemen van jongeren en gezinnen vooral als een vorm van psychopathologie belicht. Daarnaast is de komst van het competentiemodel ook een reactie op het 'emancipatiedenken' uit dezelfde periode. Dit denken verklaarde de problemen van jongeren en ouders hoofdzakelijk vanuit hun maatschappelijk en economische achterstanden. De hulpverlening zou moeten leiden tot een bewustwording van de achterstandspositie en beleidsveranderingen zouden gericht moeten zijn op de verbetering hiervan. Echter is een verbetering van omstandigheden waarin gezinnen verkeren niet altijd voldoende^{32, 33}.

In een kleinschalig behandelingsstehuis het zogenaamde 'Achievement Place' werd geëxperimenteerd met nieuwe vormen van leertheoretische behandelvormen waarbij de nadruk lag op het leren van vaardigheden. Dit behandelingsstehuis is het voorbeeld geworden voor veel andere residentiele behandelingsprogramma's in de VS en elders. Het competentiemodel is ontwikkeld uit de basis van de gedragstherapeutische technieken en principes van 'Achievement Place' ³².

Naast de positieve resultaten van competentievergroting (zoals ook uit Nederlands onderzoek blijkt in 1990 te Leiden – Centrum Onderzoek Jeugdhulpverlening³⁴) is ook de motiverende werking van competentievergroting een reden geweest het competentiemodel verder uit te werken. Het competentie model, richt zich op het versterken van krachten van de jongeren en spreekt hen hierop aan/besteed extra aandacht aan positief gedrag. Voor jongeren die in behandeling zijn, geldt dat zij dikwijls hebben gehoord wat zij verkeerd doen en wat zij niet kunnen. Het is dan prettig om te ervaren dat de leiding de nadruk legt op dingen die je al kunt en die je er nog bij zou kunnen leren.

Het competentiemodel biedt meerdere mogelijkheden om naar gedrag te kijken. Er wordt naast het tekort aan vaardigheden rekening gehouden met de taken waar jongeren voor staan. Deze taken kunnen alleen door de jongere als te zwaar worden ervaren, maar ook reëel te zwaar zijn. Het competentiemodel biedt door zijn invalshoek de mogelijkheid om aan te sluiten bij de ontwikkelingstaken waar jongeren voor staan.



Aansluitend op bovenstaand figuur³³: Professor dokter en bijzonder hoogleraar Slot & psycholoog en onderzoeker Spanjaard hebben in 1996 een model geschreven waarin zij uitleggen dat de balans tussen taken en vaardigheden wordt beïnvloed door vier verschillende factoren (de basis het competentiemodel), te weten:

- Veerkracht: binnen deze factor wordt er gekeken naar de vaardigheden/de individuele kwaliteiten waar zowel ouders als kind over beschikken. Door middel van trainingen kunnen zij zichzelf en/of elkaar vaardigheden aanleren of vergroten. Ook kan er gekeken worden of de ontwikkelingstaak wel binnen het bereik van de ouder of het kind ligt, of dat iemand anders dit zou moeten overnemen.

- Pathologie: onder deze factor verstaat men een binnen de geldende cultuur ongebruikelijk patroon van gedragingen, dat gepaard gaat met leed. Voorbeelden hiervan zijn diverse psychiatrische stoornissen. Er zijn vele interventie mogelijkheden op pathologisch gebied binnen een gezin. Het gaat om alle interventies die op enige wijze effectief zijn, gericht op concreet probleemgedrag.
- Stressoren: hier worden stressvolle gebeurtenissen met een negatieve invloed op een persoon, onder verstaan. Het zijn invloeden waaraan men zich moeilijk kan onttrekken ook al oefenen deze een negatieve invloed uit op het functioneren. Of een zodanige omstandigheid of gebeurtenis ook daadwerkelijk stress veroorzaakt is afhankelijk van de wijze waarop dit wordt beleefd of geïnterpreteerd. Er zijn tal van interventiemogelijkheden op gebied van stressoren. Deze interventies zijn erop gericht de gevolgen van stressvolle gebeurtenissen te verzachten of te verwerken.
- Protectieve factoren: zijn de factoren welke beschermend zijn bij tegenslagen. Deze tegenslagen zijn ten gevolge van stressoren en pathologie. Deze factoren zijn dus in de omgeving van de persoon. De factoren kunnen ook betrekking hebben op individuele eigenschappen van een kind of ouder, waardoor deze persoon wel in staat zou kunnen zijn om zich aan te passen, ondanks de risico's en tegenslagen. Bijvoorbeeld door een goed humeur en zelfvertrouwen.

Het competentiemodel wordt ook wel het taakvaardigheidsmodel genoemd. De ontwikkelingstaken van een kind en dat van de ouders wordt in dit model meegenomen. Hierbij neemt het hechtingstheoretische concept aan dat wij in onze ontwikkeling verschillende fases doorlopen. De verschillende fases welke doorlopen worden zijn³²:

- | | |
|-----------|--------------|
| - Baby | - Peuter |
| - Kleuter | - Schoolkind |
| - Puber | - Volwassene |
| - Ouder | |

Het concept vertelt ons dat wanneer wij verschillende fases uit ons leven op een positieve manier afronden, dit zal leiden tot persoonlijke groei en ontwikkeling. Hierbij is het van belang dat de persoonlijke ontwikkelingstaken en vaardigheden in balans zijn met elkaar. Ontwikkelingstaken zijn de opgaven waarvoor een persoon komt te staan in zijn alledaagse contact met de maatschappij. Vaardigheden worden gezien als de vormen van gedrag die nodig zijn om een bepaalde taak te vervullen.

Zoals uit bovenstaand figuur blijkt, moeten iemands ontwikkelingstaken (pathologie, stressoren en protectieve factoren) in balans zijn met iemands vaardigheden, om op een positieve en gezonde manier te kunnen functioneren in de maatschappij en competenties (eventueel) vergroot kunnen worden.

Het is van belang om tijdens een behandeling te werken aan de vaardigheden en ontwikkelingstaken van een jonge cliënt, dit omdat iemand het beste functioneert wanneer dit met elkaar in evenwicht is. Door hier op jonge leeftijd aan te werken vormt dit de basis voor de volwassenheid. Op die manier is de kans groter dat de cliënt zich tijdens de volwassenheid op een gezonde manier weet staande te houden in de maatschappij³².

3.3.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

Op het moment dat een cliënt binnen het orthopsychiatrisch centrum te Nijmegen wordt opgenomen, ervaart deze een grote draaglast en heeft hij/zij en zijn/haar systeem weinig kracht om deze lasten te dragen. Doordat in fase 1 van het centrum een gezamenlijk probleem wordt geformuleerd door de leden uit een systeem en zij hieraan gaan werken, wordt hun gezamenlijke en individuele draaglast verkleind en de draagkracht vergroot. Wanneer een jongere in fase 2 zit kan hij/zij behandelmodules gaan volgen die aansluiten bij het geformuleerde probleem in fase 1. Binnen het centrum is er, naast FFT, de keuze uit de volgende modules²⁹:

- Module crisis (alleen ingezet als nodig *bij opname*)
- Module Agression Replacement Training (ART, agressie regulatie), de training kent de volgende inhoud:

- Sociale Vaardigheidstraining (Goldstein en Glick, 1987);
 - Training Controleren Boosheid (Feindler, 1979);
 - Training Moreel Redeneren (Kohlberg, Gibbs, Potter, Goldstein, 1995).
- Module vrijetijdsbesteding (onder andere sport, muziek, creatieve activiteiten)
 - Module school/werk
 - Module middelenmisbruik
 - Module psychotherapie
 - Module psycho-educatie (ook voor ouders)
 - Module medicatie
 - Module emotieregulatie training (ERT)

Doordat de jongere (en zijn/haar systeem) behandelmodules gaan volgen, wordt de draagkracht groter en zal men minder lasten ervaren. In fase 3 wordt er, samen met de jongere en zijn/haar ouders gekeken of de aan het begin van de behandeling opgestelde doelen, zijn behaald. Men bespreekt dan dus of de ontwikkelingstaken van de jongere (en zijn/haar ouders) in balans zijn met de (opnieuw aan)geleerde vaardigheden tijdens de behandeling. Wanneer de draagkracht (competenties en de sociale steun) van de jongere in balans zijn met zijn/haar draaglast (de eisen die aan/door hem/haar gesteld worden en stressfactoren), heeft de behandeling gewerkt en kan de jongere zo goed mogelijk verder buiten het centrum²⁹.

Contra-indicaties voor behandeling binnen het academisch centrum:

- Wanneer de behandeling geen bijdrage levert aan het stabiliseren of verbeteren van de problemen.
- Wanneer een cliënt geen gezin van herkomst heeft, kan er geen behandeling volgens de FFT methode gestart worden.

Om behandeling mogelijk te maken moet de jongere gemotiveerd zijn om te willen veranderen. Daarbij moet in de behandeling blijken dat de draagkracht van de jongere groot genoeg is om eigen verantwoordelijkheid te kunnen nemen en enig zicht te krijgen op zijn/haar problemen²⁹.

3.3.4 Benodigde competenties van het personeel

Binnen het centrum wordt een GZ psycholoog opgeleid. Een aantal leden van het team zijn daarbij bevoegd om werkbegeleiding/supervisie te geven. Onderwijs voor de teamleden wordt binnen het centrum zelf opgezet (bijvoorbeeld klinische lessen, intervisie en beleidsdagen) of binnen deelnemende instellingen (GGZ Nijmegen, Karakter, Pompestichting). Verder is het van belang dat je als werknemer goed ingewerkt wordt, omdat de methodiek orthopsychiatrie afwijkt van de meeste reguliere methodieken binnen de jeugdzorg en psychiatrie²⁹.

Om binnen het centrum, als coach, te kunnen werken is een diploma in het middelbaar beroepsonderwijs nodig, bijvoorbeeld sociaal pedagogisch werk. Als coach begeleidt je de jongeren tijdens hun behandeling. Een coach kijkt bijvoorbeeld samen met de jongere naar zijn/haar wensen voor de toekomst en hoe deze (binnen de behandeling) gerealiseerd zouden kunnen worden. Daarnaast is er een activiteitencoach (activiteitenbegeleider), welke met de cliënten kijkt naar bijvoorbeeld het invullen van vrije tijd. De coaches verzorgen ook een aantal eerder genoemde modules voor de jongeren.

Als medewerker moet je het gedrag en de gedachten van de jongeren kunnen spiegelen. Daarbij moet je kunnen vertrouwen op de eigen verantwoordelijkheid van de jongere en dus niet gaan zorgen. Alles wordt binnen het centrum gedaan op initiatief van de jongere. Voor de medewerkers is het van belang dat zij kunnen samenwerken in een team, met de jongeren en hun systeem.

Om FFT therapeut te worden is een driejarige en intensieve opleiding (wekelijks supervisie, intervisie en veel verslaglegging) nodig. Wanneer er met deze opleiding gestart wordt is het wenselijk op HBO niveau te functioneren²⁹.

3.3.5 Resultaten

Van alle nieuwe cliënten binnen het centrum zal een databestand aangelegd worden. Door follow-up onderzoek, aan het einde van - en een jaar na beëindigen - van de behandeling, wordt teruggeblikt en kunnen antwoorden op nieuwe vragen geformuleerd worden door eerder verzamelde gegevens te analyseren. Daarnaast zal uit een dergelijk onderzoek cliënten naar voren komen waarbij de behandeling niet het gewenste resultaat heeft gehad. Deze resultaten worden geformuleerd en beschreven aan de hand van vooraf bepaalde doelen en criteria. Modules worden hier vervolgens op aangepast²⁹.

Het academisch centrum is bezig met het toetsen en ontwikkelen van screeningsinstrumenten voor het opsporen van risico's. Basaal onderzoek naar agressie (internaliserende/externaliserende problematiek) en emotieregulatie wordt ontwikkeld en uitgevoerd in samenwerking met het universitair centrum van Karakter te Nijmegen. Een specifieke onderzoeksvisie zal verder worden ontwikkeld onder supervisie van prof. J. Buitelaar en prof. R.J. v.d. Gaag²⁹.

FFT is niet alleen effectief gebleken voor jeugdigen die al betrokken zijn bij criminaliteit, maar is ook gebleken dat jongere broers minder delicten pleegden dan een niet door FFT behandelde groep (Klein, Alexander & Parsons, 1977). Daarom kan FFT ook nuttig zijn als vroegtijdige interventie voor jongere kinderen binnen een gezin met een verhoogd risico voor het ontspreiden van jeugdigen³¹.

3.3.6 Conclusie

De manier van kijken naar behandeling, binnen het orthopsychiatrisch centrum, zou jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek aan kunnen spreken omdat het gericht is op wat nodig is voor ontslag, en niet enkel op de behandeling.

De cliënten die binnen de toekomstige klinische behandelsetting opgenomen zullen worden, hebben een gemeenschappelijke deler namelijk een verslaving in combinatie met een psychiatrische stoornis. Hierdoor zou er goed groepsgericht gewerkt kunnen worden, maar zou daarbuiten een individuele aanpak passend zijn. Het leren omgaan met psychiatrische problematiek door de cliënten is het onderwerp waar zij middels behandeling inzicht in zullen krijgen. Hier zullen alle cliënten zich in herkennen, waardoor er een groepsproces op gang komt waar door hulpverleners op ingespeeld kan worden. Het groepsgerichte werken past echter niet binnen de methodiek orthopsychiatrie.

Aansluitend op de doelgroep zal iedere individu zijn/haar eigen problemen hebben. Hierbij te denken aan onderwerpen die niet door ieder groepslid gedragen zullen worden (misbruik, familieproblemen, traumatische ervaringen, lichamelijke klachten). Om ieder individu de gewenste behandeling aan te bieden, zal hier naast het groepsgerichte werken aandacht aan besteed moeten worden.

Werken met de methode FFT zal passend zijn binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. De cliënten hebben veelal een verstoorde relatie met hun systeemleden. Het doel van de FFT methode is het verbeteren van deze relatie om vervolgens te komen tot het aanpakken van de oorzaken die tot het probleemgedrag (van de jongere) leiden. Deze oorzaken zijn vaak binnen het systeem ontstaan en het is daarom zinvol om deze bij de behandeling te betrekken. De jongere zal tijdens de behandeling veranderen, volwassen worden, hier dient een systeem op in te spelen zodat de rollen van de leden met elkaar in evenwicht zullen zijn. Gezien de leeftijd van de jongeren binnen de toekomstige klinische behandelsetting, zal een gedeelte van hen na de behandeling weer thuis gaan wonen. Om dit kans van slagen te geven is het betrekken van de systeemleden noodzakelijk.

Het gebruik van motiverende gespreksvoering is passend voor cliënten met een verslaving. Binnen deze methode wordt er namelijk rekening gehouden met de mate waarin iemand gemotiveerd is tot verandering. Op deze manier sluit een hulpverlener zijn benadering aan op de cliënt. Jongeren in de puberteit zullen hier ook zeker behoefte aan hebben omdat zij in het algemeen tegen autoriteit ingaan, maar zonder sturing in de problemen terecht komen.

Het is van belang om tijdens een behandeling (middels het competentiemodel) te werken aan de vaardigheden en ontwikkelingstaken van een jonge cliënt, dit omdat iemand het beste functioneert wanneer dit met elkaar in evenwicht is. Met name tijdens de puberteit is het van belang om dit evenwicht te vinden. Dit omdat in deze leeftijdsfase de persoonlijkheid het meest gevormd zal worden. Door in de puberteit te leren omgaan met een psychiatrische stoornis en andere vormen van draaglast leert een jongere met zijn/haar draagkracht hier (voor de rest van zijn/haar leven) op in te spelen.

3.4.1 Inleiding

Op 5 februari 2008 is er een interview gehouden binnen de Breegweestee van Verslavingszorg Noord Nederland te Eelde. Deze instelling biedt klinische behandeling aan jongeren van 17 tot 30 jaar met verslavings- en psychiatrische problematiek. Er is gesproken met systeemtherapeut Gerjan Timmerman. In deze paragraaf wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen de Breegweestee.

3.4.2 Inhoud van de methodiek

Binnen de Breegweestee zijn er drie kerntaken die centraal staan in het behandelaanbod:

- Het doorbreken van verslavingspatronen
- Inzicht bieden in achterliggende problemen
- Aanleren van probleemoplossend en constructief gedrag

Deze kerntaken wil de Breegweestee bereiken door de methode oplossingsgericht werken te gebruiken als basisattitude en daarbij gebruik te maken van cognitief-gedragstherapeutische methoden³⁵.

Oplossingsgerichte methode

Het oplossingsgerichte werken is een vorm van gesprekstherapie waarbij de cliënt het uitgangspunt is. Er wordt van de cliënt gevraagd het gewenste toekomstbeeld in detail te beschrijven. Hierbij wordt er gewerkt met kleine, haalbare stappen, om de situatie te bereiken. De oplossingsgerichte benadering gaat uit van de cliënt als expert. De hulpverlener ordent de verhalen van de cliënt en is een motiverende gesprekspartner. Het oplossingsgericht werken wordt veelal gebruikt binnen de verslavingszorg, omdat het aansluit bij de methode motiverende gespreksvoering. Ook in de (kinder- en jeugd)psychiatrie is het een veelvuldig gebruikte methode. In de praktijk wordt het oplossingsgericht werken gebruikt binnen vele doelgroepen, zowel in de hulpverlening als in het bedrijfsleven³⁶.

De oplossingsgerichte therapie is in de jaren zeventig en tachtig ontwikkeld door het echtpaar Steve de Shazer en Insoo Kim Berg, beide psychotherapeut. Zij werden geïnspireerd door de Amerikaanse psychiater en psychotherapeut Milton Erickson (1901-1980). Erickson ging er van uit dat elke cliënt een eigen theorie en aanpak nodig heeft om te kunnen veranderen.

De Shazer en Insoo Kim Berg ontdekten dat cliënten gemotiveerder met zichzelf aan het werk waren wanneer zij werkten in kleine stappen, door henzelf gekozen. Meerdere kleine veranderingen bij een cliënt zouden samen tot één grote verandering leiden³⁷.

Uitgangspunt van de oplossingsgerichte therapie is het persoonlijke verhaal van de cliënt. Er wordt niet gekeken naar wat geweest is, maar naar wat er komen gaat (binnen de Breegweestee kijkt men waar nodig ook naar het verleden, bijvoorbeeld bij traumatische ervaringen. Dit gebeurt dan in de vorm van individuele therapieën). De therapie begint veelal met de 'wondervraag', waarbij de cliënt een beeld schetst van hoe hij/zij zijn/haar toekomst het liefst zou zien. Aan de hand van de geschetste situatie wordt er gekeken naar wat reëel is om te behalen, en welke (kleine) stappen hiervoor genomen moeten worden. Dit alles gebeurt vanuit het perspectief en de expertise van de cliënt.

Daarbij wordt er gewerkt met schaalvragen, waarbij de cliënt een cijfer geeft aan een (eerdere, huidige of toekomstige) situatie. Bijvoorbeeld, als je kijkt naar de mate waarop je tevreden bent over de huidige situatie, wat voor cijfer geef je dit dan? Als de cliënt antwoord, 'een vijf', hoe kun je er dan voor zorgen om dit dan een zes laten worden? Deze manier van werken geeft helderheid over de problemen die de cliënt ervaart voor de cliënt als de therapeut^{37,38}.

Het boek: "Zes psychologische stromingen en één cliënt" geschreven door Alie Weerman, beschrijft de volgende uitgangspunten van de oplossingsgerichte benadering³⁷:

1. Problemen horen bij het leven. Alle mensen hebben strategieën om problemen aan te pakken en iets te maken van hun leven.

2. Verandering is onvermijdelijk. Cliënten en situaties veranderen altijd. De vraag is hoe en wanneer, daar kun je (enige) invloed op leren uitoefenen. Cliënten geloven vaak niet meer in verandering.
3. Problemen kunnen gezien worden als niet-succesvolle pogingen om moeilijkheden op te lossen. Men kan vaak met enige hulp de zelf ontwikkelde strategieën weer effectiever gebruiken.
4. Het is niet nodig om veel over het probleem te weten om te komen met oplossingen. Een minimale interventie is voldoende. De oorzaak van het probleem zegt niets over goede oplossingen.
5. Geen enkel probleem is er altijd. Er moet worden gezocht naar uitzonderingen, naar momenten waarop het goed gaat. Wat denkt en doet de cliënt anders als het probleem er even niet is ('wat denk je dan, of wat doe je dan...?'). Dit denken en doen kunnen worden uitgebreid.
6. Praten over succesvolle veranderingen blijkt positief te werken. Praten over problemen helpt niet.
7. Niet alle problemen hoeven te worden opgelost om een cliënt weer op weg te helpen.
8. De cliënt moet een 'interne locus of control' ontwikkelen, wat wil zeggen dat hij ervaart dat hij zélf (enige) invloed op het leven heeft en niet volledig is overgeleverd aan de omgeving of aan zijn problemen. Bij een 'externe locus of control' heb je het gevoel dat je geen invloed hebt op je leven. In extreme gevallen kan gesproken worden over 'geleerde hulpeloosheid' waarbij je jezelf slachtoffer van de omstandigheden voelt. Meestal is hier een geschiedenis aan vooraf gegaan waarbij gedrag geen gewenst resultaat opleverde: wat je ook deed, het maakt toch niets uit.
9. Verandering gaat in stappen of stadia. Ook de motivatie om problemen aan te pakken ontwikkelt zich in stadia.
10. Hulpverlener en cliënt werken samen. De vraag van de cliënt is uitgangspunt. Men sluit aan bij de manier waarop de cliënt zijn problemen ervaart, in de taal van de cliënt.
11. De cliënt bepaalt de behandeldoelen en de cliënt is verantwoordelijk voor het uitvoeren van het behandelplan dat in overleg is opgesteld.
12. Voor een probleem bestaat niet één bepaalde, 'beste' oplossing. Men sluit aan bij de oplossingsrichting die de cliënt al uit zichzelf heeft ingeslagen.
13. Een actieve houding is belangrijk bij het hanteren en voorkomen van problemen. Ook al worden niet alle problemen opgelost, het actief zoeken naar mogelijkheden om ermee om te gaan leidt meestal tot verbetering. De oplossingsgerichte benadering ziet problemen als uitdaging
14. 'Weerstand' is geen bruikbaar begrip. 'Weerstand' veronderstelt dat de cliënt niet zou willen veranderen. Bij 'weerstand' is er iets niet goed in de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en hulpverlener. De hulpverlener moet dan iets doen, bijvoorbeeld beter aansluiten bij de cliënt. Bij 'weerstand' gaat de hulpverlener vaak te snel.
15. De werkelijkheid in kwestie is een kwestie van kijken en benoemen. De hulpverlener moedigt de cliënt aan te fantaseren, een nieuwe werkelijkheid te bedenken. Als hulpverlener moet je niet te rechtlijnig en star omgaan met modellen en oplossingen van je eigen voorkeur. Je moet de cliënt stimuleren om op een nieuwe manier naar zijn eigen situatie te kijken, maar je eigen ideeën hierbij op de achtergrond houden. Een idee van de hulpverlener dat niet aansluit bij de cliënt, helpt hem niet verder.

Naast de oplossingsgerichte therapie wordt er binnen de Breegweestee groepsgericht en hiërarchisch gewerkt. De opgenomen cliënten leven in een commune (een woon- of leefgemeenschap waarin (bijna) alles gezamenlijk wordt gedaan) waarin zij verantwoordelijk zijn voor de uitvoer van taken.

Binnen de methode oplossingsgericht werken draait het om het aanspreken en vergroten van de verantwoordelijkheid van de cliënt zodat deze uiteindelijk zo zelfstandig mogelijk kan functioneren in de maatschappij. Gedurende de behandeling komt deze verantwoordelijkheid steeds meer naar voren. Enkele voorbeelden hiervan zijn: in het begin uitgebreide verlofbrieven schrijven en later een aantal zinnen, eerst met z'n vieren op een kamer slapen en later alleen en, in het begin van opname met een ander groepslid op weekend verlof gaan en later alleen. Hier zit een hiërarchisch karakter in verwerkt. Daarnaast kunnen cliënten solliciteren op functies als projectleider en gangmaker, of krijgen zij deze functies aangewezen om zichtbaarder te worden in de groep.

Het oplossingsgericht werken zou geschikt zijn voor jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbele diagnose omdat de cliënt het gevoel krijgt dat de behandeling op hem/haar, als individu gericht is. De cliënt bepaald zelf het pad dat hij of zij bewandelt. Doordat er gewerkt wordt met kleine stappen zullen de cliënten veel succeservaringen hebben waardoor zij mogelijk gemotiveerder zullen worden voor behandeling wat deze vervolgens ten goede zal

komen. De methode richt zich op het positieve, hulpverleners behoren veel te complimenteren en erkenning te geven voor de situatie.

Het oplossingsgericht werken richt zich op eigen verantwoordelijkheid doordat er ingegaan wordt op de eigen invulling van het gewenste toekomstbeeld en de eigen weergave van problemen. Het is de vraag of jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbele diagnose deze verantwoordelijkheid aankunnen. Uit onderzoek van Eveline Crone, psychologe bij de Universiteit te Leiden blijkt dat bij jongeren tot 18 jaar de hersenen nog in ontwikkeling zijn waardoor zij moeite hebben met plannen en vooruitkijken. Hierdoor lijkt het vaak alsof de toekomst hen niks kan interesseren, maar in feite bezitten zij hier de draagkracht nog niet voor³⁹. Dit zou betekenen dat de oplossingsgerichte methode concreter gemaakt zou moeten worden om het te kunnen gebruiken bij jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbele diagnose. Een mogelijkheid hierin is bijvoorbeeld door niet te spreken over toekomst maar over een bepaald tijdsbestek. Het oplossingsgericht werken is op zichzelf weinig gestructureerd omdat het uitgaat van de cliënt als expert. Omdat de jongeren van 14 tot 18 jaar veelal moeite hebben met plannen, en het houden van overzicht zou een gericht aanbod voor sommige jongeren meer passend kunnen zijn.

Cognitieve gedragstherapie

De cognitieve gedragstherapie is ontstaan vanuit twee psychologische stromingen; het behaviorisme (waaruit de gedragstherapie is ontstaan) en de cognitieve psychologie (door Aàron Beck en Albert Ellis). De cognitieve psychologie is de voorligger van de cognitieve therapie en richt zich voornamelijk op de invloed van het denken, het gevoelsleven op het doen.

Bij gedragstherapie staat het gedrag, de handelingswijze, van een cliënt centraal. Problematische gedragingen worden in kaart gebracht en er wordt gezocht naar passende gedragspatronen.

De laatste jaren worden beide methoden veelal geïntegreerd aangeboden: de cognitieve gedragstherapie³⁷.

Hieronder volgt een citaat van de website van de vereniging van gedragstherapie en cognitieve therapie⁴⁰:

“Uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat cognitieve therapie en gedragstherapie dikwijls vergelijkbare gunstige effecten hebben op de problemen van cliënten. Ook is steeds duidelijker aangetoond dat de werkwijze van beide methodes - huiswerk, oefeningen en samenwerking tussen therapeut en cliënt - goed op elkaar aansluit. In de psychologie ziet men steeds beter in dat 'anders leren denken' en 'anders leren doen' uitstekend met elkaar kunnen worden gecombineerd in één en dezelfde behandeling.

Door al deze inzichten zijn cognitieve therapie en gedragstherapie steeds hechter verweven tot cognitieve gedragstherapie. Cognitieve gedragstherapie kan dus zowel de manier van denken en interpreteren van de cliënt beïnvloeden, als diens manier van doen en laten. Soms ligt de nadruk meer op denken, soms meer op doen en laten. In andere gevallen werkt men gelijktijdig met beide aspecten”.

De cognitieve gedragstherapie gaat ervan uit dat er een interactie bestaat tussen gevoelens, gedrag, sociale factoren, cognities en omgevingsinvloeden. Psychische problemen worden volgens de cognitieve gedragstherapie veroorzaakt door cognitieve- en gedragsfactoren.

Oorspronkelijk richtte de methode zich alleen op depressie maar tegenwoordig wordt het ook gebruik bij de behandeling van andere psychiatrische problematieken, zowel bij volwassenen als bij jongeren/kinderen.

Het doel van cognitieve gedragstherapie is de bewustwording van interpretaties en informatieselectie en de vermindering van gevoelens als angst, onzekerheid en/of somberte. Door middel van kritische reflectie en toetsing aan de werkelijkheid (bijvoorbeeld door exposure, opzoeken wat je eng vindt) wordt dit doel nagestreefd. De methode kenmerkt zich doordat het een kortdurende, gestructureerde therapievorm is, die zich richt op zowel het heden als op de toekomst. Er wordt gekeken naar denkgewoonten met bijbehorende gevoelens welke middels oefeningen duidelijk worden en zullen veranderen. Cognitieve gedragstherapie wordt gegeven door gespecialiseerde therapeuten, welke verschillende manieren van werken kunnen gebruiken^{41, 42}.

Cognitieve gedragstherapie is een gestructureerde methode, wat passend is bij de doelgroep van de toekomstige klinische behandelsetting, namelijk jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbele diagnose. Deze jongeren hebben behoefte aan duidelijkheid. Daarbij geeft de methode zicht op het eigen gedrag en de reële of irreële gevoelens van de cliënt. Dit maakt het concreet. De behandeling is veelzijdig en kan bestaan uit verschillende soorten oefeningen wat maakt dat cliënten geboeid blijven.

3.4.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

Het evenwicht tussen draagkracht en draaglast bij pas opgenomen cliënten binnen de Breegweestee is ernstig verstoord. Vaak is dit een reden voor opname. Op het moment van opname hebben de cliënten hun detoxificatieperiode achter de rug. Opname betekent voor de cliënt opnieuw beginnen met opbouwen van hun leven en dat wat geweest is achter zich laten. De eerste twee weken van de opname zijn het introductie- en motivatiegedeelte van de behandeling. De cliënt maakt kennis met de medebewoners, en met de mogelijkheden en werkwijze van de Breegweestee. In deze twee weken wordt er rekening gehouden met de draagkracht van de cliënt. De cliënt moet wennen aan de nieuwe omgeving en de manier van werken.

Doordat er gewerkt wordt met de cognitieve gedragstherapie kunnen er interventies toegepast worden welke aansluiten op de draagkracht van de cliënt op dat moment.

Contra-indicaties voor behandeling binnen de Breegweestee zijn:

- cliënten met suïcidaal gedrag
- cliënten met ernstige psychosen
- cliënten met (ernstige) autistische stoornissen
- cliënten met een IQ beneden de vijftien

3.4.4 Benodigde competenties van het personeel

De werknemers van de Breegweestee hebben een cursus oplossingsgericht werken gevolgd. Het is bekend dat je als hulpverlener in de methode moet groeien. Hulpverleners zijn gewend om oplossingen aan te dragen, de cliënt te sturen en cetera. Er wordt van de hulpverlener verwacht dat hij/zij de zelfbedachte oplossingen niet deelt met de cliënt maar juist uitgaat van de eigen oplossing van de cliënt. Om volgens de oplossingsgerichte methode te werken moet de hulpverlener beschikken over de gespreksvaardigheden die men nodig heeft om deze methode uit te voeren. Een aantal gespreksvaardigheden, welke de hulpverlener moet bezitten zijn o.a. erkenning geven, humor gebruiken, concretiseren, parafraseren, (in)direct complimenteren, vanuit andere perspectieven vragen kunnen stellen etcetera³⁸.

38

De cognitief gedragsmatige methode moet door het gehele team gedragen worden, wil de methode binnen de behandeling aan de cliënten het gewenste resultaat bereiken.

Naar mate er langere tijd met de methodiek gewerkt wordt, merkt men nu binnen de Breegweestee dat er steeds meer er beter gebruik wordt gemaakt van de methodiek. Het kost de hulpverleners steeds minder moeite om de methodiek uit te voeren.

3.4.5 Resultaten

Omdat de Breegweestee sinds november 2007 werkt middels een nieuwe methodiek en een andere aanpak, zijn er nog geen cijfers bekend met betrekking tot terugval of geslaagde behandelingen. Parallel aan het starten van de behandeling is een onderzoek omtrent het aantal terugvallen gestart, wat momenteel nog in werking is.

3.4.6 Conclusie

De werkwijze binnen de Breegweestee, volgens bovenstaande beschrijving van de methoden, zou deels passend kunnen zijn binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. De cognitieve gedragstherapie is een methode waarmee concreet en gestructureerd gewerkt kan worden. Dit sluit aan bij de doelgroep omdat zij, mede doordat zij in de puberteit zijn, baat hebben bij het stellen van grenzen en duidelijkheid. Daarbij geeft de methode zicht op gevoelens en gedrag in interactie met elkaar. Door het toepassen van deze methode zullen de cliënten tijdens de klinische behandeling leren wat zij, omtrent hun gevoelens, gedachten en gedragingen, in de toekomst toe kunnen blijven passen.

Wat binnen de behandeling aan de toekomstige doelgroep binnen het oplossingsgerichte werken zal aansluiten is de benadering vanuit het positieve. Hierbij wordt er gekeken naar de toekomst wat op zich goed zal aansluiten, aangezien de cliënten hiervoor in behandeling zijn. Een nadeel hierbij is dat jongeren tussen de 14 en 18 jaar (met name met een ontwikkelingsachterstand), moeite zullen hebben met het kijken naar hun toekomst. Dit omdat hun hersenen nog in ontwikkeling zijn en thema's als plannen en structureren voor hen zelfstandig niet mogelijk zijn. Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zal hier dan ook aandacht voor moeten zijn en zullen de directe behandelaars de cliënten een gestructureerde aanpak moeten bieden.

Aansluitend zal behandeling binnen een groep positief kunnen werken voor de toekomstige doelgroep. De cliënten in de groep kunnen leren van elkaar, en elkaar stimuleren tijdens de behandeling. Daarnaast zal er binnen de groep naar het individu gekeken moeten worden zoals ook binnen de Breegweestee gebeurd. Dit betekent dat de cliënten naast het groepsaanbod individueel een keuze in modules of therapieën kunnen maken, aansluitend op hun behandeldoelen. Deze manier van werken maakt dat je de positieve punten uit het groepsproces kunt halen, waarbij er voldoende ruimte blijft voor de individuele ontwikkeling van de cliënt.

3.5.1 Inleiding

Op 19 februari 2008 is er deelgenomen aan een minisymposium van JellinekMentrum te Amsterdam. JellinekMentrum biedt vanaf 1 november 2007 deeltijd- en poliklinische behandeling aan jongeren van 12 tot 23 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek, aan cliënt en zijn/haar systeem. Medio 2009 zullen zijn een klinische behandelsetting openen voor dezelfde doelgroep als hierboven beschreven. Tijdens het minisymposium werd er een terugblik gegeven op de eerste drie maanden die de deeltijd- en poliklinische behandeling geopend is geweest. Tijdens het minisymposium is gesproken met de behandelcoördinator van de Jeugdkliniek van JellinekMentrum en de in deze paragraaf beschreven informatie is gecontroleerd en goed bevonden door Chareen Soekardjo, preventiemedewerker. Hieronder wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen de Jeugdkliniek van JellinekMentrum.

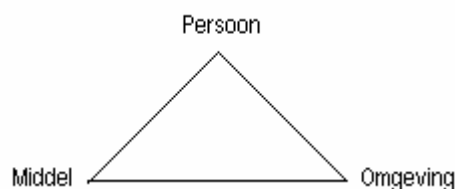
3.5.2 Inhoud van de methodiek

JellinekMentrum biedt behandeling aan jongeren van 12 tot 23 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek. Deze behandeling wordt stepped-care aangeboden. Het uitgangspunt van stepped-care (getrapte zorg) is dat de meest effectieve, minst belastende, goedkoopste en kortste vorm van behandeling aangeboden wordt. Er wordt pas een intensievere interventie ingezet wanneer een minder intensievere vorm van behandeling niet effectief blijkt.

Binnen JellinekMentrum zijn er drie verschillende vormen van behandeling mogelijk⁴³:

- Lichte behandeling (poliklinisch)
- Matige behandeling (deeltijd)
- Ernstige behandeling (klinisch)

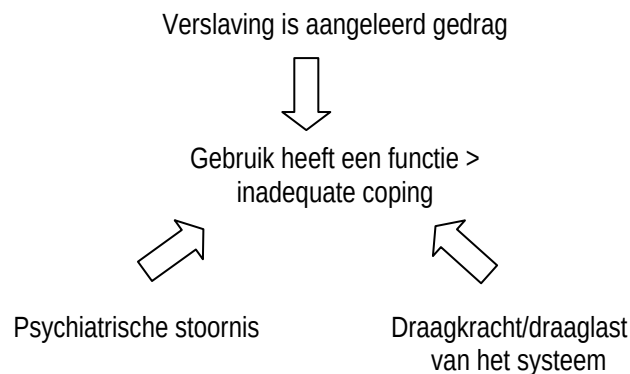
Momenteel is de klinische behandeling voor de jongeren nog niet gestart, deze zal medio 2009 haar deuren openen. De jeugdkliniek van JellinekMentrum zal met hetzelfde werkmodel en methodiek gaan werken als de poliklinische zorg en deeltijdbehandeling. De methodiek waarmee gewerkt wordt binnen JellinekMentrum is gebaseerd op onderstaand model:



- Persoon: genetische aanleg, latente psychiatrische stoornis, persoonlijkheidskenmerken, leeftijdsfase.
- Omgeving: gebruik van ouders/vrienden, opvoedingsvaardigheden, sociaal economische klasse.
- Middel: alcohol, cannabis, harddrugs, gamen etc.

Men gaat er vanuit dat de factoren persoon, middel en omgeving met elkaar in interactie staan, zij kunnen niet los van elkaar gezien worden. Zo wordt een *persoon* bijvoorbeeld beïnvloed door zijn *omgeving* in het gebruik van het *middel*. Dit *middel* zorgt er vervolgens voor dat de gemoedstoestand van de *persoon* veranderd wat weer invloed heeft op de *omgeving*.

Aan de hand van dit schema is een werkmodel ontwikkeld, hieronder een versimpelde weergave:



Binnen JellinekMentrum handelt men vanuit de visie dat het gebruik van middelen een functie heeft. Het wordt gezien als inadequate coping, welke middels behandeling veranderd kan worden. Binnen deze behandeling wordt er gezocht naar gezonde copingsstrategieën. De verslaving van een cliënt kent volgens deze visie, één of meerdere van de volgende oorzaken:

- Aangeleerd gedrag, bijvoorbeeld omdat iemand heeft gemerkt door het gebruik van cannabis beter te kunnen slapen en dit om die reden herhaaldelijk gebruikt.
- Een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een jongere met ADHD die merkt dat wanneer hij van middelen gebruik maakt rustiger wordt en zich beter kan concentreren.
- Draagkracht/draaglast van het systeem, wanneer de draagkracht van een systeem laag is en de draaglast hoog kan een jongere bijvoorbeeld zijn heil vinden in het gebruik van middelen⁴³.

JellinekMentrum werkt met een combinatie van drie methoden gebaseerd op bovenstaand schema en werkmodel. Deze methoden zijn: cognitieve gedragstherapie, motiverende gespreksvoering en de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente. Hieronder wordt een beschrijving gegeven van de verschillende methoden⁴³.

41

Cognitieve gedragstherapie

De cognitieve gedragstherapie is ontstaan vanuit twee psychologische stromingen; het behaviorisme (waaruit de gedragstherapie is ontstaan) en de cognitieve psychologie (door Aäron Beck en Albert Ellis). De cognitieve psychologie is de voorligger van de cognitieve therapie en richt zich voornamelijk op de invloed van het denken, het gevoelsleven en het doen. Bij gedragstherapie staat het gedrag, de handelingswijze, van een cliënt centraal. Problematische gedragingen worden in kaart gebracht en er wordt gezocht naar passende gedragspatronen. Voor meer informatie over deze methode verwijzen wij u naar hoofdstuk 3.4.2.

Binnen JellinekMentrum richt de cognitieve gedragstherapie zich vooral op⁴³:

- Zelfcontroletraining
- Cognitieve herstructurering
- Vaardigheidstraining (verslaving en terugval)

Stadia van gedragsverandering

Prochaska en DiClemente hebben in 1983 een model ontwikkeld, het stages of change model, ofwel de veranderingscirkel. Deze cirkel geeft inzicht in het proces van verandering dat een cliënt doormaakt wanneer hij/zij verandering overweegt. Aanvullende informatie met betrekking tot de stadia van gedragsverandering zijn te vinden in hoofdstuk 3.2.2.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een op interactie gerichte gespreksmethode, ontworpen door W.R. Miller en S. Rollnick. De methode is ontworpen voor gebruik in de verslavingszorg en maakt gebruik van de

veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente. Aanvullende informatie met betrekking tot motiverende gespreksvoering staat beschreven in hoofdstuk 3.2.2.

3.5.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

Binnen JellinekMentrum wordt stepped-care gewerkt. Dit houdt in dat men kijkt naar de draagkracht en –last van de cliënt voordat hij/zij behandeling ondergaat. Waar poliklinische- of deeltijdbehandeling toereikend is zal er geen gebruik worden gemaakt van klinische behandeling⁴³.

Een contra-indicatie voor opname is een IQ onder de 65. De reden hiervan is dat iemand met een (licht) verstandelijke beperking moeite heeft om cognitieve gedragstherapie te kunnen volgen. De cliënt kan overprikkelt raken of veel uitleg behoeven waar andere groepsleden zich aan kunnen storen.

De eerste drie maanden dat de deeltijdbehandeling draaide, gold tevens als contra-indicatie: jongeren met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en gedragsstoornissen. De medewerkers van JellinekMentrum hebben hiervoor gekozen omdat ze met een geheel nieuwe groep collega's zijn gestart en zij het zich in het begin niet te moeilijk wilden maken. Ook waren zij er angstig voor dat wanneer zij dit niet deden, er een grote groep jongeren met persoonlijkheidsproblematiek zich zou aanmelden. Bij aanvang van de tweede groep voor deeltijdbehandeling verdwijnt deze contra-indicatie. Contra-indicatie die bij de deeltijdbehandeling overblijft is; geen vaste woon- of verblijfplaats omdat de jongeren na de deeltijdbehandeling een plek moeten hebben om naar toe te gaan.

De contra-indicaties voor de toekomstige klinische behandelsetting van JellinekMentrum zijn:

- Antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Psychotische stoornissen
- Schizofrenie
- Een IQ onder de 70 (tenzij onder strikte indicatie met bescherming tegen invloeden van medecliënten)

42

3.5.4 Benodigde competenties van het personeel

De methoden motiverende gespreksvoering en de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente worden veelvuldig gebruikt binnen instellingen die te maken hebben met verslavingszorg. Er kan dan ook aangenomen worden dat werkers in de verslavingzorg bekend zijn met deze methoden. Om daadwerkelijk te gaan werken met deze methoden is het verstandig om scholing aan te bieden, zodat men op een passende manier hiermee leert te werken. Cognitieve gedragstherapie wordt gegeven door gespecialiseerde therapeuten.

JellinekMentrum is onderzoekend op het gebied van 'nieuwe' methoden. Momenteel volgen enkele teamleden een basiscursus Multi Dimensional Family Therapy (MDFT), waarbij op verschillende dimensies van de jongere wordt samengewerkt met het systeem. Deze cursus wordt gevolgd door een deel van het team zodat deze binnen de jeugdkliniek met de methode kunnen werken. Wanneer effectiviteit daadwerkelijk blijkt in de praktijk zullen ook andere teamleden de cursus kunnen volgen⁴³.

3.5.5 Resultaten

JellinekMentrum is sinds november 2007 gestart met een poliklinische- en deeltijdbehandeling voor jongeren van 12 tot 23 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek. Tijdens het minisymposium is er een beeld geschetst van de ervaringen en de resultaten die tot nu toe behaald zijn. Vanwege de korte tijd dat de instelling geopend is, is er geen sprake van evident based onderzoek.

Gedurende de drie maanden die de deeltijdbehandeling en polikliniek heeft gedraaid hebben 102 cliënten behandeling gekregen. Om een beeld te geven van de problematiek, aantal mannen en vrouwen, en psychiatrische problematiek welke binnen de deeltijdbehandeling van de instelling aanwezig is volgt hieronder

een overzicht, waarbij de cijfers de eerste drie maanden van poliklinische- en deeltijdbehandeling binnen JellinekMentrum betreffen⁴³.

Cannabis	63%	ADHD	23%
Cocaïne	10%	Stemmingsstoornissen	9%
Alcohol	19%	Psychotische stoornissen	14%
Gamen	6%	Stoornissen autistische spectrum	9%
Overig	2%	PTSS	12%
		Persoonlijkheidsstoornissen	11%
Man	64%	Psychosociaal	11%
Vrouw	36%	Overig	11 %

Binnen deze cijfers zijn de 38 systeemleden meegenomen welke in behandeling zijn binnen JellinekMentrum. De grootste groep behandelde cliënten zijn mannelijk, in de leeftijd van 15-19 jaar en gebruiken cannabis.

3.5.6 Conclusie

De methodiek welke toegepast zal worden binnen de jeugdkliniek van JellinekMentrum zou tevens passend zijn voor de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek.

De methodiek maakt gebruik van een model, welke veronderstelt dat gebruik een inadequate coping is. De psychiatrische stoornis, de draagkracht en –last van het systeem en het uitgangspunt dat verslaving aangeleerd gedrag is hebben hier invloed op. Al deze onderwerpen zijn voor de toekomstige doelgroep ook van belang om te betrekken binnen de behandeling.

Werken met de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente zou voor de doelgroep van de toekomstige kliniek passend zijn omdat het duidelijk maakt in welk stadia van verandering de jongere zich bevindt. Doordat de jongere en zijn/haar behandelaren hier inzicht in hebben, raakt de cliënt mogelijk meer gemotiveerd voor verandering en behandeling. Motiverende gespreksvoering sluit hierbij aan omdat het inspeelt op de veranderingsstadia van de cliënt en hierbij (gespreks)technieken gebruikt welke de cliënt motiveren tot verandering.

De cognitieve gedragstherapie is een methode waarmee concreet en gestructureerd gewerkt kan worden. Dit sluit aan bij de toekomstige doelgroep omdat zij, mede doordat zij in de puberteit zijn, baat hebben bij het stellen van grenzen en duidelijkheid. Daarbij geeft de methode zicht op gevoelens en gedrag in interactie met elkaar. Door het toepassen van deze methode zullen de cliënten tijdens de klinische behandeling leren wat zij, omtrent hun gevoelens, gedachten en gedragingen, in de toekomst toe kunnen blijven passen.

3.6.1 Inleiding

Op 22 februari 2008 is er een interview gehouden binnen het Bauhuus van Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen. Deze instellingen biedt klinische behandeling aan jongeren van 12 tot en met 18 jaar, waarbij sprake is van misbruik of afhankelijkheid van verslavende middelen. De doelgroep is vastgelopen in voorgaande psychosociale ontwikkeling en kent problematieken op meerdere leefgebieden (ouders en gezin; gedrag/emoties/cognities; lichamelijke en seksuele ontwikkeling; sociale contacten/- vaardigheden; wonen; school/werk; hobby's; politie en justitie). Er is gesproken met Eric de Vos, afdelingshoofd voor de klinische zorg voor jeugdigen binnen VNN. In deze paragraaf wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen het Bauhuus.

3.6.2 Inhoud van de methodiek

Binnen VVN hanteert men het biopsychosociaalmodel (meer informatie hierover zie hoofdstuk 3.2.2). Het doel van een behandeling binnen het Bauhuus is het onder controle brengen van de verslaving; het opgang brengen van probleembesef, motivatie en identiteitsontwikkeling; en het bewerken van de problematiek op alle leefgebieden. Het klinische milieu van het Bauhuus krijgt vorm volgens een holding environment. Dit houdt in dat er binnen het klinische milieu een therapeutische relatie is tussen behandelaren en cliënten, waarbinnen de behandelaren als verzorgende objecten, zonder woorden doorziet en voorziet wat de behoeften en wensen van de cliënten zijn⁵⁴. Wanneer er sprake is van te weinig of een inadequate holding, wordt dit door de cliënt gevolgd door een structurele pathologische ontwikkeling. Is er echter sprake van voldoende holding, basis trust, dan zullen de cliënten er geen behoefte aan hebben om op de behandelaren te reageren door middel van primaire afweermechanismen (zoals projectieve identificatie of splitsing). Van de behandelaren wordt dus gevraagd de projectie van ondraaglijke, oncontroleerbare en onbegrijpelijke emoties van de cliënten te verdragen, met als doel een niveau te bereiken waarop innerlijke conflicten beleefd kunnen worden⁴⁴.

Dit klinische milieu wil het Bauhuus neerzetten, door het combineren van een zestal methoden. Deze methoden zijn, de sociotherapie, cognitieve en gedragstherapeutische methoden, de ontwikkelingspsychologie, systeemtheorie en psycho-educatie. De combinatie is erop geënt de problematische hechtingsstijlen van de jongeren, de daarop voorbouwende copingsstrategieën (verslaving) en de systeemproblematiek, te diagnosticeren en te behandelen. Hieronder volgt voor iedere methode een uitleg⁴⁴.

Sociotherapie

De definitie van sociotherapie is als volgt: het methodisch hanteren van het leefmilieu van een groep cliënten, gericht op de behandeldoelen van deze groep – opgevat als middel om de behandeldoelen van de individuele cliënt te bereiken – binnen een functionele eenheid van doorgaans intramurale behandelsituaties^{33, 47}.

Rond 1800 pleitte de Franse psychiater Pinel voor een behandelomgeving die gekenmerkt wordt door tolerantie en acceptatie van het gedrag van cliënten. Tot dan toe waren bewaking en opsluiting van psychiatrische patiënten gebruikelijk. De benadering van Pinel werd de 'morele behandeling' benoemd en in de eerste helft van de negentiende eeuw door Schroeder van der Kolk overgenomen in Nederland⁴⁵.

Schroeder van der Kolk werd in 1827 hoogleraar anatomie en fysiologie aan de universiteit te Utrecht. Naast hoogleraar was hij ook bestuurder en later geneesheer-directeur van het Utrechtse krankzinnigengesticht. Van der Kolk pleitte ervoor de krankzinnigen als zieken te beschouwen en hun dus ook op die manier te behandelen. Hij deed uitgebreid onderzoek naar de hersenen en het zenuwstelsel en kwam daardoor tot een aantal belangrijke ontdekkingen. Van der Kolk kreeg geld bij elkaar voor de reorganisatie van het gesticht en door het succes wat hieruit voortkwam, nodigde de regering hem uit om advies te brengen over de verpleging en behandeling van krankzinnigen in heel Nederland. Dit heeft uiteindelijk tot een nieuwe wet geleid, waardoor de 'dolhuizen' plaats hebben gemaakt voor psychiatrische inrichtingen⁴⁸.

In de tweede helft van de negentiende eeuw kwam het medisch model op. Men zag de oorzaak van het ziektegedrag als organisch bepaald. Aan het begin van de twintigste eeuw werden activerende therapieën ingevoerd en kwam hierdoor weer een ommekeer in zicht. Ook de ideeën van Freud, namelijk dat psychiatrische stoornissen veroorzaakt worden door verdrongen conflicten in plaats van organische ziekten, deden de belangstelling voor de psychologische kant van het gedrag van cliënten toenemen.

Na de tweede wereldoorlog kwam onderzoek op gang naar groepsprocessen en de betekenis daarvan voor behandelsituaties. Maxwell Jones ontwikkelde het concept van de therapeutische gemeenschap, waarin de participatie van cliënten centraal stond. Via de zogenaamde milieubenadering richtte de behandeling in instituten zich op het versterken van het zelfgevoel van de opgenomen cliënt (het IK).

Vanaf 1981 wordt er oprecht werk gemaakt van de ontwikkeling van de sociotherapeutische methodiek. In 1995 is de, in 1985 opgerichte, Vereniging ter Bevordering Sociotherapie (VBS) samen gaan werken met andere beroepsverenigingen in de sector Zorg en Welzijn. Per oktober 1999 is de Nederlandse Vereniging SPH (NVSPH) hieruit opgericht⁴⁸.

De algemene uitgangspunten/belangrijkste kenmerken van de sociotherapie, met betrekking tot de hulpverlening aan cliënten, zullen hieronder kort genoemd worden. Deze zijn ontleend aan het Beroepsprofiel voor Sociotherapeuten (door het instituut voor sociotherapie). Hierbij moet worden opgemerkt dat voor sociotherapie centraal staat dat de hulpverlening zich altijd afspeelt in het hier en nu en er altijd sprake is van wederzijds handelen⁴⁶:

- Sociotherapie gaat uit van een holistische mensvisie. Dat wil zeggen dat de mens gezien wordt als een somatische, psychische, sociale en spirituele eenheid die uniek is op grond van zijn eigen wordingsgeschiedenis;
- De mens wordt beschouwd als een autonoom handelend wezen en tegelijk als een sociaal afhankelijk wezen;
- Mensen zijn gelijkwaardig en behoren dezelfde rechten te hebben en hiervan op de hoogte te zijn of te worden gebracht;
- Menselijke ontwikkeling voltrekt zich per definitie in contact met anderen;
- Mensen vormen met elkaar allerlei sociaal-maatschappelijke verbanden;
- De mens heeft voor de realisering van zijn wensen en behoeften andere mensen nodig. De omgeving is belangrijk voor zijn ontplooiingsmogelijkheden. Er is sprake van wederzijdse beïnvloeding en wederzijdse afhankelijkheid;
- Niet goed functionerende sociale systemen kunnen een ernstige belemmering vormen voor de ontwikkeling en het welbevinden van de mens;
- Menselijke problemen uiten zich (uiteindelijk) als een stoornis in de handelingscompetentie van de mens, waardoor zelfstandig handelen wordt belemmerd;
- Het klinisch leefmilieu moet worden opgevat als een herstel- en/of ontwikkelingsbevorderend milieu en is als zodanig een belangrijk therapeutisch middel;
- Het klinisch leefmilieu moet voldoen aan condities waardoor het cliënten stimuleert om met en aan anderen te leren wat nodig is voor de eigen ontwikkeling (sociaal leren in de hier en nu situatie);
- Het klinische milieu draagt bij tot het leren van (psychosociale) vaardigheden die ook buiten dit systeem, daar en straks, nodig zijn;
- Het creëren van deze condities is een centraal aandachtspunt voor de sociotherapie.

Het werken met de methode sociotherapie sluit aan op het biopsychosociaal model dat tegenwoordig binnen de psychiatrie en verslavingszorg gehanteerd wordt. Dit zal ook binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, zo zijn en daarom binnen deze setting toe te passen. Binnen de sociotherapeutische groep wordt er naar de groepsdynamica en de individuen gekeken. De behandeling zou hier op aan moeten sluiten. De cliënten in de groep leren hoe het is om in een gelijkwaardig vervangend sociaal systeem te functioneren en daarbij leren zij vaardigheden die ook buiten dit systeem zijn toe te passen.

Cognitieve methoden

Binnen het Bauhuus werkt men met verschillende cognitieve methoden en trainingen om de kerncognities van de jongeren te verhelderen en uit te breiden. De methoden en trainingen worden aangeboden volgens de cognitieve therapie. Hieronder volgt een korte uitleg hierover⁴⁹.

Cognitieve therapie is een behandelvorm die gebaseerd is op het idee dat psychiatrische klachten of problemen voortkomen uit de wijze waarop mensen informatie selecteren en verwerken. Het gaat hierbij om opvattingen welke nauw verbonden zijn met disfunctionele gedragingen en sterke emoties⁴⁹.

Aäron Beck en Albert Ellis worden vanaf eind jaren zestig beschouwd als de grondleggers van de cognitieve therapie. In deze therapie wordt geprobeerd om de (automatische) manieren van informatie selectie en interpretatie bewust te laten worden, deze te beïnvloeden door er kritisch op te reflecteren en te toetsen op de werkelijkheid. Het uiteindelijke doel is de gegeneraliseerde kennis van een persoon over de wereld, over de persoon zelf en over de interactie tussen de persoon en de buitenwereld, te veranderen naar een hoger niveau⁴⁹.

De laatste jaren zijn er, voor talloze stoornissen, gespecialiseerde vormen van cognitieve therapie ontwikkeld. Bijvoorbeeld voor depressie, verslaving, angst-, psychotische- en persoonlijkheidsstoornissen. De cognitieve therapieën die op specifieke stoornissen zijn toegesneden behoren tot de meest effectieve vormen van psychotherapeutische behandeling⁴⁹.

Gedragstherapeutische methoden

Naast de cognitieve methoden wordt er binnen het Bauhuus gewerkt met verschillende gedragstherapeutische trainingen. Dit doen zij omdat deze de jongeren de mogelijkheid geven methodisch te experimenteren met alternatief gedrag ter uitbreiding van hun copingsstrategie⁴⁴.

Gedragstherapie is een vorm van psychotherapie waarin het menselijke gedrag in wisselwerking met de omgeving en bijpassende factoren centraal staat. Iedereen denkt en doet op een bepaalde manier. Het gedrag dat iemand vertoont heeft hij/zij in de loop van het leven aangeleerd en kan dus ook weer afgeleerd worden⁵⁰.

Gedragstherapie is erop gericht concrete problemen of klachten, als depressies, fobieën en verslavingsproblemen, op te heffen. Dit doet men door de problematische gedragingen en de omstandigheden waarin die voorkomen in kaart te brengen. Vervolgens wordt er met de cliënt gewerkt om met meer passende gedragspatronen te reageren op die omstandigheden⁵⁰.

Tegenwoordig worden de cognitieve en gedragstherapeutische methoden veelal gecombineerd aangeboden. Aangezien iemands (dis)functionele gedragingen, emoties en gedachten/cognities nauw met elkaar verweven zijn, is het zaak deze twee methoden in interactie met elkaar toe te passen. Op die manier wordt er aan alle drie de thema's binnen één methode gewerkt, zien de cliënten dit ook niet los van elkaar en kunnen zij het geleerde, in de toekomst, ook buiten de behandelsetting toepassen⁴⁰.

Ontwikkelingspsychologie

Tijdens de Verlichting in de achttiende eeuw begonnen twee filosofen zich te verdiepen in het kind. Tot die tijd was er nauwelijks belangstelling voor kinderen als aparte groep, met specifieke behoeften en mogelijkheden, in de samenleving. Deze twee filosofen waren Locke (1632-1704) en Rousseau (1712-1778). Locke stelde dat elk kind als een onbeschreven blad ter wereld kwam en dat de opgedane ervaringen bepalend waren voor de verdere levensloop. Rousseau gaf voornamelijk het gevoel een belangrijke plaats. Hij zag het kind als een actief en onderzoekend wezen dat met een sterke wil greep tracht te krijgen op de realiteit. Rousseau geloofde sterk in de aangeboren natuurlijke goedheid van de mens.

De bioloog Charles Darwin (1809-1882) deed onderzoek naar de ontwikkeling van menselijk gedrag. Hij observeerde zijn eigen zoon gedurende diens eerste drie levensjaren, om verdere steun te vinden voor zijn evolutietheorie. De manier waarop dit gebeurde zou tegenwoordig niet meer wetenschappelijk genoemd kunnen worden. Echter werd Darwin in die tijd gezien als een groot wetenschapper en heeft hij de aandacht gevestigd op het gedrag van kinderen. Zijn voorbeeld werd snel gevolgd en de observatietechnieken werden verbeterd. Dit

resulteerde erin dat aan het eind van de negentiende eeuw verschillende wetenschappers soortgelijke babybiografieën publiceerden.

Een belangrijke wetenschapper die ook invloed had op de ontwikkelingspsychologie was de arts Sigmund Freud (1856-1939). Freuds psychoseksuele ontwikkelingsmodel benadrukte nog eens het belang van de eerste levensjaren van het individu, zijn/haar levenservaringen, voor de latere persoonlijkheids- en gedragsontwikkeling⁵¹.

De ontwikkelingspsychologie houdt zich met twee nauwgezette kwesties bezig⁵²:

1. Welke psychologische toestanden doorlopen individuen tijdens hun ontwikkeling?
2. Welke mechanismen zijn verantwoordelijk voor de overgang van de ene toestand naar de volgende?

Deze tak van psychologie richt zich, met andere woorden, op het beschrijven en verklaren van de psychologische ontwikkeling. De definitie van ontwikkeling is, volgens Liesbeth van Beemen in het boek "Ontwikkelingspsychologie"⁵², als volgt: een reeks progressieve veranderingen die tot hogere niveaus van differentiatie en functioneren leiden. Hierbij op te merken dat deze veranderingen dus onomkeerbaar zijn en maakt dat wanneer een toestand in de ene periode (niet) goed is afgesloten, dit (positieve/negatieve) gevolgen heeft voor de volgende periode.

De ontwikkelingspsychologie onderscheidt, volgens het boek "De levensloop van de mens; inleiding in de ontwikkelingspsychologie" geschreven door Pol Craeynest, een aantal ontwikkelingsfasen⁵³. Te noemen:

- | | | |
|----|--|---------------------------------------|
| 1. | de prenatale fase: | vanaf bevruchting tot aan de geboorte |
| 2. | de babytijd: | vanaf de geboorte tot 1 à 1,5 jaar |
| 3. | de peuterfase: | van 1 à 1,5 jaar tot 2,5 à 3 jaar |
| 4. | de kleuterfase: | van 2,5 à 3 jaar tot + 6 jaar |
| 5. | de lagere schooltijd: | van 6 tot + 12 jaar |
| 6. | de adolescentie: | van 12 tot 20 à 22 jaar |
| 7. | de volwassenheid: | van + 20 tot + 60 jaar |
| 8. | de bejaarde volwassenheid of ouderdom: | vanaf + 60 jaar tot men sterft. |

47

De nadruk in de definitie van ontwikkeling, op progressieve verandering impliceert dat de meeste aandacht van de ontwikkelingspsychologie uitgaat naar de kinder- en jeugdijaren (punten 2 tot en met 6). Dit omdat de mens gedurende de gehele levensloop zowel fysiek als psychologisch aan verandering onderhevig is en dat men natuurlijk nooit te oud is om te leren, maar de periode van groei en differentiatie eindigt met het bereiken van de volwassenheid⁵³.

In het interview met Eric de Vos kwam naar voren dat de cliënten binnen het Bauhuus veelal jongeren zijn die in hun eerdere ontwikkelingsfase te veel eigen verantwoordelijkheid hebben gekend. Dit maakt, in combinatie met hun middelengebruik, dat hun ontwikkeling tegenwoordig achterloopt. Binnen de klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, zal het dan ook goed zijn om hier op in te spelen. Dit door gedurende de behandeling rekening te houden met de mate van draagkracht en draaglast van de individuele cliënt. Op die manier kan de ontwikkelingsachterstand enigszins verminderen en gelijk komen met fase 6.

Systeemtheorie

De systeemtheorie is een verzamelnaam van verschillende systeemgerichte methoden die gebruikt worden binnen de verschillende doelgroepen in de hulpverlening. Voorbeelden hiervan zijn de verslavingszorg, jeugdhulpverlening en psychiatrie. Er zijn veel verschillende methoden die afgeleid zijn van de systeemtheorie zoals de structurele gezinstherapie (Minuchin), strategische gezinstherapie (Haley), de contextuele gezinstherapie (Boszormenyi-Nagy), of de cybernetische gezinstherapie (Selvini Pallazolli)⁵⁵.

De theorie is ontstaan vanuit verschillende psychologische stromingen, namelijk de gestaltpsychologie en de algemene systeemleer.

De gestaltpsychologie laat zien dat mensen eigen invullingen geven aan waarnemingen. Mensen zien geen losse betekenisloze indrukken, maar ordenen verschillende indrukken tot een betekenisvol 'gestalt'. De systeemtheorie

heeft inspiratie opgedaan uit de gestaltpsychologie, aangezien ook in gezinnen indrukken tot een 'gestalt' worden gevormd. Een jongen met autisme wordt bijvoorbeeld 'gezien' als het probleem in het gezin, de problemen tussen vader en moeder onderling worden hierbij niet 'gezien'.

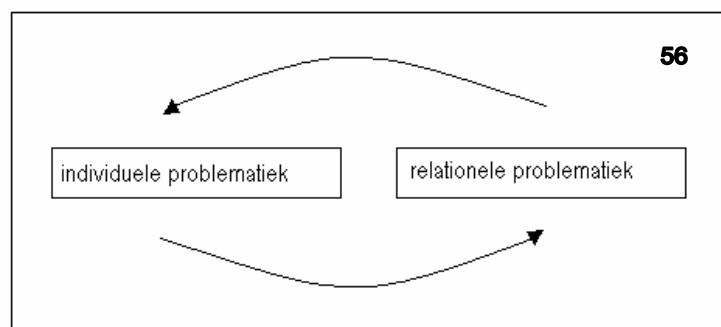
De algemene systeemleer (Von Bertalanffy, 1986) gaat er van uit dat complexe situaties niet verklaard kunnen worden door simpele oorzaak-gevolg-relaties. Bij complexe situaties zijn veel factoren betrokken die ook onderling een wederzijdse beïnvloeding hebben. Dit noemde Von Bertalanffy een systeem.

Naast de gestaltpsychologie en de algemene systeemleer zijn er nog andere invloeden geweest op de systeemtheorie. In de praktijk merkte men op dat het systeem invloed had op de gesteldheid van de verschillende systeemleden. Men bedacht om het gezinsprobleem aan te pakken, in plaats van een individueel probleem. Psychiater Nathan Ackerman (1966) is hier één van de ontwikkelaars in geweest³⁷.

Er bestaat een grote verscheidenheid in vormen van systeembenadering. Hieronder worden de algemene uitgangspunten van de systeemtheorie gegeven, zij zijn echter niet bij alle benaderingen even relevant. Een citaat uit het boek "Zes psychologische stromingen en één cliënt", Alie Weerman³⁷:

1. Elk mens is een onderdeel van verschillende sociale systemen;
2. De verschillende onderdelen van deze systemen staan in wisselwerking tot elkaar. Er is sprake van interactie. Men beïnvloedt elkaar over en weer;
3. Een individueel probleem moet gezien worden binnen de wisselwerkingen in sociale systemen;
4. Er is niet één oorzaak voor een individueel probleem aan te wijzen: een probleem wordt mede in stand gehouden door het sociale systeem. Er is sprake van 'circulaire causaliteit';
5. Individuele problemen kunnen een signaal zijn voor een verstoorde interactie binnen een sociaal systeem;
6. Het systeem is niet te begrijpen door de individuen als losse onderdeel te zien: het geheel is meer dan de som der delen. Het systeem ontwikkelt eigen regels, codes, gewoonten, vormen van communicatie;
7. Individuele therapie of begeleiding kan het beste gecombineerd worden met een systeem- of netwerkbenadering;
8. Individuele begeleidingsplannen die gericht zijn op maatschappelijke integratie moeten ingebed zijn in sociale structuren; soms moeten hulpverleners 'kwartiermaken' om de sociale omgeving gastvrij te maken voor kwetsbare mensen.

48



Binnen de systeemtheorie wordt individuele problematiek gekoppeld met relationele problematiek. Beiden beïnvloeden elkaar, en om individuele problematiek te kunnen aanpakken moet er tevens worden gekeken naar de relationele problematiek. Systeemtheorie richt zich op het geven van nieuwe betekenissen aan de gebeurtenissen in je leven en op het uitlokken van relationele betrouwbaarheid⁵⁶.

In de nieuwe wet op jeugdzorg staat beschreven dat niet een individuele cliënt, maar het gehele systeem als 'cliënt' opgevat moet worden. De letterlijke woorden zijn: 'Cliënt: een jeugdige, zijn ouders of stiefouders of anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden'. Dit maakt dat instellingen in de jeugdhulpverlening steeds meer systeemtheoretische benaderingen inpassen binnen de methodiek⁵⁷.

Aangezien er binnen de toekomstige klinische behandelsetting jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek worden behandeld krijgt de kliniek te maken met de wet op jeugdzorg. Dit maakt dat een vorm van systeemgerichte therapie hierop dient aan te sluiten. Na verwachting zal een aantal van de nog jonge cliënten na hun klinische behandeling weer thuis gaan wonen. Doordat de cliënten tijdens hun behandeling verandert zijn, is

het van belang dat het systeem hierop in kan spelen en dus zelf ook verandert. Een vorm van systeemtherapie kan de communicatie tussen de cliënt en zijn/haar systeem versterken.

Psycho-educatie

Tevens maakt het Bauhuus gebruik van de methode psycho-educatie. Dit doen zij omdat de jongeren veel behoefte hebben aan uitleg. Hierbij te denken aan de normale vragen die een puber heeft: hoe zit ik in elkaar, hoe komt dit dan, waarom is iets op een dergelijke manier verlopen, hoe kijken anderen naar mij, wat is normaal en dergelijke. Voor het geven van psycho-educatie hebben de behandelaars een theoretische visie rond hechtingsstijlen en copingsstrategieën nodig. Hieronder volgt een korte uitleg over de genoemde methode.

Psycho-educatie is, volgens Peter Vermeulen in het boek "Ik ben speciaal, 2"⁵⁸, een methode in de hulpverlening aan mensen met een langdurige beperking of handicap. De methode verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om, mensen te leren omgaan met hun beperkingen. Dit door middel van kennis over de beperkingen, vaardigheden in de omgang en zelfvertrouwen in de verwerking.

In het begin van de jaren vijftig wordt het begrip psycho-educatie voor het eerst vermeld in Canada. Deze ontstaat in een centrum dat onderwijzers begeleidt in een heropvoedingsproces van jongeren met gedragsmoeilijkheden, die misdrijven hebben begaan. Op dat moment richt het begrip zich meer op opvoeding⁵⁹.

Professor dokter A.E. Ivey benadert in 1977 de hedendaagse invulling. Hij stelt dat psycho-educatie ernaar streeft mensen vaardigheden aan te leren om hun leven weer in handen te kunnen nemen. Dit begint met het informeren van de omgeving van de cliënt over de aandoening.

In de jaren tachtig en negentig raakt psycho-educatie ingeburgerd in de gehele psychiatrie. De methode neemt in belang toe omdat het aandacht schenkt aan het belang van kennis binnen de persoon, daarbij wil psycho-educatie de (psychiatrische) cliënt correct en begrijpelijk informeren over de behandeling. De methode speelt ook in op de trend om meer nadruk te leggen op het aanleren van vaardigheden⁵⁹.

De Basisprincipes van psycho-educatie zijn gericht op de drietal onderdelen kennis, acceptatie en handelen. Hieronder volgt een korte uitleg bij ieder begrip.

- Kennis: de cliënt zal geïnformeerd worden over zijn/haar aandoening/stoornis, de oorzaken, symptomen, het verloop en een mogelijk passende behandeling. Daarbij wordt de persoon begeleidt met informatie over de psychische en sociale gevolgen van de aandoening/stoornis. De cliënt komt te weten welke mogelijkheden er zijn om met deze aandoening/stoornis om te gaan, welke mogelijke wegen naar ondersteuning er zijn, en hoe hij/zij kan opkomen voor zijn/haar rechten en behoeften.
- Acceptatie: de aanvaarding en het behoud van een positief zelfbeeld na het beseffen van een aandoening/stoornis te hebben vergt voor de meeste mensen meer aandacht dan het kennen en begrijpen van de aandoening/stoornis. Psycho-educatie wil de cliënt begeleiden in dit verwerkingsproces, waar extra hulp geboden kan worden wanneer iemand in dit proces vast komt te zitten.
- Handelen: psycho-educatie beoogt dat, wanneer de cliënt eenmaal een verwerkingsproces heeft ingezet met kennis over zijn/haar aandoening/stoornis, de cliënt greep krijgt op het eigen leven. Daarvoor moeten de algemene principes vertaald worden naar het leven van de cliënt, op maat gemaakt worden. Het gaat hier om een vorm van empowerment⁵⁹.

Bovenstaande methode zou toegepast kunnen worden bij de toekomstige doelgroep. Een puber met een gemiddelde ontwikkeling heeft veelal vele vragen omtrent zijn/haar gevoelens, gedachten, gedragingen en/of toekomst. Een puber met dubbeldiagnose problematiek zou hier nog vele vragen bij kunnen hebben met betrekking tot de psychiatrische stoornis(sen) en het middelengebruik. Meer duidelijkheid over de oorzaken en gevolgen zou daarom wenselijk zijn. Daarbij leren de cliënten van psycho-educatie gebruik te maken hoe zij met hun problematiek om zouden kunnen gaan en deze te accepteren, waardoor behandeling bevorderd wordt. Aansluitend bestaat deze behoefte aan het stellen van vragen en uitleg vaak ook bij het systeem en daarom zou het wenselijk zijn deze er bij te betrekken.

3.6.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

Alvorens de cliënten binnen het Bauhuus behandeling krijgen aangeboden, hebben zij een detoxificatie opname afgerond. De balans tussen hun draagkracht en draaglast is uit evenwicht. Dit is ontstaan door de problematieken die de cliënten op allerlei levensgebieden ondervinden, in combinatie met hun verslaving en de puberteit. Onder andere door het middelengebruik op jonge leeftijd hebben de cliënten een ontwikkelingsachterstand opgelopen. Dit alles tezamen maakt dat zij behandeling binnen het Bauhuus nodig hebben, waardoor de draaglast tijdelijk verkleint wordt, om ruimte te krijgen waarin hun draagkracht vergroot kan worden. De visie van het Bauhuus hierachter is dat zij ervan uit gaan dat de cliënten voor opname teveel eigen verantwoordelijkheid hebben gehad. Daarom wordt er gekozen om de jongeren wel verantwoordelijkheid te geven, maar niet te veel en afhankelijk van de fase waarin zij zich bevinden. Uiteindelijk zullen de cliënten een nieuw evenwicht moeten zien te vinden en (door onder andere het leerproces tijdens terugval) te behouden.

Naast persoonlijke begeleiding, gericht op individuele werkpunten van de cliënt en terugvalpreventie; de structuur van de afdeling; systeemtherapie; sociaaljuridische begeleiding en medicamenteuze behandeling; werkt het Bauhuus met psychotherapeutische (zie hoofdstuk 5.3) en niet-psychotherapeutische modules, om de draagkracht van de cliënten te vergroten. Onder de niet-psychotherapeutische modules valt⁴⁴:

- Nederlandse taal (verzorgt door een leraar taal, waarin alles wat met de Nederlandse taal te maken heeft aan de orde komt);
- Algemene vorming (verzorgt door een docent algemene vorming, waarin de algemene ontwikkeling naar voren komt, op het gebied van kunst, muziek, politiek en morele ontwikkeling) en
- Sport en andere activiteiten buitenshuis (verzorgt door een sportleraar).

Voor het volgen van behandeling binnen het Bauhuus is minimaal een IQ rond tachtig nodig, dit omdat er gewerkt wordt met inzichtgevende therapieën en het volgen hiervan anders niet haalbaar is. Tijdens de detoxificatie opname worden er minder hoge eisen gesteld en zou iemand met een lager IQ wel terecht kunnen.

Naast deze contra-indicatie in verband met een ontoereikend verstandelijk vermogen, gelden er nog een tweetal contra-indicaties binnen het Bauhuus, te weten:

- Overheersende psychiatrische problematiek, voorbeelden hiervan zijn: ernstig suïcidaal gedrag en kans op psychotische decompensatie. Wanneer er een psychiatrische stoornis op de voorgrond van een verslaving staat, is opname echter wel mogelijk.
- Problematiek van zodanige ernst, dat behandeling in een gesloten setting is geïndiceerd⁴⁴.

3.6.4 Benodigde competenties van het personeel

Binnen het Bauhuus wordt er constant gekeken of de methodiek zoals hier mee gewerkt wordt, in een voldoende mate tot uiting komt. Aanpassingen aan de methodiek kunnen dan ook constant gemaakt worden. Daarnaast kunnen dagprogramma's verschillende invullingen krijgen. Op het moment van het interview was het bijvoorbeeld zo dat de cliënten één keer per week djembé-les kregen, de gehele groep gaat wel eens een dag uit of 's avonds een activiteit doen.

Bij deze constante aanpassingen (aan zowel methodiek als dagprogramma's) dient het personeel intensief betrokken te worden. Ook wordt het binnen het Bauhuus gewaardeerd wanneer personeel zelf met voorstellen hiervoor komt. Op deze manier sluiten personeelsleden op elkaar aan, waardoor een optimale behandeling aan de cliënten mogelijk is.

Personeelsleden krijgen de mogelijkheid om trainingen en cursussen te volgen met betrekking tot de methodiek. Hierbij wordt er veelal gebruik gemaakt van interne trainingen en valt te denken aan een training in RET-therapie of opleiding oplossingsgerichte therapie. Naast trainingen gericht op de methodiek krijgen personeelsleden tevens specifieke trainingen voor het werken met de doelgroep. Deze trainingen kunnen zowel individueel als groepsgericht gegeven worden. Verplichte trainingen zijn agressietraining en motiverende gesprekstechnieken en deze zijn aangepast op de jonge doelgroep.

Verder is het zo dat iemand met een afgeronde opleiding in principe direct binnen het Bauhuus kan starten met werken. Te denken valt hier bijvoorbeeld aan HBO-Verpleegkundigen of Sociaal Pedagogisch Hulpverleners, die als sociotherapeut zouden kunnen werken. Daarbij is het zo dat Eric de Vos tijdens het interview, na een korte

uitleg, aangaf geïnteresseerd te zijn in GGz-agogen maar dat deze nog niet binnen het Bauhuus werken door de eerdere onbekendheid omtrent het certificaat.

Voor het geven van psycho-educatie hebben de behandelaren een theoretische visie rond hechtingsstijlen en copingsstrategieën nodig

3.6.5 Resultaten

Binnen het Bauhuus is er een doorlopend onderzoek naar de methodiek, zoals deze hier boven beschreven wordt. Er zijn echter nog geen resultaten van dit onderzoek.

Aansluitend blijkt uit resultaten van een ander onderzoek binnen het Bauhuus (vanuit het oogpunt van de cliënt en de hulpverleners) dat bijna zeventig procent van de cliënten het reguliere programma afrondt. Daarbij vertelde Eric de Vos ons dat het Bauhuus erg weinig drop-outs heeft. Exacte cijfers hierover zijn ons niet bekend.

Wat verder duidelijk is, is dat door de manier waarop er binnen het Bauhuus wordt gewerkt cliënten 'afhankelijk' worden gemaakt. Het blijkt dat de cliënten moeite hebben met het loslaten van de behandeling, zij zijn 'verslaafd aan de behandeling'. Om dit te verminderen en/of te voorkomen zou er sneller verantwoordelijkheid aan de jongeren teruggeven moeten worden. Een oplossing hiervoor is een tussenvorm van behandeling, tussen behandeling binnen het Bauhuus en het naar huis gaan. De cliënten hebben er behoefte aan om de 'afhankelijkheid' weer af te bouwen. Inmiddels is er een tussenfasehuis gestart.

3.6.6 Conclusie

De doelgroep waarmee gewerkt wordt binnen het Bauhuus komt in grote mate overeen met de doelgroep welke behandeld zal worden binnen de klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Dit maakt dat de methodiek waarmee gewerkt wordt binnen het Bauhuus passend zou kunnen zijn voor de cliënten in de toekomstige kliniek.

De basis waarmee binnen de toekomstige klinische behandelsetting gewerkt zal worden, zou sociotherapie kunnen zijn. Door met deze methode te werken leren de cliënten zichzelf kennen, rekening te houden met anderen en daardoor te functioneren in een sociaal systeem. De groep zou goed als oefensituatie gebruikt kunnen worden en de vaardigheden die hier binnen geleerd worden zouden na de klinische behandeling verder toegepast en ontwikkeld kunnen worden. Hier sluit het werken met cognitief gedragtherapeutische methoden op aan. Door deze methoden te integreren leren jongeren niet alleen hun eigen gevoelens, gedachten en gedragingen daarbij kennen, maar ook rekening te houden met die van anderen (mentaliseren).

Cliënten binnen de verslavingszorg en de psychiatrie hebben (door het gebruik van middelen) veelal een verstoord contact met het sociale systeem. Middels systeemtherapie wordt getracht dit contact te verbeteren/herstellen. Na verwachting zal een aantal van de nog jonge cliënten na hun klinische behandeling weer thuis gaan wonen. Doordat de cliënten tijdens hun behandeling veranderd zijn is het van belang dat het systeem hierop in kan spelen en dus zelf ook veranderd. Daarnaast krijgt de klinische behandelsetting te maken met de wet op jeugdzorg, dit houdt in dat de cliënt niet enkel individueel behandeld kan worden.

Aansluitend zou het goed kunnen zijn om binnen de klinische behandelsetting psycho-educatie aan te bieden voor cliënten en hun systeem. Middels vormen van psycho-educatie kan er uitleg gegeven worden over het ziektebeeld van de cliënt. Veelal zullen de cliënten een ontwikkelingsachterstand hebben opgelopen. Uitleg hierover, door middel van de ontwikkelingspsychologie, zou hier passend in kunnen zijn. Vervolgens wordt de aandacht gericht op het verwerken en accepteren van de gegeven informatie.

3.7.1 Inleiding

Op 25 februari 2008 is er een werkbezoek afgelegd, en een interview gehouden binnen Woning 3 van Karakter te Zwolle. Deze instelling biedt klinische behandeling aan jongeren van 12 tot 18 jaar met psychiatrische problematiek. Er is gesproken met groepsleidster Karen Weertman. In deze paragraaf wordt de inhoud van de methodiek beschreven, waarmee gewerkt wordt binnen Woning 3.

3.7.2 Inhoud van de methodiek

Binnen Karakter wordt gewerkt met het competentiemodel.

Het competentiemodel gaat uit van de bestaande competenties van cliënten en de versterking hiervan. Het model geeft extra aandacht aan positief gedrag en competentie. De visie van het model benadrukt onder andere dat hulpverlening die gericht is op het leren van vaardigheden en het vergroten van mogelijkheden de beste uitgangspunten biedt. Aanvullende informatie met betrekking tot het competentiemodel is te vinden in hoofdstuk 3.3.2.

3.7.3 Draagkracht en draaglast van de cliënten

In de behandeling binnen Woning 3 wordt er gewerkt met vier fasen, te noemen:

Fase A:	Volledig onder toezicht
Fase B:	Startfase: De cliënt hoeft niet onder toezicht maar moet wel op het terrein blijven
Fase C:	Zelfstandig oefenen
Fase D:	Alle vrijheden

Wanneer een jongere opgenomen wordt, start deze in fase B. De jongere staat niet direct onder toezicht zoals in fase A, maar wordt wel geacht op het terrein te blijven. Binnen deze fase, wordt er gekeken naar de draaglast die de jongere ervaart. Hierop worden de fasen waarin een cliënt zit afgestemd.

In fase C krijgt de jongere meer vrijheden. De jongere mag zelfstandig oefenen met activiteiten die hij/zij als moeilijk/lastig ervaart. Draagkracht en draaglast nemen beide toe, al zal de jongere minder draaglast ervaren. De laatste fase is fase D waarin de jongere alle vrijheden heeft. De jongere heeft in deze fase meestal zicht op ontslag.

Fase A kan gebruikt worden als straf, maar ook wanneer een jongere toezicht nodig heeft om te kunnen functioneren. De vrijheden van de jongere worden in deze fase afgenomen. Sommige jongeren lukt het niet om zelfstandige activiteiten te ondernemen en hebben hier voortdurend begeleiding bij nodig. Wanneer een jongere dan vooruitgang boekt kan hij fase B 'terugverdienen'.

Zoals hierboven beschreven krijgen je jongeren gedurende de behandeling steeds meer vrijheden en verantwoordelijkheden. De draagkracht en draaglast nemen toe. De vrijheden en verantwoordelijkheden worden hierbij afgestemd op het individuele proces dat een jongere doormaakt.

Contra indicaties voor behandeling binnen Woning 3 van Karakter zijn:

- Forensische psychiatrie
- Verslaving als primair probleem
- Licht verstandelijk gehandicapten
- Orthopsychiatrie

3.7.4 Benodigde competenties van het personeel

Interesse in de doelgroep en samenwerking met collega's moet je als hulpverlener aanspreken om binnen Woning 3 te werken. Daarbij zijn kennis over het competentiegericht werken en psychiatrische problematiek belangrijk.

Het leren werken met de competentiegerichte methodiek kan door het lezen van het boek 'Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg' door Slot en Spanjaard³². Daarbij zullen collega's elkaar onderling feedback moeten geven om een ieder inzicht te geven in het eigen handelen met betrekking tot de methodiek. Alle disciplines van Woning 3 hebben dit jaar een (verplichte) driedaagse cursus competentiegericht werken gevolgd wat maakt dat de disciplines meer inzicht hebben gekregen in de methodiek waardoor zij dit kunnen implementeren/integreren in de praktijk.

Binnen Woning 3 wordt gewerkt met groepsleiders van de opleidingen HBO-V en SPH (en één GGz-agoog). Er mag van deze groepsleiders verwacht worden dat zij (enige) kennis hebben van psychiatrische problematiek en dat zij weten wat het competentiegericht werken inhoudt vanuit de gevolgde opleidingen. Na het opdoen van kennis via literatuur, de verplichte cursus en collegiale consultatie zullen zij met de methodiek competentiegericht werken aan de slag kunnen.

3.7.5 Resultaten

Karen Weertman kon niet aangeven of er cijfers bekend zijn over de effectiviteit van de behandeling binnen Woning 3.

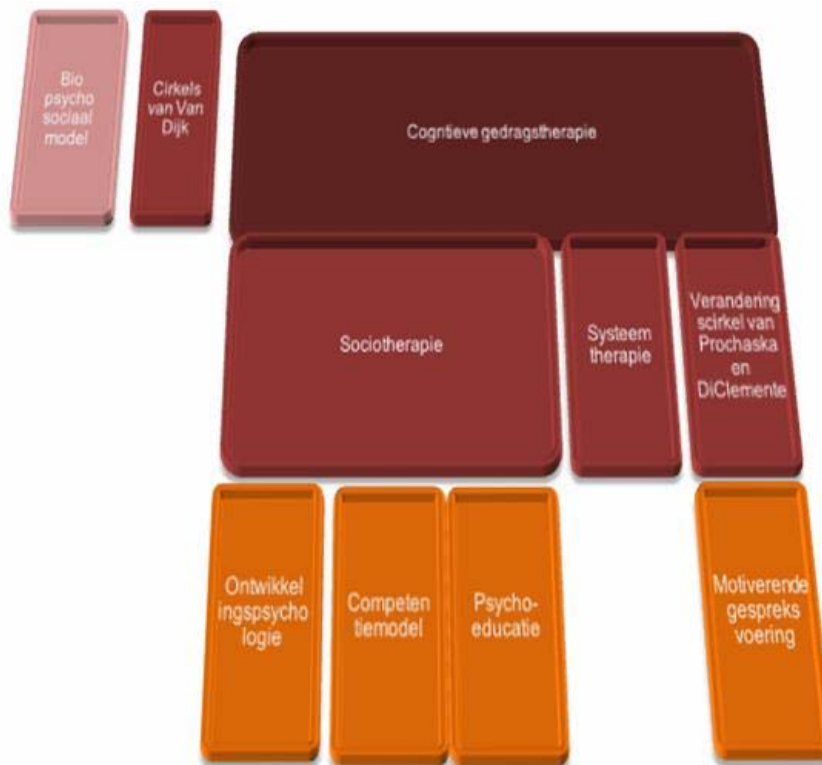
Haar ervaring is dat er na klinische behandeling veelal andere mogelijkheden worden aangeboden als Intensieve psychiatrische gezinshulp (IPG) of nazorg in de vorm van wekelijkse gesprekken met de mentor van de jongere.

3.7.6 Conclusie

Binnen de klinische behandeling van Woning 3 wordt gewerkt met het competentiemodel. Het werken volgens dit model zou tevens passend zijn binnen de behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. De reden hiervan is dat het binnen de toekomstige behandeling van belang is te werken aan de vaardigheden en de ontwikkelingstaken van een jonge cliënt. Dit omdat iemand het beste functioneert wanneer deze twee competenties met elkaar in evenwicht zijn. Gezien de leeftijdsfase waarin de cliënten zich bevinden, is het van belang dat de cliënt naar dit evenwicht op zoek gaat. Iemands persoonlijkheid wordt in deze leeftijdsfase namelijk het meest gevormd. Daarbij is het van belang dat de cliënten welke behandeling volgen binnen de toekomstige klinische behandelsetting, leren omgaan met een psychiatrische stoornis, verslavingsproblematiek en andere vormen van draaglast zodat de cliënt met zijn/haar draagkracht hier (voor de rest van zijn/haar leven) op in leert te spelen. Dit alles kan gerealiseerd worden middels het competentiemodel.

3.8 Conclusie

Na het bezoeken van de zestal instellingen die in dit hoofdstuk aan bod zijn gekomen en het interviewen van medewerkers aldaar, omtrent het werken met de door hen gehanteerde methodieken, waarbij wij aansluitend een literatuurstudie hebben gedaan, zijn we tot de hieronder beschreven conclusie gekomen. In deze conclusie hebben wij een synthese gemaakt van allerlei elementen, verkregen uit de verschillende beschreven methodieken.



Binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor cliënten van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, van Zwolse Poort te Zwolle, zal ten grondslag aan de te gebruiken methodiek het biopsychosociaal model liggen. Aansluitend adviseren wij dit model praktisch vorm te geven middels de cirkels van Van Dijk. De cliënten welke binnen de klinische behandelsetting opgenomen zullen worden hebben allen te maken met complexe problematieken. De combinatie van een psychiatrische stoornis, verslavingsproblematiek, de puberteit en de daaruit voortkomende problematieken, maakt dat de behandeling op alle levensgebieden van de cliënt dient in te spelen. Op deze manier zal er een gezonde balans kunnen ontstaan waarin de cliënten alternatieve copingstrategieën kunnen (aan)leren.

Als basis van de te gebruiken methodiek adviseren wij cognitieve gedragstherapie. De cliënten welke behandeld zullen worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting zitten in de puberteit en hebben veelal te veel vrijheid gehad in hun opvoeding. Dit maakt dat zij baat zullen hebben aan het stellen van grenzen en duidelijkheid. Door cognitieve gedragstherapie als basis te stellen van de behandeling aan de cliënten, zullen zij gebruik kunnen maken van een concreet en gestructureerd behandelklimaat. Binnen de gehele behandeling zullen de cliënten leren dat hun gevoelens, gedachten en gedrag in interactie met elkaar staan en hoe zij deze kennis in de maatschappij kunnen toepassen.

Zoals in het bovenstaande model is weergegeven, wordt de cognitief gedragtherapeutische basis verder uitgebouwd door de methoden, sociotherapie; systeemtherapie en de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente.

Door met de methode sociotherapie te werken, zullen de cliënten zichzelf leren kennen in interactie met andere cliënten. De sociotherapeutische groep wordt als oefensituatie gebruikt, waarin de cliënten vaardigheden kunnen leren die na de klinische behandeling toegepast en verder ontwikkeld kunnen worden. Door de jonge cliënten binnen het vervangende sociale systeem op een cognitief gedragtherapeutische wijze te benaderen, leren zij hun

eigen gevoelens, gedachten en gedragingen kennen en daarbij rekening te houden met die van anderen (mentaliseren) waardoor zij op een gezonde manier in sociale systemen leren functioneren.

Binnen de sociotherapeutische groep wordt er behandeling aangeboden middels het competentiemodel; de ontwikkelingspsychologie en psycho-educatie.

Psycho-educatie kan binnen verschillende (individuele) therapievormen worden toegepast, om de cliënten informatie te verstrekken en inzicht te geven in onderwerpen als, verslavingsproblematiek; psychiatrische problematiek; de puberteit en ontwikkelingsachterstand. De besproken onderwerpen zouden moeten aansluiten op de vragen vanuit de cliënten en/of hun systeem. Binnen deze uitleg zou het passend zijn informatie aan te bieden middels de ontwikkelingspsychologie. Gezien de leeftijdsfase van de cliënten binnen de toekomstige klinische behandelsetting, is het van belang dat zij op zoek gaan naar hun evenwicht tussen vaardigheden en ontwikkelingstaken. Door in de puberteit te leren omgaan met een psychiatrische stoornis en andere vormen van draaglast, kan een jonge cliënt leren hier met zijn/haar draagkracht op in te spelen. Op die manier zullen de twee competenties, vaardigheden en ontwikkelingstaken, met elkaar in evenwicht zijn waardoor iemand, nu en in de toekomst, kan functioneren in de maatschappij.

Een aantal van de jonge cliënten binnen de toekomstige klinische behandelsetting zullen waarschijnlijk, na hun behandeling, weer bij hun gezin (van herkomst) gaan wonen. Daarnaast is het zo dat cliënten binnen de verslavingszorg en de psychiatrie over het algemeen een verstoord contact met hun sociale systeem hebben. Door systeemtheorie te integreren met de behandeling aan de cliënten, zou dit contact herstelt en/of verbeterd kunnen worden. Doordat de cliënten binnen de behandeling zullen veranderen, is het passend dat het systeem met hem/haar mee verandert zodat er na de klinische opname een gezond evenwicht is ontstaan.

De veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente geeft de cliënten binnen de toekomstige klinische behandelsetting inzicht in hun stadia van gedragsverandering omtrent verslavingsproblematiek. Aansluitend op deze methode, zal motiverende gespreksvoering toegepast moeten worden. Wanneer behandelaren werken met deze methode, welke inspeelt op de verschillende veranderingsstadia, kunnen zij er zorg voor dragen dat externe motivatie bij een cliënt plaats maakt voor interne motivatie. Dit maakt dat er daadwerkelijk gedragsverandering plaats zou kunnen vinden.

Iedere methode kent een eigen visie en theorie. De geïntegreerde methoden in dit methodiekmodel sluiten in principe op elkaar aan. Echter zou in de praktijk moeten blijken of deze eclectische werkwijze daadwerkelijk toegepast kan worden. Wij adviseren hier aandacht voor te hebben en indien aanpassingen te maken in dit methodiekmodel, om de kwaliteit van hulpverlening binnen de toekomstige klinische behandelsetting te bevorderen.

Naast de bovengenoemde methoden welke opgenomen zijn in het methodiekmodel, zijn er in verband met dit project nog een drietal methoden onderzocht. Hierbij gaat het om de methoden, BOKS-BANT, Functionele gezinstherapie en oplossingsgericht werken.

De reden waarom er niet voor het werken met de BOKS-BANT methode is gekozen, binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, is dat de opgenomen cliënten baat zullen hebben bij structuur en duidelijke grenzen. De BOKS-BANT methode staat met name voor vrijheid en een grote eigen verantwoordelijkheid, welke de jonge cliënten (vooral aan het begin van de behandeling) niet aan zullen kunnen. Daarnaast zijn er bij het invoeren van deze methode in de praktijk enkele risico's, te weten: een lagere opkomst bij therapieën; alcohol- en drugsgebruik en seksuele relaties op de afdeling. Deze risico's zullen niet bevorderlijk zijn voor de behandeling van de cliënten.

De FFT-methode is niet opgenomen in het methodiekmodel omdat er uitgegaan wordt van een grote eigen verantwoordelijkheid. Naar verwachting zullen de cliënten en hun systemen deze verantwoordelijkheid in het begin van de behandeling niet kunnen dragen. Daarom is ervoor gekozen deze methode als nazorg aan cliënten en hun systemen aan te bieden. Meer informatie hierover is te vinden in hoofdstuk 3.3.2.

Jongeren hebben veelal moeite met plannen en het houden van overzicht. Zij zijn niet in staat om zelfstandig structuur in hun leven aan te brengen. Hier zal behandeling zich dan ook mede op moeten richten. Het oplossingsgericht werken is op zichzelf weinig gestructureerd omdat het uitgaat van de cliënt als expert. Daarbij richt het zich op de toekomst en dit niet in een bepaald tijdsbestek, wat maakt dat deze methode minder geschikt is om in het methodiekmodel te integreren.

4.1 Inleiding

Binnen dit hoofdstuk wordt er antwoord gegeven op de volgende deelvraag: *Is het noodzakelijk dat het sociale systeem van een cliënt, binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort, betrokken wordt bij de behandeling, en hoe zou dit geïntegreerd kunnen worden met behandeling?*

De cliënten met dubbeldiagnose problematiek welke behandeld zullen worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting zijn allen in de leeftijd van 14 tot 18 jaar. Dit betekent dat zij veelal nog afhankelijk zullen zijn van hun ouders wat betreft huisvesting, financiën en op emotioneel gebied. Om de noodzaak van het betrekken van het sociale systeem van de cliënten binnen de behandeling aan te tonen, wordt dit hoofdstuk aan dit onderwerp gewijd. Binnen dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de definitie van een sociaal systeem; de systeemtheorie; het sociale systeem in relatie met dubbeldiagnose problematiek; de invulling hiervan voor -, tijdens - en na de behandeling; de invulling hiervan binnen de bezochte instellingen en wordt afgesloten met een conclusie.

4.2 Wat is een sociaal systeem

Onder een sociaal systeem wordt volgens Jaska de Bree het volgende verstaan¹⁵:

Verzameling van elementen die met elkaar in verbinding staan. Verandert er iets in een element van het systeem, dan verandert er ook iets in de andere elementen. De krachten binnen een systeem moeten in evenwicht zijn wil het op een positieve wijze functioneren. Grotere of kleinere netwerken van mensen die samen de elementen vormen om met elkaar iets te doen wat het systeem rechtvaardigt.

In gezin wordt de omgang bepaald door gewoonten, manieren van communiceren, taak- en rolverdeling, waarden en normen. Wat wel en wat niet kan staat vast. Vele ongeschreven regels bepalen dat. Zonder al deze regels zou het een chaos worden, want het gezin is een kleine organisatie, een systeem. Elk systeem zoekt naar evenwicht. Zonder balans kan een organisatie niet voortbestaan.

4.3 Systeemtheorie

Wanneer in een systeem gedacht wordt, heeft men met name oog voor de betekenis van elk gedrag en voor de eindeloze communicatie tussen de betrokkenen. Door op deze manier te kijken, kan dit in de begeleiding van cliënten bijdragen tot een vertrouwelijk contact met de betrokkenen en de kans op een positieve samenwerking vergroten.

De huidige toepassingen van de systeemtherapie zijn geïnspireerd door vier belangrijke stromingen, te weten⁶¹:

- De strategische stroming

De grondlegger van de strategische school is Jan Haley. De school schenkt met name aandacht aan de interactiepatronen in het gezin. Soms zijn deze interactiepatronen niet meer aangepast op de actuele situatie, waardoor het gezin zich blijft vast te klampen aan een verouderd patroon. Met symptoomgerichte tussenkomsten proberen de therapeuten verandering te krijgen in het starre interactiepatroon zodat het gezin weer op een gezonde manier kan functioneren.

- De structurele stroming

De grondlegger van de structurele school is Salvador Minuchin. De gezinsstructuur, de eigen wijze van organiseren binnen een gezin, staat in deze benadering centraal. Een gezin komt in zijn levensloop voor verschillende opgaven te staan. In een gezinsstructuur heeft men vooral aandacht voor de hiërarchie in een gezin. Het streefdoel in de therapie is dat het gezin weer op soepele wijze de functies kan opnemen, die verbonden zijn aan de opeenvolgende ontwikkelingsfasen. Men pakt daarvoor de onopgeloste conflicten aan en werkt men aan het herstellen van de gezinshiërarchie.

- De cybernetische stroming

De grondlegger van de cybernetische school is Mara Selvini Palazzoli. De begrippen circulariteit en neutraliteit staan centraal binnen deze stroming. De therapeuten beschouwen elke interactie tussen mensen als een circulair proces. Een bepaald gedrag is nooit enkel oorzaak of gevolg. Niemand krijgt daardoor de schuld toegewezen omdat niemand alleen verantwoordelijkheid draagt voor een relatie. Niet de geschiedenis zelf maar de ideeën en mythen die daarover ongemerkt in het gezin heersen, maken dat de harmonie in een gezin verstoord raakt. Het werken met genogrammen is gebaseerd op deze stroming.

- De contextuele stroming

De grondlegger van de contextuele school is Ivan Boszormenyi-Nagy. Hij ziet de mens vooral in relatie met anderen en beschouwt die relatie over opeenvolgende generaties. De balans tussen geven en nemen staat hierbij centraal. Hij stelt, dat kinderen door hun geboorte loyaal aan hun ouders verbonden zijn. De therapie beoogt het herstellen van een verstoord evenwicht.

Meer informatie over de systeemtheorie is te vinden in hoofdstuk 3.6.2.

4.4 Het sociale systeem in relatie met dubbeldiagnose problematiek

Vanuit de systeembenadering wordt gesteld dat de verslaving het natuurlijk verlopende losmakingsproces van een jongere (is de voorwaarde voor een gezonde individuatie) heeft stopgezet⁶². Wanneer de klinische behandeling erop gericht is om de verstoorde ontwikkeling van de verslaafde cliënt vlot te trekken, kan dat niet zonder de medewerking en toestemming van de ouders. Dit maakt onder andere dat systeemtherapie essentieel is binnen de klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek.

Elementen welke een rol spelen bij de verslaafde en zijn/haar systeem⁶²:

1. De duur van de verslaving;
2. De positie en de functie van de verslaafde persoon binnen zijn of haar systeem;
3. Het gestoorde gedrag, dat voortkomt uit het gebruik van middelen;
4. De onvoorspelbaarheid van de verslaafde persoon;
5. Economische, fysieke, psychische en maatschappelijke problemen.

57

Ondanks dat men steeds meer bekend wordt met ziektes of problemen die met de psyche of emoties te maken hebben, ligt er nog steeds een taboe op opnames in de psychiatrie en verslavingszorg. Opnames in een psychiatrische instelling wordt geassocieerd met niet volwaardig zijn, met gekte. Opname in een verslavingskliniek ligt in dezelfde lijn, als opname in de psychiatrie. Er komt vaak schaamte bij kijken omdat de verslaving of de psychiatrische problematiek sporen kan trekken in het maatschappelijke leven. Voorbeelden hiervan zijn: decorumverlies in het openbaar, hoge schulden, uithuisplaatsing en dergelijke. Een verslaafde persoon wordt daarnaast ook als zwak gezien, omdat er wordt geredeneerd dat iemand niet in staat is om met drank of andere middelen om te gaan.

Voor de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose betekent dit tevens dat er sprake zal zijn van schaamte en taboe. Zowel hulpverleners als het sociale systeem van de cliënt zullen zich hier bewust van moeten zijn en eventueel naar moeten handelen.

Cliënten binnen de verslavingszorg komen veelal uit samengestelde gezinnen. Hiermee wordt bedoeld dat één van de ouders van een cliënt een eerder huwelijk met of zonder kinderen heeft gehad.

De nieuwe Wet op Jeugdzorg verstaat het volgende onder het begrip cliënt: 'een jeugdige, zijn ouders of stiefouder of anderen die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden' ⁵⁷

Dit betekent dat niet alleen de cliënt als cliënt wordt gezien, maar dat ook ouders, stiefouders of andere die de jeugdige als behorend tot hun gezin verzorgen en opvoeden, betrokken moeten worden binnen de behandeling.

4.5.1 Voorafgaand aan de klinische behandeling

Elke persoon in de omgeving staat in een andere relatie tot de verslaafde persoon. Deze verschillen hebben gevolgen voor de manier waarop men met hem of haar omgaat en de mate waarin men zich door het gedrag laat beïnvloeden⁶³. Alle mensen in de omgeving hebben gemeen dat ze met het onhoudbare gedrag van de verslaafde persoon te maken hebben. Voor allen geldt dat hun leven moeilijker en pijnlijker wordt door hem of haar.

De mensen in de omgeving van de verslaafde persoon, zijn het verslavingsprobleem op een gegeven moment zat, en gaan onderhandelen. Zij geloven dat ze hem of haar kunnen laten stoppen als ze het goed aanpakken. Dit leidt slechts tot frustratie want er is heel wat meer voor nodig om een verslaving te stoppen dan een onderhandelingsresultaat. Anderen kunnen de motivatie van een verslaafde persoon niet beïnvloeden. Toch probeert de omgeving van alles te doen om het gedrag van hem of haar te veranderen. Het resultaat is dat ze hun normen en waarden verleggen.

Wanneer één van de gezinsleden een verslavingsprobleem ontwikkelt, is het evenwicht binnen het gezin zoek. Het verslaafde gezinslid verstoort de stabiliteit door gedrag dat ingaat tegen de regels en de omgangsvormen in het gezin. Om het systeem toch draaiende te houden, past het gezin zich aan een nieuwe situatie aan. Daar waar de verslaafde persoon moeilijkheden veroorzaakt, denken de andere gezinsleden voor oplossingen te moeten zorgen. De gezinsrollen worden herverdeelt. Het gezin gaat het leven organiseren rond de problemen van de verslaafde. Als alle rollen herverdeeld zijn, en de regels zijn aangepast, dan is het systeem opnieuw in balans. Dit nieuwe systeem is ongezond. Het helpt het gedrag van de verslaafde persoon in stand te houden, want onverantwoordelijk gedrag; het verzaken van verplichtingen; het overtreden van de regels, wordt nu verwacht van hem of haar. De gevolgen ervan worden door de andere gezinsleden opgevangen, en de verslaafde persoon wordt daardoor niet met de neus op de feiten gedrukt.

4.5.2 Gedurende de klinische behandeling

58

Wanneer de verslaafde cliënt, zijn/haar verslaving vaarwel zegt, raakt het systeem uit (het ongezonde) evenwicht en moeten de rollen (met ondersteuning van systeemtherapie) opnieuw verdeel worden⁶³.

Systeemleden van een verslaafde persoon kunnen zich in drie fasen bevinden, te noemen:

1. Alles is gericht op de verslaafde. Zij vragen: "Help de verslaafde".
2. De verslaafde is niet meer het enige probleem. Zij vragen: "Help mij om de verslaafde te helpen".
3. Men is ten einde raad. Zij vragen: "Help mij".

Wanneer een systeemlid van een verslaafde persoon in de derde fase zit, kan er vooruitgang worden geboekt. Hij of zij stopt niet op aandringen van anderen. Wel is het mogelijk om als systeemlid zelf te veranderen. Dit houdt in dat het sociale systeem minder gelegenheid moet geven, zich minder medeafhankelijk moet opstellen, moet werken aan een gezond gezinssysteem, en de leden hun stress reduceren.

De relatie tussen opgenomen cliënten, hun gezinssystemen en de klinische behandelsetting kan middels drie collusies worden gedefinieerd:

- Onderbetrokkenheid: het systeem wil niet meer betrokken zijn bij de complexe problematieken van het gezinslid. Zij dragen het gezinslid over aan de klinische behandelsetting, en wenden zich volledig van hem of haar af.
- Overbetrokkenheid: het systeem kan het gezinslid niet uit handen geven en zou door de muren van de kliniek, de gehele behandeling en elke beslissing willen bekijken en van commentaar willen voorzien.
- Mengeling van onder- en overbetrokkenheid, aan de hand van de gebeurtenissen die zich bij de cliënt, zijn/haar systeem en de klinische behandelsetting voordoen.

In de praktijk, binnen de Breegweestee te Eelde (Verslavingszorg Noord Nederland), blijkt dat er in uitzonderlijke situaties sprake kan zijn van een door alle partijen overeengekomen en uitgedragen wens tot samenwerking, waarbij de opname en de behandeling van de cliënt soepel verloopt.

De mens is een sociaal wezen; vrijwel alles wat mensen doen, denken en voelen staat onder invloed van anderen⁶⁴. Aangezien de cliënten na hun klinische opname veelal weer terug zullen gaan naar hun gezin (van herkomst), is het van belang dat er tijdens de behandeling aandacht wordt besteed aan het herintegreren van de cliënt in hun eigen en/of nieuwe sociale omgeving. Op die manier zullen zij na het afsluiten van de behandeling niet in een gat vallen tussen de klinische behandelsetting en hun positie in de maatschappij.

Door binnen een klinische behandelsetting sociotherapie aan te bieden krijgen de cliënten een vervangend sociaal systeem binnen de afdeling. Binnen dit sociale systeem kunnen de cliënten van elkaar leren. De sociale interacties die zij hier tegenkomen, zullen buiten de klinische behandelsetting niet anders zijn⁴⁵. Daarnaast leren zij zich verplaatsen in en rekening te houden met anderen. Op het moment dat een cliënt kan gaan starten met resocialiseren, kunnen zij hun leerervaringen binnen dit vervangende sociale systeem bespreekbaar maken onder begeleiding van een sociotherapeut.

Wanneer cliënten hun klinische behandeling kunnen afsluiten en herintegreren in de maatschappij, hebben zij geleerd zich, met behulp van een gezond sociaal systeem, hierin staande te kunnen houden.

Mogelijke invullingen voor de contacten met het sociale systeem van de cliënt zijn:

- Systeemgesprekken door een systeemtherapeut met de cliënt en/of zijn of haar systeem;
- Psycho-educatie in de vorm van:
 - Informatie avonden met betrekking tot middelengebruik, psychiatrische stoornissen en de puberteit;
 - Workshops voor ouders, broers, zussen en vrienden met betrekking tot het verblijf in een klinische behandelsetting;
- Belavonden;
- Visitemogelijkheden voor ouders, broers, zussen, vrienden en kennissen.
- Familieavonden voor onderlinge uitwisselingen tussen ouders
- Brusjes middagen (voor broers en zussen van een cliënt)

4.5.3 Na de klinische behandeling

59

Na klinische behandeling is het voor de cliënt als voor het sociale systeem van de cliënt mogelijk van belang om poliklinische systeemtherapie voort te zetten (interview met Gerjan Timmerman, Breegweestee). Het doel van deze gesprekken is de cliënt en het systeem preventief te ondersteunen zodat zij niet terugvallen in oude patronen en manieren van communiceren. Daarbij kan het zinvol zijn om deze therapie voort te zetten zodat wat opgebouwd is tijdens behandeling niet verloren gaat.

In sommige gevallen zal voortzetting van de systeemtherapie niet voldoende zijn om de cliënt en zijn/haar systeem te ondersteunen. Door middel van poliklinische functionele gezinstherapie (FFT methode) zou hier invulling aan gegeven kunnen worden. Verdere informatie met betrekking tot de FFT methode is te vinden in hoofdstuk 3.3.2.

Gezien de tijdens de behandeling opgebouwde vertrouwensrelatie tussen de cliënt, zijn/haar systeem en de systeemtherapeut, is het van belang dat poliklinische contact na de klinische behandeling wordt uitgevoerd door eenzelfde therapeut. Op deze manier hoeft de cliënt en zijn/haar systeem niet opnieuw inzicht te geven in de familiegeschiedenis en huidige situatie. Daarbij leidt verandering veelal tot weerstand en kan op deze manier voorkomen worden dat systeemleden verdere behandeling weigeren (interview met Gerjan Timmerman, Breegweestee).

4.6 Het betrekken van het sociale systeem binnen de bezochte instellingen

De informatie in deze subparagraaf is verkregen aan de hand van interviews binnen de genoemde instellingen. Deze informatie is gecontroleerd en goed bevonden door de in hoofdstuk drie genoemde medewerkers.

Afdeling Dubbel Diagnose te Raalte

Het systeem van de cliënten van de afdeling dubbeldiagnose, welke middels systeemtherapie betrokken wordt bij de behandeling, bestaat veelal uit het gezin van herkomst. Het doel van deze therapie is dat de cliënten (opnieuw) leren een gezond contact met zijn of haar gezin te hebben en andersom, aangezien dit contact vaak verwaarloosd is (geweest). Daarbij worden er familieavonden georganiseerd door de sociotherapeuten en verpleegkundigen. De avonden hebben als doel dat er onderlinge uitwisseling tussen ouders plaats kan vinden. Drie keer per jaar wordt er daarbij een voorlichting binnen de afdeling gegeven, zodat de systeemleden van de cliënten inzicht krijgen in de behandeling aldaar.

Zoals in hoofdstuk 3.2.2 naar voren is gekomen, werkt de afdeling dubbel diagnose met de cirkels van Van Dijk. Het sociale systeem vult één van deze cirkels in. Per cliënt kijken de behandelaars of zij cliënten aanraden wel of niet in contact te blijven met gebruikersvrienden. De keuze is uiteindelijk aan de cliënt zelf. Wanneer een cliënt in behandeling is, mogen al zijn of haar systeemleden op bezoek komen mits zij niet onder invloed van middelen zijn.

Orthopsychiatrisch centrum InZicht te Nijmegen

Het systeem van de jongeren binnen het orthopsychiatrisch centrum, wordt intensief bij de behandeling betrokken. Binnen het centrum wordt er gebruik gemaakt van de functionele gezinstherapie (FFT methode, zie hoofdstuk 3.3.2). De FFT methode is erop gericht om de verantwoordelijkheid terug te leggen bij de jongere en zijn/haar systeem. Er wordt van hen verwacht dat zij zelf problemen signaleren, bespreekbaar maken en oplossingen aandragen. Bij het intake-, startgesprek en de behandelplanbesprekingen van de jongere, wordt het systeem geacht aanwezig te zijn. Dit zullen in eerste instantie de ouders van de jongere zijn. Het komt echter voor dat dit contact is verbroken. Op dat moment wordt er gekeken naar andere personen binnen het systeem van de jongere of een voogd.

Indien er sprake is van verslavingsproblematiek bij jongeren en zij dit als probleem ervaren, wordt dit opgenomen in zijn/haar behandelplan. De jongere koppelt hier dan doelen aan om binnen de behandeling aan te kunnen werken. De inhoud van het sociale systeem van de jongeren wisselt. Dit kan bestaan uit ouders, broers/zussen, maar ook vrienden en kennissen. Wanneer het contact met systeemleden door de jongere (en zijn/haar systeem) als probleem wordt ervaren, kan hij/zij ervoor kiezen dit op te nemen in zijn/haar behandelplan en het contact met hen te verbreken.

60

Breegweestee te Eelde

Gedurende de behandeling van jongvolwassenen binnen de Breegweestee wordt er intensief samengewerkt met het systeem, afhankelijk van de periode van behandeling waarin de cliënt zich bevindt. In de eerste periode van behandeling is er geen contact tussen de cliënt en systeemleden buiten de instelling. De reden hiervan is dat van de cliënten wordt verwacht dat zij eerst de aandacht op zichzelf richten, voor zij weer in contact komen met hun systeemleden. Deze leden zullen in het begin van de behandeling voornamelijk bestaan uit gebruikersvrienden, omdat contact met nabije familie als ouders, broers en zussen, veelal verwaarloosd is. Naar mate de behandeling vordert mogen de cliënten bellen, af en toe bezoek ontvangen en op weekend verlof, waarbij er een andere cliënt van de Breegweestee ter ondersteuning mee zal gaan.

Daarbij worden de systeemleden van de cliënt betrokken in de behandeling door middel van systeemtherapie. Het doel van deze gesprekken is het (opnieuw) leren communiceren, en de cliënt leren om terug te vallen op het systeem waar dat nodig is. Door de therapie zullen de verschillende leden meer zicht krijgen op elkaars wensen en leren hier op in te spelen.

Indien een cliënt tijdens zijn/haar behandeling wenst contact te hebben met vrienden, hebben deze vrienden voorafgaand een gesprek met de systeemtherapeut. Dit omdat de therapeut aan de hand hiervan kan nagaan in hoeverre er sprake is van een gezonde vriendschap. De cliënten dienen naar mate de behandeling vordert te breken met gebruikersvrienden. Zij moeten leren inzien dat het contact met deze vrienden hun verslaving in stand zou kunnen houden, hier worden dan ook bewuste keuzes in gemaakt.

JellinekMentrum te Amsterdam

Vanaf 1 november 2007 is JellinekMentrum gestart met deeltijd- en poliklinische behandeling aan cliënten van 12 tot 23 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek. In februari 2008 waren er

honderdtwee cliënten aangemeld, waarvan achtendertig systeemleden (presentatie minisymposium 19-02-2008 te Amsterdam).

De behandeling aan de cliënten vindt zowel individueel als in interactie met het systeem plaats, door middel van systeemtherapie. Daarnaast kunnen systeemleden zelf ook aanspraak op behandeling doen, in de vorm van poliklinische zorg.

Binnen JellinekMentrum vindt men het betrekken van het systeem met name voor de cliënten van 12 tot 16 jaar van belang. Enkele teamleden volgen momenteel een basiscursus Multi Dimensional Family Therapy (MDFT), waarbij op verschillende dimensies van de cliënten gewerkt wordt samen met het systeem. MDFT is een gezinstherapie voor jonge cliënten met gedragsproblemen. Het bijzondere aan deze methode is dat er niet alleen naar de gedragsproblemen van de jongere gekeken wordt, maar ook naar zijn/haar verslavingsproblemen⁶⁵.

Bauhuus te Groningen

Naast het behandelen van de cliënten in de groep, volgens de sociotherapie (zie hoofdstuk 3.6.2), hebben de cliënten een individueel programma met bijvoorbeeld psycho- en systeemtherapie. Binnen deze laatst genoemde therapie wordt het systeem intensief betrokken. Veelal is er sprake van twee sociale systemen per cliënt, omdat zij vaak uit samengestelde gezinnen komen.

Het systeem van de cliënten bestaan uit personen die in het leven belangrijk voor hem/haar zijn. Hierbij te denken aan (groot)ouders, broers, zussen en vrienden. De cliënten mogen tijdens de behandeling niet in contact komen met hun gebruikersvrienden. Als voorbeeld worden de mobiele telefoons van de cliënten ingenomen aan het begin van de behandeling omdat dit voorwerp als gebruikersmiddel wordt gezien en het de cliënt steeds kan confronteren met de namen in het telefoonboek. Wanneer vrienden van de cliënten op bezoek willen komen is dit mogelijk, maar vaak worden zij dan eerst gezien door een systeemtherapeut om na te kunnen gaan hoe de relatie tussen de cliënt en zijn/haar vrienden is.

Het Bauhuus is als kliniek gestart zonder enige vorm van nazorg. Op dit moment zijn er mogelijkheden voor individuele psycho- of systeemtherapie als nazorg.

61

Woning 3 van Karakter te Zwolle

Het sociale systeem van de jongeren in Woning 3 wordt actief betrokken bij de behandeling. Twee avonden per week is er een belavond mogelijk, waarbij er contact is tussen de jongere en zijn/haar ouders. De mentor van een jongere heeft daarbij wekelijks telefonisch contact met ouders, om te bespreken wat ouders in het weekend ervaren wanneer de jongere thuis is.

Vanaf acht á tien weken na opname vinden er stafbesprekingen (multidisciplinaire overleggen) plaats, waarin de jongere en zijn of haar ouder voorafgaand beschrijven wat zij de afgelopen periode ervaren hebben en welke aandachtspunten zij hebben voor de aankomende periode. Na een stafbespreking zijn ouders aanwezig bij de uitkomst van deze bespreking. Ook krijgen ouders ouderbegeleiding van een speciale ouderbegeleider, en kunnen zij (en andere naasten) uitgenodigd worden voor systeemtherapie.

In de behandeling is er tevens aandacht voor andere leden uit het sociale systeem zoals vrienden en school. Jongeren kunnen tijdens de behandeling contact blijven onderhouden met vrienden/kennissen door (na afspraak met de groepsleiding) bijvoorbeeld af te spreken in de stad.

4.7 Conclusie

Samenvattend is in dit hoofdstuk naar voren gekomen dat een gezin een kleine organisatie is, een gedeelte van iemands sociaal systeem. Binnen het gezin dient er een evenwicht in rollen en posities te zijn, wil het kunnen functioneren. Wanneer een gezinslid een dubbeldiagnose problematiek ontwikkelt, betekent dit dat het evenwicht verstoord raakt. Automatisch zullen de gezinsleden hun rollen en posities rondom het gezinslid met dubbeldiagnose problematiek gaan vormen. Hierdoor ontstaat er een nieuw, maar ongezond, evenwicht waar aansluitend binnen de klinische behandeling aan gewerkt dient te worden.

Tijdens een klinische opname van een cliënt zou er rekening gehouden moeten worden met elementen die binnen het systeem van de cliënt een rol spelen, omtrent psychiatrische stoornissen, verslavingsproblematieken en klinische behandelingen. Het sociale systeem zal geïnformeerd moeten worden over deze thema's, om het creëren van een gezond evenwicht in het systeem te bevorderen.

Vanuit de systeemtheorie zou er gewerkt kunnen worden met een combinatie van de vier, eerder in dit hoofdstuk genoemde, stromingen. Wij zijn van mening dat de cybernetische en de contextuele stromingen het meest passend zijn binnen de behandeling aan jonge cliënten met dubbeldiagnose problematiek. De reden hiervan is onder andere, dat er gewerkt wordt volgens een circulair principe waardoor geen enkel systeemlid de schuld krijgt van de huidige problematische situatie. Het gehele systeem wordt op die manier verantwoordelijk gemaakt en kan daardoor intensief bij de behandeling betrokken worden. Daarbij zou het goed zijn aandacht te hebben voor loyaliteiten, zoals de verticale loyaliteit tussen ouders en hun kinderen omdat deze niet verbroken kan worden. Aansluitend is het juist om te kijken naar een balans tussen geven en nemen. Wanneer ieder systeemlid aan elkaar gaat of blijft geven, zullen de andere leden kunnen nemen waardoor er een gezond evenwicht zal ontstaan.

De contacten met de sociale systemen van de cliënten, kunnen op diverse manieren vorm krijgen. Binnen dit hoofdstuk zijn een aantal mogelijke invullingen naar voren gekomen, welke eventueel verder uitgewerkt zouden kunnen worden. Wij zijn van mening dat het noodzakelijk is om deze vormen binnen de klinische behandeling aan de cliënten te integreren, zodat de systeemleden voldoende ondersteuning krijgen, het contact tussen ieder systeemlid geoptimaliseerd kan worden en een bijdrage kan leveren aan een nieuw, gezond evenwicht binnen de verschillende systemen.

Gedurende de klinische behandeling aan de jonge cliënten, zal er aandacht moeten zijn voor zijn of haar resocialisatie. Om te voorkomen dat een cliënt en/of het systeem terugvalt in oude patronen en manieren van communiceren, is het van belang hier binnen de behandeling aandacht aan te besteden. Dit door de cliënt onder andere binnen een sociaal systeem steun te leren vragen. Door binnen de klinische behandeling een cliënt opnieuw te laten integreren in de maatschappij, kan deze zijn/haar leerervaringen delen met de andere, binnen de afdeling opgenomen, cliënten. Door dit onder andere te doen, wordt de herintegratie van een cliënt bevorderd. Aansluitend zou het zo kunnen zijn dat een cliënt en/of het systeem, na afronding van een klinische behandeling, verdere ondersteuning wenst te krijgen in de vorm van poliklinische zorg. Deze zorg zou middels voortgezette systeemtherapie of volgens de FFT methode plaats kunnen vinden. Hierbij is het van belang dat er tussen de klinische opname van de cliënt en nazorg niet van therapeut gewisseld zal worden, zodat een vertrouwensrelatie niet opnieuw opgebouwd hoeft te worden en de kans op weigeren van behandeling zo klein mogelijk wordt gemaakt.

Overkoepelend zou er een beleid binnen de klinische behandelsetting geschreven moeten worden over het contact hebben met en ontmoeten van oude systeemleden van de cliënt, als (gebruikers)vrienden en kennissen, op de afdeling.

5.1 Inleiding

Vanuit de vraag van Zwolse Poort omtrent de invulling van therapieën en disciplines voor het behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar binnen de toekomstige klinische behandelsetting zijn de volgende deelvragen geformuleerd: *Welke therapieën en disciplines zouden binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar ingezet moeten worden, aansluitend op de methodiek? En wat is de meerwaarde van de GGz-agoog binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort?*

Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zal de daginvulling voor de cliënten veelal uit therapieën bestaan. Om deze therapieën aan te kunnen bieden, zijn verschillende disciplines vereist. De therapieën zullen moeten aansluiten op de methodiek waarmee gewerkt zal worden binnen de behandeling en passend zijn voor jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbeldiagnose problematiek. Binnen dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de definitie van therapieën en disciplines, de invulling hiervan binnen de bezochte instellingen, extra aandacht voor de GGz-agoog en het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

5.2 Wat zijn therapieën en disciplines

Onder het begrip therapieën wordt het volgende verstaan:

Methoden om aan de genezing van zieken te werken³.

In het kader van het onderzoek gaat dit om behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, welke hiermee om leren gaan zodat zij uiteindelijk zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij kunnen functioneren.

Onder het begrip disciplines wordt in het kader van het onderzoek het volgende verstaan:

De verschillende therapeuten en andere hulpverleners, die de therapieën en behandeling mogelijk maken.

63

5.3 Invulling van therapieën en disciplines binnen de bezochte instellingen

In deze paragraaf is een overzicht te vinden van de therapieën en disciplines welke toegepast worden binnen de bezochte instellingen in het kader van dit onderzoek. De hieronder beschreven informatie is verkregen uit interviews met de in hoofdstuk drie genoemde medewerkers, en door hen gecontroleerd en goed bevonden.

Afdeling dubbeldiagnose te Raalte

Binnen de afdeling dubbeldiagnose wordt er gewerkt met de volgende therapieën en disciplines:

Therapie:	Discipline:
Activiteitentherapie	Activiteitentherapeut
Cognitieve gedragstherapie	Cognitieve gedragstherapeut
Dag/weeksluiting	Groepswerker (Sociaal pedagogisch hulpverlener, HBO verpleegkundige of sociotherapeut)
Dagopening	Groepswerker
Weekend bespreking	Groepswerker
Themagroep	Groepswerker
Middelengroep	Groepswerker
Open groep	Groepswerker
Journal kijken	Groepswerker
Muziektherapie	Muziektherapeut
Psychomotorische therapie	Psychomotorische therapeut
Sociale vaardigheidstraining	Groepswerker
Systeemtherapie	Systeemtherapeut

Maatschappij oriëntatie	Maatschappelijk werker
	Psychiater
	Psycholoog

Naast het aanbod van de afdeling dubbeldiagnose zijn er op indicatie mogelijkheden voor andere therapieën binnen Zwolse Poort.

Orthopsychiatrisch centrum InZicht te Nijmegen

Binnen het orthopsychiatrisch centrum wordt er gewerkt met de volgende disciplines:

- Coaches
- Activiteitscoaches
- Trajectbegeleider
- Orthopsychiater
- Klinisch psycholoog
- Psycholoog
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige / Sociaal pedagogisch werker
- Functionele gezinstherapeut (FFT therapeut)

Het werk dat de bovengenoemde disciplines uitvoeren, is geheel afgestemd op de methodiek orthopsychiatrie. Zo wordt er dus niet gewerkt met vaktherapieën en vaktherapeuten, maar wordt er van de jongeren verwacht dat zij, door middel van een trajectbegeleider en activiteitencoach, invulling kunnen geven aan de dag door bijvoorbeeld scholing of werk buiten het centrum. Hierbij is het aan de jongere zelf om te bepalen in hoeverre de mensen aldaar op de hoogte worden gebracht van zijn/haar problemen.

De gesprekken die jongeren met de coaches hebben, zijn met name gericht op praktische punten welke nodig zijn om met ontslag te kunnen gaan. Het centrum heeft voor coaches gekozen omdat dit de samenwerkingsrelatie tussen cliënt en medewerker zo gelijkwaardig mogelijk maakt (de benaming klinkt gelijkwaardiger en minder zwaar).

64

Ter aanvulling op het behandelaanbod, zou Floor Scheepers nog graag zien dat er een algemeen lokaal bijkomt. In dit klaslokaal zouden de jongeren dan die dingen kunnen leren die zij graag zouden willen toepassen in hun verdere leven. Dit zou dan niet ingevuld moeten worden met schoolboeken en dergelijke, maar bijvoorbeeld met computers om informatie op te kunnen zoeken of cursussen te kunnen volgen van andere instellingen, als de Leidse Onderwijs Instelling (LOI).

Binnen het orthopsychiatrisch centrum wordt gewerkt met modules (zie hoofdstuk 3.3.3), te noemen²⁹:

- Module crisis (alleen ingezet als nodig *bij opname*)
- Module Agression Replacement Training (ART, agressie regulatie), de training kent de volgende inhoud:
 - Sociale Vaardigheidstraining (Goldstein en Glick, 1987);
 - Training Controleren Boosheid (Feindler, 1979);
 - Training Moreel Redeneren (Kohlberg, Gibbs, Potter, Goldstein, 1995).
- Module vrijetijdsbesteding (onder andere sport, muziek, creatieve activiteiten)
- Module school/werk
- Module middelenmisbruik
- Module psychotherapie
- Module psycho-educatie (ook voor ouders)
- Module medicatie
- Module emotieregulatie training (ERT)

Breegweestee te Eelde

De cliënten van de Breegweestee leven in een commune. In de praktijk betekent dit dat het gezamenlijke dagprogramma van de cliënten bestaat uit vaste groepsmomenten met daarnaast individuele therapieën in de vorm van modules. De cliënten brengen veel tijd door met andere bewoners en zijn samen verantwoordelijk voor taken als eten bereiden en de zorg voor in en om het huis. Er wordt van de cliënten verwacht dat zij intensief samenwerken waardoor zij hun communicatieve als sociale vaardigheden ontwikkelen, en daarbij leren om te gaan met structuur in interactie met communegenoten.

Ook is er vrije tijd opgenomen in het programma om cliënten hiermee om leren te gaan. Dit blijkt vaak een lastig proces, omdat vrije tijd voorheen werd ingevuld met gebruik.

Naast het leven in de commune met de vaste groepsmomenten is er de mogelijkheid tot keuze van verschillende modules, afhankelijk van de doelen van de cliënt. Door de oplossingsgerichte methode weten de cliënten waaraan zij willen werken. Aan de hand van concreet gestelde doelen kunnen zij modules volgen die zowel in de groep als individueel gegeven worden. Ook kunnen cliënten op indicatie individuele therapie krijgen als VERS-training (Vaardigheidstraining Emotie Regulatie Stoornis), traumacursus of psychotherapeutische ondersteuning.

Het modulaire vraaggerichte aanbod bestaat onder andere uit:

- Impulsbeheersing
- Sociale vaardigheidstraining
- Terugvalpreventie
- Arbeidstoeleiding en scholing
- Conflicthantering
- Angstmanagement
- Traumacursus
- Hobbytraining
- Algemene vorming

Binnen de Breegweestee wordt gewerkt met de volgende disciplines:

- Sociotherapeuten
- Maatschappelijk werkers
- Systeemtherapeuten
- Psychomotorisch therapeut
- Psychotherapeut/psycholoog
- Psychiater
- Verslavingsarts
- Docent Nederlands
- Sportleraar
- Instellingskok
- Begeleider creatief werken
- Begeleider buitenactiviteiten
- Zorgcoördinator
- Afdelingshoofd

65

De verschillende disciplines zijn verantwoordelijk voor de invulling van het dagelijkse leven in het therapeutische milieu als voor de uitvoering van de modules.

In de behandeling is een driedeling gemaakt.

De klinische lijn staat voor de behandellijn, waaronder de modules en therapieën vallen.

De lijn van de sociaal juridische dienstverlening en arbeidstoeleiding houdt zich bezig met schuldsanering, school en werk.

De laatste lijn richt zich op het sociale systeem van de cliënt. Hierbij wordt er gekeken naar de interactie tussen de cliënt en zijn/haar systeem en naar waar de problemen op dit gebied liggen.

Deze driedeling is geïntegreerd in de behandeling. Iedere medewerker is bij de multidisciplinaire overleggen. De ene discipline is hierbij niet belangrijker dan de ander, het is gaat om de samenwerking tussen alle disciplines.

JellinekMentrum te Amsterdam

Binnen de toekomstige jeugdkliniek van JellinekMentrum welke medio 2009 geopend zal worden, zullen de volgende disciplines aanwezig zijn⁴³:

- Verslavingsarts
- Kinder- en jeugdpsychiater
- Systeemtherapeut
- Psychotherapeut
- Maatschappelijk werker
- Psycholoog
- Groepswerkers
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Psychomotorisch therapeut
- Beeldend therapeut
- Muziektherapeut
- Sportinstructeur
- Testassistent
- Kok

Daarbij zal er gewerkt worden met een modulair behandel aanbod. Het team besluit welke cliënten, welke modules volgen.

De modules zijn verdeeld in vier categorieën⁴³:

- Verbale therapieën
 - O.a. cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventie
- Non-verbale therapieën
 - O.a. psychomotorische therapie, beeldende therapie
- Individuele therapieën en
 - O.a. psychotherapie
- Groepstherapieën
 - O.a. sociale vaardigheidstraining

66

Naast bovengenoemde therapieën zal er tevens worden gewerkt met farmacotherapie (voor psychiatrie en verslaving) systeemtherapie en reïntegratie (werk, scholing, toekomst).

Bauhuus te Groningen

Hieronder wordt een overzicht gegeven van de disciplines met bijbehorende verantwoordelijkheden, welke werkzaam zijn binnen het Bauhuus van Verslavingszorg Noord Nederland⁴⁴.

Discipline:	Verantwoordelijk voor:
Afdelingshoofd	De gehele gang van zaken op de afdeling.
Zorgcoördinator	De organisatie en stroomlijning van de dagelijkse zorg (onder verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd en de hoofdbehandelaar).
Hoofdbehandelaar	De afname van ontwikkelingsanamneses; de behandeling van de cliënten, de groepstherapie (psychotherapeutische module); de behandelinhoudelijke aansturing van de andere disciplines (zodat de behandellijnen worden geïntegreerd en vastgehouden).
Kinder- en jeugdpsychiater	Het medisch/psychiatrische deel van de indicatiestelling en behandeling (op consultbasis); individuele psychotherapie (psychotherapeutische module, op indicatie).
Sociaaljuridisch medewerker	Alles op het gebied van sociaal juridische dienstverlening.
Verslavingsarts	Het bewaken van de medicatie. Daarnaast heeft de verslavingsarts een huisartsenfunctie.

Sociotherapeut	Het therapeutische leefklimaat (holding environment); het handhaven van de dagelijkse structuur en de persoonlijke begeleiding.
Systeemtherapie	De parallelle behandeling van het gezin van de cliënt (psychotherapeutische module).
Creatief therapeut	De non-verbale behandeling (psychotherapeutische module, zowel in de groep als individueel op indicatie).
Secretaresse	De administratieve ondersteuning van de afdeling.

Binnen het Bauhuus wordt er met name in de groep behandeld. De groep wordt als middel gebruikt om aan de individuele doelen van de cliënten te werken. Naast het groepsprogramma is er een individueel programma-aanbod voor alle jongeren. Hierin wordt psychotherapie, systeemtherapie en bijvoorbeeld psychomotorische therapie gegeven. Iedere cliënt werkt op zijn/haar eigen manier aan terugval preventie en zijn/haar sociale vaardigheden.

Tijdens de behandeling wordt er met modules gewerkt. Deze modules worden standaard aan de groep aangeboden. Eric de Vos gaf tijdens het interview aan dat hij graag een uitbreiding van het therapieaanbod zou zien in de vorm van non-verbale therapieën, omdat uit ervaring blijkt dat deze goed voor de jongeren werken. Hierbij denkt hij dan aan groepspsychomotorische therapie, of – muziek therapie.

Naast het werken in de gehele groep, biedt men binnen het Bauhuus ook seksspecifieke groepen aan. Het gaat hier over jongens- en meidengroepen, waarin seksspecifieke onderwerpen naar voren kunnen worden gebracht en besproken. Mochten hier ernstige problematieken in naar voren komen, te denken aan seksueel misbruik, wordt de cliënt hiervoor doorverwezen naar een gespecialiseerde afdeling.

Het Bauhuus werkt met psychotherapeutische (zie bovenstaand schema) en niet-psychotherapeutische modules, om de draagkracht van de cliënten te vergroten. Onder de niet-psychotherapeutische modules valt⁴⁴:

- Nederlandse taal (verzorgt door een leraar taal, waarin alles wat met de Nederlandse taal te maken heeft aan de orde komt);
- Algemene vorming (verzorgt door een docent algemene vorming, waarin de algemene ontwikkeling naar voren komt, op het gebied van kunst, muziek, politiek en morele ontwikkeling) en
- Sport en andere activiteiten buitenshuis (verzorgt door een sportleraar).

67

Woning 3 te Zwolle

Binnen Woning 3 van Karakter wordt er gewerkt met de volgende therapieën en disciplines:

Therapie	Discipline
WW (Weekend/Weekbespreking)	Groepsleiders (verpleegkundigen, SPH'ers of GGZ-agoog)
Dagafsluiting	Groepsleiders
Sociale vaardigheidstraining	Groepsleiders
Cognitieve training	Groepsleiders
Psycho-educatie	Groepsleiders
Onderhoud leefomgeving(schoonmaken)	Groepsleiders
Huiskamerbespreking	Groepsleiders
Creatieve therapie	Creatief therapeut
Psychomotorische therapie	Psychomotorisch therapeut
Systeemtherapie	Systeemtherapeut
Ouderbegeleiding	Ouderbegeleider
Sportmix	Stagiaire Calo
Gesprekken op indicatie	Kinder- en jeugdpsychiater
Cognitieve therapie	Gedragstherapeut

Wanneer de cliënten van Woning 3 worden opgenomen, volgen zij alle therapieën uit bovenstaand schema.

's Morgens gaan de jongeren naar school en 's middags volgen zij de verschillende therapieën. Deze worden in een groep aangeboden waarbij de aandacht ligt op het individu in de groep. Waar nodig kan op indicatie individuele therapie aangeboden worden.

De jongeren zouden binnen het team kunnen aangeven wanneer zij de meerwaarde van een therapie niet inzien. Op dat moment wordt er binnen het team gekeken wat zij de meerwaarde vinden van de therapie voor de jongere, waarna besloten zou kunnen worden dat hij/zij het onderdeel niet hoeft te volgen. Er wordt hierbij dus individueel bekeken wat de jongere wel of niet nodig heeft. Onderdelen als de weekend/weekbespreking, dagafsluiting, onderhoud leefomgeving en huiskamberbespreking zijn vaste onderdelen, en moeten door alle jongeren gevolgd worden. In de praktijk blijkt dat jongeren de non-verbale therapieën als prettig ervaren.

5.4 Specifieke discipline: De GGz-agoog

Een GGz-agoog is een Sociaal Pedagogisch Hulpverlener (SPH'er) of Maatschappelijk Werk en Dienstverlener (MWD'er) die zich gespecialiseerd heeft in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz). Dit onderzoek is uitgevoerd door twee GGz-agoog studenten, met SPH als basisopleiding. In deze paragraaf wordt daarom aandacht besteed aan deze specifieke discipline, wat tevens tot verdere profilering van de beroepsgroep kan leiden.

Een SPH'er helpt kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen in hun woon- en leefsituatie. Door het volgen van de opleiding SPH krijgt een beginnend hulpverlener inzicht, theoretische en praktische scholing in het vakgebied. Daarnaast ontwikkelt een SPH'er basisvaardigheden (op alle terreinen binnen de hulpverlening) die nodig zijn om hulp te bieden aan mensen die dat nodig hebben. Binnen de opleiding wordt er veel aandacht besteed aan het aanleren van methodieken en het ontwikkelen van sociale en organisatorische vaardigheden, waarmee een beginnend hulpverlener in teamverband binnen complexe organisaties kan werken.

Vanuit het werkveld van de GGz is er een aantal jaren geleden de feedback gekomen dat SPH en MWD studenten, over onvoldoende kennis beschikten omtrent problematieken binnen de (forensische/kinder- en jeugd) psychiatrie en verslavingszorg. Vanuit deze wetenschap bieden zeven hogescholen in Nederland, naast de opleidingen MWD en SPH, de specialisatie GGz-agoog aan.

68

Een student is gedurende de specialisatie verplicht om zijn/haar stage in het derde schooljaar binnen de psychiatrie te lopen en zich daarbij op meso-niveau te ontwikkelen. In het vierde schooljaar moet hij/zij ook binnen dit werkveld afstuderen. Daarnaast moeten enkele profileringspunten gehaald worden middels projecten of keuzemodules binnen de psychiatrie en zijn de studenten (van hogeschool Windesheim) verplicht een aantal aansluitende lessen voor te bereiden, te volgen en te evalueren.

Een GGz-agoog beschikt, na het volgen van de specialisatie, over gevorderde kennis van psychopathologie, groepsdynamica en systeembenadering en basiskennis psychofarmaca. Daarbij kan een GGz-agoog in behandeling het accent leggen op de sociaal-maatschappelijke context van de cliënt, en is hij/zij zich bewust van processen als overdracht en tegenoverdracht. Verder legt een GGz-agoog de nadruk de sterke kanten en het niet-zieke deel van de cliënt. Dit maakt dat zij als beginnend beroepsagoog kunnen werken in het werkveld van de GGz. Door het volgen van de specialisatie krijgen de studenten bij hun diplomering een aantekening GGz-agoog, naast het reguliere SPH diploma.

Samenvattend betekent dit dat de GGz-agoog over kennis en kunde beschikt om in het GGz werkveld te werken. GGz-agogen kunnen direct aan de slag als sociotherapeut of groepswerker, en zijn door hun specialisatie een meerwaarde binnen een multidisciplinair team. Vanuit hun agogische visie en therapeutische relatie met de cliënt, dragen zij bij aan het ontwerpen van een individueel passend behandelprogramma voor de cliënt.

5.5 Conclusie

In deze paragraaf volgt een conclusie over het toepassen van verschillende therapieën en de bijbehorende disciplines. De conclusie is getrokken na aanleiding van verschillende werkbezoeken en de bevindingen aldaar,

zoals in hoofdstuk 5.3 is beschreven. Daarbij hebben wij rekening gehouden met het methodiekmodel voor de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek.

Hieronder volgt een overzicht waarin de verschillende disciplines en hun verantwoordelijkheden zijn opgenomen. Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zou in onze visie gewerkt moeten worden met deze disciplines om verantwoorde hulp- en dienstverlening mogelijk te maken.

Discipline:	Verantwoordelijk voor:
Afdelingshoofd	De gehele gang van zaken op de afdeling.
Kinder- en jeugdpsychiater	Diagnosticeren; het medische/psychiatrische deel van de indicatiestelling en behandeling; farmacotherapie#.
Verslavingsarts	Het bewaken van de medicatie. Daarnaast kan de verslavingsarts een huisartsenfunctie hebben#.
Psycholoog	De afname van ontwikkelingsanamneses#; cognitieve gedragstherapie*.
Sociotherapeut	Sociotherapeutisch groeps- en leefklimaat; persoonlijke begeleiding van de cliënten; handhaven van de dagelijkse structuur.
Systeemtherapeut	Systeemgesprekken met de cliënt en/of zijn of haar sociale systeem#.
Maatschappelijk werker/Sociaal juridisch dienstverlener	Ondersteuning bij eventuele juridische en financiële problemen#.
Psychomotorisch therapeut	Psychomotorische therapie*.
Activiteiten therapeut	Activiteiten therapie*.
Creatief therapeut	Muziek therapie*.
Creatief therapeut	Beeldende therapie*.
Sportleraar	Bewegingsactiviteiten zonder therapeutisch gehalte.

*Kan zowel in de groep als individueel plaatsvinden

#Individueel aanbod, naast de groepsbehandeling

Bovenstaande therapieën zullen veelal gevolgd worden door alle cliënten. Zowel in een groep als individueel op indicatie. Naast de standaard invulling van behandeling door deze therapieën zal er binnen de toekomstige klinische behandelsetting gewerkt kunnen worden met een modulair vraaggestuurd behandel aanbod. Door dit behandel aanbod kan individuele behandeling aangepast worden op de wensen, mogelijkheden en doelen van de cliënten. Gezamenlijk (cliënt en sociotherapeut) wordt er gekeken naar de meest passende modules. Op deze manier wordt de cliënt zo intensief mogelijk bij zijn/haar behandeling betrokken, waardoor de zelfstandigheid van de cliënt wordt vergroot en een appél wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid.

Gezien de leeftijdsfase en de dubbeldiagnose problematiek van de toekomstige cliënten is het van belang zij gedurende de behandeling meer eigen verantwoordelijkheid krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door inspraak te hebben in het maken van keuzes. In het begin van de behandeling is het daarentegen belangrijk dat de behandeling gestructureerd en aanbodgericht is, omdat de cliënten voor opname veelal teveel vrijheid en geringe structuur hebben gekend.

De non-verbale therapieën (muziek-, beeldende-, psychomotorische- en activiteitentherapie) hebben een groot aandeel in het behandel aanbod. De reden hiervoor is dat in de praktijk is gebleken dat deze vormen van therapie met name aansluit bij jonge cliënten. Daarbij is ervoor gekozen sport en vrije tijd op te nemen in het behandel aanbod omdat beweging het lichamelijk welzijn van de jonge cliënt bevordert. Tevens kan dit werken om alle opgedane ervaringen van de dag te verwerken en niet met zichzelf geconfronteerd te hoeven worden. Vrije tijd is opgenomen in het behandel aanbod omdat de jonge cliënten veelal moeite zullen hebben om hiermee om te gaan. Vrije tijd werd voor opname veelal ingevuld met gebruik en binnen de behandeling zullen hier door de jonge cliënten alternatieven voor gezocht moeten worden.

Afhankelijk van de keuze die Zwolse Poort maakt omtrent het invullen van scholing voor de cliënten, zou er een docent (in verschillende schoolvakken) aangenomen kunnen worden.

Indien er (een module) FFT als nazorg wordt aangeboden, zou Zwolse Poort een functionele gezinstherapeut aan moeten nemen.

Hieronder volgt een voorbeeld van een overzicht, waarin het modulaire aanbod wordt weergegeven. Hierin zijn alle bovengenoemde disciplines betrokken en word ingegaan op het doel per module. Binnen de klinische behandelsetting zou in onze visie in ieder geval gewerkt moeten worden met de volgende modules.

Module:	Discipline:	Doel:
Crisis	Sociotherapeut	Inzicht krijgen in de huidige situatie, 'plan van aanpak' maken om de crisissituatie te kunnen hanteren en eventuele vervolgstappen te maken.
Sociale vaardigheidstraining	Psycholoog en sociotherapeut	Inzicht geven in en vaardigheden aanleren bij, de cliënten omtrent hun sociale interactie met anderen.
Middelengebruik	Psycholoog en sociotherapeut	Kennis over het gebruik van verslavende middelen; inzicht in copingstrategieën en eigen verslavingsproblematiek.
Gamen en gokken	Psycholoog en sociotherapeut	Kennis en inzicht in copingstrategieën en impulscontrole.
Algemene psychopathologie	Kinder- en jeugdpsychiater en sociotherapeut	Vragen van de cliënten beantwoorden over verschillende psychopathologische stoornissen en leren inleven in elkaars situatie.
ADHD [^]	Circulair: kinder- en jeugdpsychiater, psycholoog, sociotherapeut, systeemtherapeut en creatief therapeut beeldend.	Wisselend: kennis, inzicht en omgaan met de psychopathologische stoornis.
Psychotische stoornissen [^]	Idem	Idem
Persoonlijkheidsstoornissen [^]	Idem	Idem
Stoornissen in autistisch spectrum [^]	Idem	Idem
Stemmingsstoornissen [^]	Idem	Idem
Angststoornissen [^]	Idem	Idem
Traumaverwerking	Psycholoog en creatief therapeut beeldend of psychomotorische therapeut.	Kennis en inzicht in copingstrategieën en verwerken van het trauma.
Emotie regulatie training	Psycholoog	Leren omgaan met persoonlijkheidstrekken en hier meer grip op krijgen, inzicht geven in verschillende copingstrategieën.
Terugvalpreventie	Sociotherapeut	Voorkomen van terugval in het oorspronkelijke gedrag door leren om te gaan met craving en confrontatie met cue's, door middel van geleerde copingstrategieën.
Vrijtijdsbesteding	Activiteiten therapeut, sociotherapeut en sportleraar.	Leren omgaan met vrije tijd en ontdekken van kwaliteiten om deze in te vullen.

Medicatie	Verslavingsarts	Kennis en inzicht krijgen in de (bij)werkingen van de eigen psychofarmaca.
Arbeid- en school toeleiding	Activiteiten therapeut	Ondersteuning bij de geleidelijke overgang naar werk of scholing.
Seksespecifieke groep	Sociotherapeut	Inzicht krijgen, bespreken van en leren omgaan met seksespecifieke thema's.

^De bijeenkomsten zouden ook voor het sociale systeem van de cliënten toegankelijk kunnen zijn.

Een aantal van de modules zullen standaard in het behandelprogramma zitten, passend bij de vragen van de cliënten. De andere modules zullen individueel gekozen worden, aansluitend op iemands behandelplan. De modules kunnen gevolgd worden door cliënten welke in de detoxificatie periode opgenomen zijn, cliënten welke klinische behandeling volgen en cliënten met een stoelpositie, welke dagbehandeling volgen.

Bovenstaand advies met betrekking tot therapieën en disciplines is passend binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek omdat deze aansluit op het methodiekmodel zoals weergegeven is in hoofdstuk 3.8.

Binnen dit model wordt er gesproken over een cognitief gedragstherapeutische basis. Dit is in alle therapieën en modules terug te vinden, doordat er aandacht is voor de gevoelens, gedragingen en gedachten van de cliënten, in interactie met elkaar. Aansluitend op deze basis zal sprake zijn van een sociotherapeutisch groeps- en leefklimaat. Dit is terug te zien doordat een groot gedeelte van de modules in groepsverband worden aangeboden. Cliënten kunnen binnen deze groep gebruik maken van het vervangende sociale systeem, en hierbij leren van de situaties die zich voordoen. Afhankelijk van het behandelprogramma van een cliënt zouden therapieën en modules individueel gevolgd kunnen worden. De ontwikkelingspsychologie kan binnen de verschillende therapieën en modules aan bod komen door bijvoorbeeld uitleg te geven over de ontwikkelingsfase waarin de cliënt zich bevindt, en eerdere fases te betrekken binnen de behandeling. Het competentiemodel maakt dat er gekeken wordt naar de positieve kant en mogelijkheden van de cliënt. Daarbij wordt er tegelijkertijd aandacht besteed aan de draagkracht en draaglasten van een cliënt en wordt er kennis en inzicht gegeven over verschillende - en actuele thema's. Psycho-educatie kan op verschillende manieren invulling krijgen en daardoor door iedere discipline worden verzorgd.

Middels systeemtherapie wordt het sociale systeem van een cliënt betrokken bij de klinische behandeling. Hierdoor krijgen beide partijen inzicht in elkaars situatie, wordt er gewerkt aan het verbeteren van de communicatie en een gezond evenwicht tussen de systeemleden. Ook bestaat er de mogelijkheid om het sociale systeem van cliënten uit te nodigen tot het bijwonen van bijeenkomsten van modules.

Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zou er gewerkt moeten worden volgens de visie uit de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente. Iedere medewerker zal kennis moeten hebben van deze methode, dit uitdragen in het multidisciplinaire team en naar de cliënten binnen de therapieën en modules. Binnen de behandeling wordt er ingespeeld op de verschillende stadia van gedragsverandering bij de cliënten. Op die manier hebben zij en de verschillende disciplines inzicht in hun huidige situatie. Middels motiverende gespreksvoering kunnen de disciplines hierop in spelen zodat de cliënten gemotiveerd raken/blijven tot verdere behandeling.

Dit alles maakt dat de standaard invulling van de behandeling, aansluitend met de mogelijkheid tot het volgen van modules en individuele therapieën op indicatie, passend is binnen het methodiekmodel voor de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek.

6.1 Inleiding

Vanuit de vraag van Zwolse Poort omtrent leerplichtigheid van jongeren welke behandeling zullen volgen binnen de toekomstige klinische behandelsetting is de volgende deelvraag geformuleerd: *Wat zijn de mogelijkheden voor ontheffing uit de leerplicht, voor jongeren van 14 tot 18 jaar, en waar moet bij klinische behandeling rekening mee gehouden worden?*

Om antwoord op deze vraag te krijgen is er op 12 maart 2008 onder andere een interview afgelegd met Hetty Cremers, leerplichtambtenaar binnen de gemeente Zwolle. Haar doelgroep bestaat uit de jongeren van het Middelbaar Beroeps Onderwijs (MBO) en het praktijkonderwijs. Verdere informatie is verkregen door literatuur. In dit hoofdstuk wordt er ingegaan op de inhoud van leerplicht, de combinatie van leerplicht en een klinische opname, leerplicht binnen de bezochte instellingen en wordt afgesloten met een conclusie.

De in dit hoofdstuk beschreven informatie is gecontroleerd en goed bevonden door de geïnterviewde, daar waar geen bronvermelding wordt gegeven, is informatie verkregen vanuit het interview.

6.2.1 Wat is leerplicht

Leerplicht is de plicht die ouders/verzorgers hebben als het gaat om het schoolbezoek van 'hun' kind. Zij moeten hun kind laten inschrijven op een school en ervoor zorgen dat het deze school ook daadwerkelijk bezoekt. Vanaf het twaalfde jaar is een kind ook zelf verantwoordelijk voor zijn schoolbezoek.

De leerplicht is vastgesteld in de Leerplichtwet uit 1969. Op overtreding van de Leerplichtwet staan sancties.

Wanneer een kind spijbelt of wegblijft van school zonder goede reden, overtreedt het de Leerplichtwet⁶⁶.

Elk kind wordt leerplichtig op de eerste schooldag van de maand, volgend op de maand waarin het vijf jaar is geworden.

De volledige leerplicht eindigt aan het einde van het schooljaar waarin de minderjarige tenminste twaalf volledige schooljaren één of meerdere scholen heeft bezocht, of aan het einde van het schooljaar *waarin* de minderjarige de leeftijd van zestien jaar heeft bereikt⁶⁷.

Een startkwalificatie is een diploma op havo-, VWO- of MBO-2 niveau. Vanaf 1 augustus 2007 geldt de kwalificatieplicht voor iedereen die de volledige leerplicht heeft afgerond, nog geen 18 jaar is en geen startkwalificatie heeft. Tijdens de kwalificatieplicht gaat het kind elke dag naar school, of kiest het voor de combinatie van leren en werken.

6.2.2 Vervangende leerplicht

Vervangende leerplicht is een alternatief leertraject voor jongeren vanaf 14 jaar. Deze jongeren hebben meestal onoplosbare problemen in het volledige dagonderwijs. Het doel van de vervangende leerplicht is om leerlingen weer in het gewone onderwijstraject te krijgen.

Een verzoek om vervangende leerplicht te volgen, moet worden ingediend bij de leerplichtambtenaar van de woongemeente. Bij de aanvraag moet een plan van aanpak met een begeleidingsprogramma worden ingeleverd. Goedkeuring geldt voor een schooljaar. Dat maakt het mogelijk dat de jongere het jaar daarop terugstroomt in het reguliere onderwijs. Mocht er vervangende leerplicht aangevraagd worden in het laatste schooljaar, gelden hiervoor afwijkende regels, te vinden in artikel 3b van de leerplichtwet⁶⁸.

6.2.3 Niet naar school

Wanneer een kind ziek is kan dit een legitieme reden zijn om niet naar school te gaan. Ouders/verzorgers moeten dit dan zo mogelijk diezelfde dag nog aan de directeur melden, zodat direct bekend is waarom iemand niet aanwezig is⁶⁷.

Ouders/verzorgers hebben de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat hun kinderen naar school gaan. Als zij zonder goede reden worden thuisgehouden of thuisblijven, is er sprake van ongeoorloofd schoolverzuim (spijbelen). Iedere ouder mag erop rekenen dat er vanuit de school direct contact wordt opgenomen met hen als hun kind zonder bericht niet op school komt. Spijbelen is een niet op zichzelf staand probleem. Het is een signaal dat er iets met het kind aan de hand is. Het is een uiting van onvrede of onmacht om goed te kunnen functioneren binnen de school, het gezin of de samenleving.

In geval van opvoedingsproblemen kunnen ouders/verzorgers op school hulp krijgen. De school heeft zelf een hulpaanbod en kan daarnaast hulp aan andere vragen of zij kunnen ouders doorverwijzen naar hulpverlenende instanties.

6.3 Met betrekking tot de dubbeldiagnose cliënten binnen de toekomstige klinische behandelsetting

Alle jongeren van vijf tot achttien jaar zijn verplicht tot het volgen van onderwijs, tot de jongere een startkwalificatie heeft. In sommige gevallen, bij zodanig ernstige psychiatrische of lichamelijk problematiek, is het niet mogelijk om onderwijs te volgen, hiervoor kan aanvraag gedaan worden tot een vrijstelling.

Wanneer de jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek worden opgenomen binnen Zwolse Poort, zijn er twee mogelijkheden:

1. Een jongere is in staat om naast de behandeling onderwijs te volgen.
2. Een jongere is niet in staat om naar de behandeling onderwijs te volgen. In dit geval kan er dus een vrijstelling aangevraagd worden. Dit dient te gebeuren door de ouders/verzorgers/gezinsvoogd van de jongere, bij de gemeente waar hij/zij staat ingeschreven in het bevolkingsregister.

Om vrijstelling te krijgen, in het geval van psychiatrische problematiek, dient een onafhankelijke psycholoog of psychiater een verklaring hiervoor af te leggen. Wanneer er verklaart wordt dat vrijstelling nodig is, krijgt de jongere dit ook. Er kan dan nog wel gekeken worden naar de duur van de vrijstelling. Dit kan variëren van weken, maanden naar jaren of voor altijd.

73

Wanneer een instelling als Zwolse Poort, vormen van onderwijs gaat aanbieden is het voordeel dat de jongeren iets hebben waar zij terecht kunnen. Een nadeel hierbij is dat er een grote verscheidenheid qua niveau onder de jongeren zal zijn. Het is dan niet gemakkelijk vorm te geven wat al deze jongeren nodig hebben.

Volgens mw. Cremers is het vooral van belang dat de programma's door de jongeren als nuttig worden ervaren en niet te vrijblijvend zijn. Volgens haar kan een instelling dit onder andere bereiken door niet teveel gaten in de behandeling te laten vallen, dit ook omdat het omgaan met vrije tijd door jongeren als lastig wordt ervaren.

Een jongere tijdelijk onderwijs op een andere school te laten volgen is ook lastig, vooral als de jongere uit een andere provincie komt. Mw. Cremers kan zich voorstellen dat het voor een jongere moeilijk is om midden in het schooljaar de draad van het lesprogramma op te moeten pakken. Daarbij zal hij/zij midden in een groep terecht komen en het risico dat de jongere hier geen aansluiting bij vindt is groot. Het meest ideaal zou zijn wanneer een jongere de scholing op zijn/haar eigen school hervat.

Ik kan me wel voorstellen dat het voor scholen moeilijk is om deze leerlingen, vaak ook nog midden in een schooljaar, op te vangen. Het probleem is niet zozeer dat iemand midden in een groep terecht komt en geen aansluiting vindt, maar vooral dat hij/zij de draad van het lesprogramma moet oppakken.

Voor Zwolle en omgeving zou de Ambelt het meest geschikt zijn om onderwijs aan de jongeren aan te bieden. Zij geven namelijk scholing aan zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK) en langdurig zieke kinderen (LZK). Het gaat hier meestal om kinderen met een stoornis in het autistisch spectrum, epilepsie en (niet) aangeboren hersenletsel⁶⁹.

Naast de Ambelt is er uiteraard het reguliere onderwijs, waaronder het voortgezet onderwijs en het MBO. Binnen deze twee vormen van onderwijs wordt er gewerkt met zorgadviesteam. Een zorgadviesteam bestaat uit medewerkers van Bureau Jeugdzorg, de Geestelijke Gezondheids Dienst (GGD), instelling voor verslavingszorg Tactus en MEE. Verder is er een maatschappelijk werker en een leerplichtambtenaar aanwezig. In deze teams

worden leerlingen besproken waarbij veel problemen op school naar voren komen. Indien nodig blijkt bij psychiatrische problematiek is er een medewerker van het RIAGG op afroep beschikbaar. Om jongeren binnen deze teams te bespreken moeten de ouders toestemming geven en de jongeren zelf vanaf 16 jaar. Aansluitend zouden cliënten een studie kunnen volgen binnen het Hoger Beroeps Onderwijs (HBO). Een HBO voorziening binnen Zwolle is het Windesheim. De wet op de Gelijke Behandeling verplicht Windesheim maatwerk te leveren aan studenten met een functiebeperking. Binnen deze hogeschool wordt er veel aandacht besteed aan studeren met een functiebeperking, aldus Hetty Soes, decaan vanuit Windesheim. Zo zijn er bijvoorbeeld maatjesprojecten, mogelijkheden voor een jaar extra studiefinanciering en studieloopbaanbegeleiding.

Enkele kanttekeningen bij het aanvragen van een vrijstelling:

- Jongeren worden vanaf het moment dat een vrijstelling in werking treedt uitgeschreven bij hun huidige school. Wanneer een jongere niet ingeschreven staat, betekent dit dat de ouders geen kinderbijslag zullen ontvangen.
- Om bovenstaande reden worden jongeren in Zwolle voor de vorm als werkzoekenden bij het Centrum voor Werk en Inkomen (CWI) ingeschreven. Alleen op deze manier kunnen ouders nog kinderbijslag ontvangen.
- Mw. Cremers wist niet precies hoe bovengenoemde punten opgaan in geval van dubbeldiagnose problematiek (psychiatrische stoornis en verslaving), of hier eventueel speciale regelingen voor bestaan.

6.4 Invulling van leerplicht binnen de bezochte instellingen

Tijdens de verschillende interviews die aan verschillende instellingen zijn afgelegd, ging er onder andere aandacht uit naar de invulling van het onderwijs en daarmee de leerplicht binnen de instellingen. De hieronder aanbod komende informatie komt voort uit deze interviews. Deze informatie is gecontroleerd en goed bevonden door de in hoofdstuk drie genoemde medewerkers.

Afdeling dubbeldiagnose te Raalte

De afdeling dubbeldiagnose van de Zwolse Poort biedt klinische behandeling voor cliënten vanaf 18 jaar met verslavings- en psychiatrische problematiek, oftewel een dubbele diagnose.

De afdeling dubbeldiagnose heeft niet te maken met leerplichtigheid gezien de leeftijd van de cliënten.

Gedurende de behandeling is er wel aandacht voor werk en scholing. Op initiatief van de cliënt kan deze scholing volgen, tevens is er de mogelijkheid tot het opdoen van werkervaring binnen de werkplaats van de Zwolse Poort.

Orthopsychiatrisch centrum InZicht te Nijmegen

De meeste cliënten binnen het academisch centrum zijn ouder dan 18 jaar en hebben niet meer met leerplicht te maken. Daarnaast zijn er de jongere cliënten. De meeste van hen gaan voor opname eigenlijk al niet meer naar school. Vaak is er dan al met regelmaat contact met een leerplichtambtenaar geweest, maar heeft dit niets uitgehaald. Floor Scheepers vertelde ons dat het over het algemeen zo is dat deze jongeren, door hun gedrag, binnen een maand weer geschorst worden op een nieuwe school. Het lukt dus niet deze jongeren aan hun leerplicht te houden, zij kunnen niet op een reguliere school functioneren.

Binnen de behandeling wordt er gewerkt aan de problemen die een cliënt en zijn/haar systeem ervaart. Indien gewenst wordt er samen met een trajectbegeleider gekeken naar een dagbestedinginvulling voor de cliënt. Keuze hierbij kan bijvoorbeeld liggen in werk en/of scholing.

Ter aanvulling op het behandelaanbod, zou Floor Scheepers nog graag zien dat er een algemeen lokaal bijkomt. In dit klaslokaal zouden de jongeren dan die dingen kunnen leren die zij graag zouden willen toepassen in hun verdere leven. Dit zou dan niet ingevuld moeten worden met schoolboeken en dergelijke, maar bijvoorbeeld met computers om informatie op te kunnen zoeken of cursussen te kunnen volgen van andere instellingen, als de Leidse Onderwijs Instelling (LOI).

Breegweestee te Eelde:

De Breegweestee biedt behandeling aan cliënten van 17 tot 30 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek. Omdat de meeste cliënten ouder zijn dan 18 jaar hebben zij weinig te maken met leerplicht. Veelal volgen cliënten voorafgaand aan de behandeling al geen scholing meer. Vaak hebben zij (bij)banen gehad, maar deze zijn veelal stukgelopen door de verslavingsproblematiek.

Binnen de behandeling van de Breegweestee leven de cliënten in een commune. Zij leren op deze manier het huishouden regelen en de tuin te onderhouden. Ook kunnen zij solliciteren op taken als projectleider en gangmaker.

Daarnaast is er de mogelijkheid om binnen de instelling zelfstandig te leren, bijvoorbeeld door middel van een cursus. Initiatief moet hierbij vanuit de cliënt zelf komen. Voor de jongeren onder de 18 jaar is geen extra scholing geregeld.

JellinekMentrum te Amsterdam

De jeugdkliniek van JellinekMentrum biedt tot op heden geen scholing aan. In de toekomst zal onderwijs geïntegreerd worden in de deeltijdbehandeling. Het Altra College is een school voor leerlingen die problemen hebben in de omgang met medeleerlingen, leraren en/of hun ouders, of kampen met psychiatrische problemen en zal dit onderwijs straks gaan verzorgen⁷⁰.

Daarbij zal er contact zijn met de leerplichtambtenaar. Dit in verband met het regelen van 'onthefingen' voor de jongeren, die in verband met hun draagkracht, geen onderwijs zouden kunnen volgen.

Verder richt de behandeling zich op de reïntegratie van de jongeren. Dit betekent dat zij gaan kijken naar werk, scholing en de toekomst. Hiervoor worden onder andere beroepskeuzetesten gemaakt.

Bauhuus te Groningen

De cliënten die binnen het Bauhuus worden opgenomen hebben allen te maken met verslavings- en bijkomende psychiatrische problematiek, in de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar. Deze cliënten zijn dus allen leerplichtig. In de eerste drie fasen van de behandeling mogen de cliënten niet aan onderwijs deelnemen. De reden hierachter is dat zij zich volledig op de behandeling moeten richten. In deze fase krijgen de cliënten ontheffing van de leerplicht.

Vervolgens wordt er in de vierde fase van de cliënten verwacht dat zij geleidelijk voor zichzelf gaan uitzoeken (en er mogelijk ook mee gaan beginnen), hoe zij werk en/of scholing na behandeling zullen gaan invullen. Voor opname gingen de cliënten veelal niet meer naar school. Dit traject in verband met school/werk moet dan ook opnieuw uitgewerkt worden. Op dit moment heeft het Bauhuus contact met het Noorderpoort College, waar de cliënten (in de toekomst) voor een gedeelte van onderwijs terecht kunnen. Door scholing/werk te integreren met de behandeling, kunnen de cliënten thema's waar zij tegen aanlopen uitwerken binnen het Bauhuus en er op die manier iets mee doen.

Woning 3 van Karakter te Zwolle

De cliënten van Woning 3 van Karakter zijn allen jonger dan 18 jaar wat betekent dat zij leerplichtig zijn. Omdat scholing erg belangrijk is voor de cliënten, volgen zij 's morgens onderwijs en hebben zij 's middags therapieën. De cliënten gaan waar mogelijk naar de school, waar zij voorafgaand aan de behandeling onderwijs volgden. In de praktijk blijkt dit goed te werken. Het aantal uren dat zij op school volgen is ingekort (van de hele dag naar ochtenden) in verband met de behandeling. De school (of werkplaats) is dan ook op de hoogte van de behandeling, maar kent (indien niet noodzakelijk) de specifieke details niet.

Woning 3 biedt zelf geen scholing of werkervaring aan maar begeleidt de cliënten wel bij de weg hiernaar toe of de moeilijkheden waar zij tegen aan lopen.

6.5 Conclusie

Gezien de leeftijd van de cliënten, welke behandeling zullen volgen binnen de toekomstige kliniek voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, moet er rekening gehouden worden met de leerplichtigheid. De cliënten zijn opgenomen wegens verslavings- en psychiatrische problematiek. Vooral door de abstinentieverschijnselen in de eerste periode van de behandeling zou er geen scholing gevolgd kunnen worden. Het is van belang dat de cliënten, met name in deze eerste periode, de volledige aandacht op de behandeling kunnen richten zonder daarbij na te denken over scholing (in combinatie met werk). Dit omdat de draagkracht van de cliënten in die periode hier niet groot genoeg voor zal zijn.

Tijdens deze eerste periode zal er een ontheffing voor de cliënten aangevraagd moeten zijn. Op het moment dat de draagkracht van de cliënten in een dergelijke mate is gegroeid dat hij/zij naast de behandeling scholing kan volgen, zal hiervoor actie ondernomen moeten worden. Scholing is in de leeftijdsfase van de cliënten een belangrijk onderdeel van hun ontwikkeling, hun dagbesteding en de toekomst. Door hier binnen de behandeling aandacht aan te besteden, kunnen cliënten eventuele knelpunten bespreken en hier actie op ondernemen.

Daarbij is de overgang van klinische behandeling terug naar de maatschappij minder groot.

Om de integratie tussen klinische behandeling en scholing (in combinatie met werk) te bevorderen, zal Zwolse Poort contacten met dergelijke instellingen moeten aangaan om, aldaar cliënten onderwijs te laten volgen of, om docenten binnen de klinische behandelsetting aan te nemen. Het onderwijsaanbod zal kunnen bestaan uit basisvakken als, Nederlands, Algemene vorming en Engels. Gezien de mogelijke ontwikkelingsachterstand van de cliënten zal hier het meeste aandacht naar uit gaan, echter blijft dit vanzelfsprekend maatwerk.

Mogelijk komen de cliënten voor behandeling binnen de dubbeldiagnose kliniek uit heel Nederland. Dit maakt dat een gedeelte van de cliënten het onderwijs niet zal kunnen voortzetten in hun woonplaats. Om die reden zal het wenselijk zijn onderwijs binnen de instelling aan te bieden. Cliënten hoeven dan niet te pendelen tussen de instelling en hun onderwijsinstelling of opnieuw in een ander sociaal systeem terecht te komen.

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de eindconclusie weergegeven van het afstudeerproject. Allereerst wordt er in de samenvatting een antwoord gegeven op alle deelvragen, zoals deze te vinden zijn in dit document. Deze worden gevolgd door enkele adviezen aan Zwolse Poort welke tijdens het onderzoek naar voren zijn gekomen. Vervolgens is er een eindconclusie geschreven, aan de hand van de antwoorden op de deelvragen. Hierbinnen wordt teruggeblikt op de projectopdracht en beschreven waarom de doelstelling behaald is.

7.2 Samenvatting

Voorafgaand aan het afstudeerproject is de volgende probleemstelling geformuleerd: *er is onvoldoende kwaliteit van hulpverlening voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek doordat de methodiek onvoldoende aansluit*. Daarop aansluitend is er gewerkt met de volgende doelstelling: *Het verbeteren van de kwaliteit van hulpverlening aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek*.

De projectopdracht luidde als volgt: *Onderzoek voor Zwolse Poort, welke methodiek en de daarbij behorende therapieën en disciplines, het meest passend zullen zijn voor het behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek binnen de klinische behandelsetting welke in 2009 te Zwolle gevestigd zal zijn*.

Binnen deze samenvatting worden de antwoorden op alle vooraf geformuleerde deelvragen, in hun context gegeven. Hiermee zijn de conclusies van dit document in deze samenvatting geïntegreerd tot één geheel. Om de nadruk te leggen op de daadwerkelijke antwoorden op de deelvragen zijn deze geaccentueerd.

Wat zijn de kenmerken en doelstellingen van Zwolse Poort?

Zwolse Poort is een instelling voor geestelijke gezondheidszorg te West-Overijssel. De medewerkers binnen deze instelling zetten zich in, vanuit hun specialistische deskundigheid en ervaring, voor mensen met psychische problemen en psychiatrische stoornissen. Respect en specifieke vragen en behoeften van de cliënt staan in de behandeling en zorg steeds centraal. Hierbij is het doel mensen in staat te stellen een zo normaal mogelijk leven te leiden, zo veel mogelijk regie over hun eigen leven te voeren en zo volwaardig mogelijk te functioneren in de eigen omgeving.

Medio 2009 zal Zwolse Poort een nieuwe afdeling openen voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. Op dit moment zijn er in Nederland te weinig mogelijkheden voor behandeling van deze doelgroep. Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zal er plaats zijn voor zestien jongeren.

Wat is kenmerkend voor de doelgroep, welke behandeld zal worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting?

De cliënten welke behandeld zullen worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting hebben allen te maken met dubbeldiagnose problematiek. Daarbij zijn zij in de leeftijd van 14 tot 18 jaar en hebben zij daardoor te maken met de puberteit.

In het kader van dit onderzoek houdt het begrip dubbeldiagnose het volgende in: het tegelijkertijd aanwezig zijn van verslavings- en psychiatrische problematiek bij één persoon, onafhankelijk of deze naast of in interactie met elkaar zijn ontstaan.

Naast de dubbeldiagnose problematiek zal er bij de jongeren veelal sprake zijn van problematieken op alle levensgebieden, hierbij te denken aan maatschappelijke, culturele, sociale, biologische en cognitieve problemen.

Waar moet een methodiek voor het klinisch behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek aan voldoen?

Om tot een onderbouwde methodiek te komen voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek zal er aan de volgende eisen voldaan moeten worden:

- structuur en duidelijkheid;
- het stellen van grenzen;

- ingaan op alle levensgebieden;
- aandacht voor verslavingsgedrag;
- aandacht voor psychiatrische problematiek;
- aandacht voor puberteit;
- aandacht voor ontwikkelingsachterstanden;
- gestreefd worden naar een evenwicht in draagkracht en draaglast van de cliënten;
- behandelaars moeten overzicht bieden aan de cliënt en zijn of haar systeem;
- cliëntgericht en vraaggestuurd en
- aandacht voor mentaliseren.

Op welke wijze voldoen de methodieken van de bezochten instellingen aan de gemiddelde draagkracht en draaglast van de cliënten?

In hoofdstuk drie wordt per instelling antwoord gegeven op bovenstaande vraag. In deze conclusie wordt er ingegaan op de draagkracht en draaglast binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbel diagnose problematiek.

In het begin van de behandeling zal de draagkracht van de toekomstige cliënten van de klinische behandelsetting laag zijn. Zij starten met een detoxificatieperiode en kiezen daarna mogelijk voor vervolgbehandeling. Door middel van opname zal de draaglast van een cliënt afnemen. Daarentegen zal de draagkracht van de cliënt gedurende de behandeling juist toenemen want maakt dat de cliënt weer meer draaglast aan kan. Bij de keuze van een methodiek is rekening gehouden met deze omslag in draagkracht en draaglast. Doordat er sociotherapeutisch gewerkt wordt kan de groep nieuwe cliënten in het begin 'dragen'. Zij zorgen ervoor dat een nieuwe cliënt geleidelijk aan kan gaan deelnemen aan het groepsproces en daarbij taken op zich kan nemen, passend bij zijn of haar draagkracht.

Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zullen er twee contra-indicaties zijn, namelijk:

- Een lager IQ dan 75 (in verband met inzicht in de eigen problematieken en behandeling).
- Psychiatrische problematiek welke dusdanig op de voorgrond staat, dat er geen behandeling aan verslaving mogelijk is, bijvoorbeeld een floride psychose.

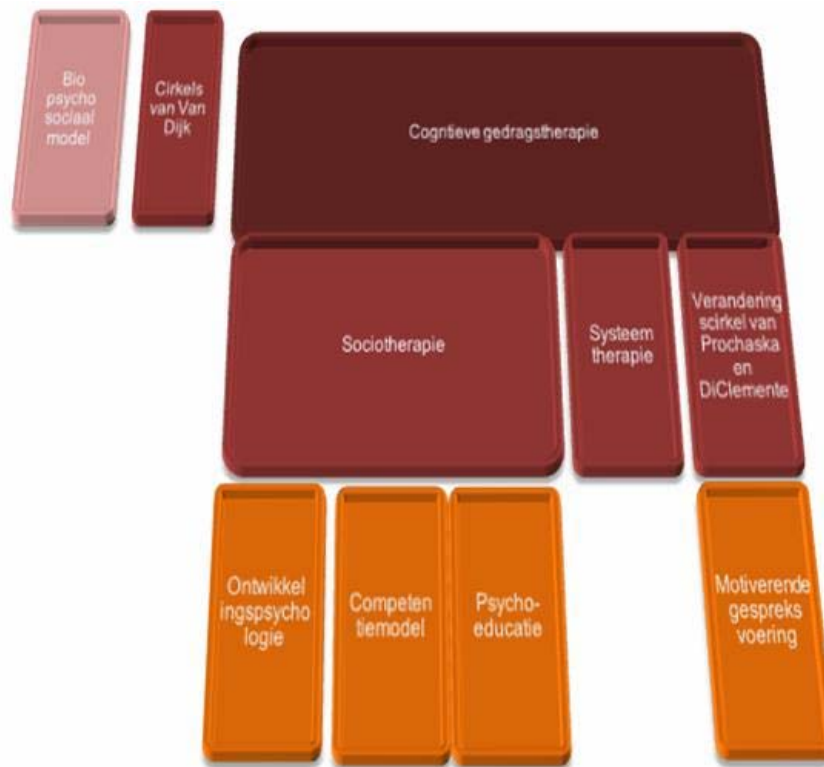
Over welke competenties dient het personeel te beschikken om de genoemde methodiek te kunnen organiseren, implementeren en verantwoorden?

Het personeel dat in de toekomst met het methodiekmodel zal gaan werken moet beschikken over een aantal competenties. De medewerkers moeten structurerend op kunnen treden en daarnaast (later in de behandeling) de eigen verantwoordelijkheid bij de cliënt laten. Op die manier zullen de cliënten zo goed mogelijk kunnen resocialiseren. Zij moeten kennis hebben van ontwikkelingspsychologie, psychopathologie, psychofarmaca, groepsdynamica en systeembenadering, gezien dit aansluit op de doelgroep en het methodiekmodel. Daarbij moeten zij doelgericht en systematisch kunnen werken en aandacht hebben voor het individuele proces van een cliënt. Om behandeling zoveel mogelijk aan te laten sluiten is het van belang dat zij de hulpvragen van de cliënt kunnen omzetten in het volgen van modules.

Het is van essentieel belang dat de medewerkers beschikken over de kennis van het methodiekmodel en de visie hierachter. Deze moeten zij kunnen organiseren, ver(ant)woorden en implementeren in de dagelijkse praktijk. Op die manier zijn de medewerkers zich bewust van hun wijze van handelen ten opzichte van de cliënt als het team, en kan er gestreefd worden naar een zo hoog mogelijk kwalitatief niveau van hulpverlening.

Welke methodiek is het meest passend voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, en wat is de motivatie hierachter?

Uit het onderzoek wat gedurende de maanden november 2007 tot juni 2008 is uitgevoerd voor Zwolse Poort, is het volgende methodiekmodel tot stand gekomen:



Ten grondslag aan dit methodiekmodel ligt het biopsychosociaal model, wat gebruikt wordt om aan te geven dat biologische, psychische en sociale factoren, een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijke problematiek en/of herstel daarvan. Aansluitend adviseren wij dit model praktisch vorm te geven middels de cirkels van Van Dijk. Deze methode is gebaseerd vijf cirkels die elkaar wederzijds beïnvloeden, te noemen: stof, lichamenlijk, farmacologisch, psychisch en sociaal. De problematieken die voortkomen uit de combinatie van dubbeldiagnose problematiek met de puberteit, maken dat behandeling op alle levensgebieden van een cliënt dient in te spelen.

De basis van het methodiekmodel bestaat uit de **cognitieve gedragstherapie**. Deze methode gaat er vanuit dat er een interactie bestaat tussen gevoelens, gedrag, sociale factoren, cognities en omgevingsinvloeden.

Psychische problemen worden volgens deze methode veroorzaakt door cognitieve en gedragsfactoren. Door cognitieve gedragstherapie als basis te stellen van de behandeling zullen de cliënten gebruik kunnen maken van een concreet en gestructureerd behandelklimaat. Zij zullen leren gevoelens, gedachten en gedrag in interactie met elkaar te zien, en hoe zij deze kennis in de maatschappij kunnen toepassen.

Zoals in het methodiekmodel weergegeven wordt, is de cognitief gedragstherapeutische basis verder uitgebouwd door de methoden **sociotherapie**, **systeemtherapie** en de **veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente**.

Door gebruik te maken van de methode sociotherapie wordt het leefmilieu van de groep jonge cliënten methodisch gehanteerd, gericht op de behandoelen van deze groep. Daarbij wordt de groep opgevat als een middel om de behandoelen van de individuele cliënt te bereiken. Door de jonge cliënten binnen de oefensituatie van het vervangende sociale systeem, op een cognitief gedragstherapeutische wijze te benaderen, leren zij hun eigen gevoelens, gedachten en gedragingen kennen en daarbij rekening te houden met die van anderen. Zij leren daardoor op een gezonde manier in sociale systemen te functioneren. Binnen de sociotherapeutische groep wordt behandeling aangeboden middels het **competentiemodel**, de **ontwikkelingspsychologie**, en **psycho-educatie**. De methode psycho-educatie verwijst naar een reeks educatieve of opvoedkundige interventies om, mensen te leren omgaan met hun beperkingen. Dit door middel van kennis over de beperkingen, vaardigheden in de omgang en vertrouwen in de verwerking. De methode ontwikkelingspsychologie kan hierbij gebruikt worden om vragen te beantwoorden omtrent

verslavingsproblematiek, psychiatrische problematiek, de puberteit en ontwikkelingsachterstand vanuit de cliënt

en/of zijn of haar systeem. Het competentiemodel maakt mensen sterker en weerbaarder voor alle problemen in het dagelijks leven, door het uitbreiden van iemands vaardigheidsrepertoire. Door in de puberteit te leren omgaan met een psychiatrische stoornis en andere vormen van draaglast, kunnen de jonge cliënten leren hier met een draagkracht op in te spelen. De twee competenties, vaardigheden en ontwikkelingstaken, zullen op die manier met elkaar in evenwicht zijn, waardoor de cliënten nu en in de toekomst kunnen functioneren in de maatschappij. Het betrekken van het sociale systeem is gezien de doelgroep van belang. Daarom is er gekozen om systeemtheorie op te nemen in het methodiekmodel. Binnen deze methode wordt individuele problematiek gekoppeld met relationele problematiek. Systeemtheorie richt zich op het geven van nieuwe betekenissen aan de gebeurtenissen in je leven en op het uitlokken van relationele betrouwbaarheid. De veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente gaat er vanuit dat gedragsverandering niet vanzelf gaat omdat mensen vaak gehecht zijn aan hun manier van handelen. Het veranderen van gedrag verloopt volgens een aantal stadia. Aansluitend op deze methode zou **motiverende gespreksvoering** toegepast moeten worden. Door middels deze methode in te spelen op de verschillende veranderingsstadia van een cliënt, kunnen behandelaars er zorg voor dragen dat externe motivatie bij een cliënt plaats maakt voor interne motivatie. Hierdoor kan gedragsverandering daadwerkelijk plaats vinden.

Is het noodzakelijk dat het sociale systeem van een cliënt, binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort, betrokken wordt bij de behandeling, en hoe zou dit geïntegreerd kunnen worden met behandeling? Gezien de leeftijd van de cliënten en de mate waarop zij veelal nog afhankelijk zijn van hun gezin (van herkomst), is middels dit onderzoek naar voren gekomen dat het noodzakelijk is dat het sociale systeem van een cliënt betrokken wordt bij de behandeling. Om een goede kwaliteit van hulpverlening mogelijk te maken voor deze doelgroep, zal dit onder andere door middel van **systeemtherapie** invulling moeten krijgen. Ouders, broers, zussen en andere systeemleden van een cliënt zullen uitgenodigd moeten worden voor systeemgesprekken, om de balans (welke veelal verstoord is) in een systeem te kunnen herstellen. Daarbij zouden er belavonden, visitemogelijkheden, familieavonden, brusjes middagen en vormen van psycho-educatie georganiseerd moeten worden. Om te voorkomen dat de cliënt en/of het systeem terugvalt in oude patronen of manier van communiceren, is het van belang hier binnen de behandeling aandacht aan te besteden. Goede behandeling aan deze doelgroep kan niet uitgeoefend worden, zonder het sociale systeem te betrekken bij de behandeling.

80

Welke therapieën en disciplines zouden binnen de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar ingezet moeten worden, aansluitend op de methodiek?

Door middel van de interviews en de werkbezoeken aan verschillende instellingen binnen de verslavingszorg en (kinder- en jeugd)psychiatrie, kunnen wij concluderen dat een **modulaire vorm van therapieën aansluit op behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek**. Door naast een vast therapieaanbod modulair te werken, kan het team in samenwerking met de cliënt behandeling aanpassen op zijn of haar wensen, mogelijkheden en doelen. Op die manier wordt de cliënt zo intensief mogelijk bij zijn of haar behandeling betrokken, waardoor de zelfstandigheid wordt vergroot en een appél wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid.

In de praktijk is gebleken dat **non-verbale therapieën** met name aansluiten op jonge cliënten. Om deze reden zullen er voldoende non-verbale therapeuten aangenomen moeten worden. Daarbij is het noodzakelijk dat in ieder geval de volgende disciplines aanwezig zullen zijn binnen de klinische behandelsetting:

- Kinder- en jeugdpsychiater
- Verslavingsarts
- Psycholoog

Om invulling te geven aan het methodiekmodel zullen de volgende disciplines in ieder geval aangenomen moeten worden:

- Systeemtherapeut(en)
- Sociotherapeuten (GGZ-agogen en verpleegkundigen)

In hoofdstuk 5.5 is een volledig overzicht te vinden met betrekking tot de disciplines welke binnen de toekomstige klinische behandelsetting aanwezig zouden moeten zijn. Daarnaast staat er in een overzicht beschreven welke modules, met welke doel door de verschillende disciplines verzorgd kunnen worden.

Wat is de meerwaarde van de GGz-agoog binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort?
Terugkijkend naar de competenties waaraan een medewerker van de toekomstige klinische behandelsetting moet voldoen, sluit de discipline GGz-agoog hierop aan. De SPH'ers uit deze beroepsgroep besteden veel aandacht aan (het ontwikkelen van) methodieken en sociale en organisatorische vaardigheden, waarmee een hulpverlener in teamverband binnen complexe organisaties kan werken. De GGz-agoog wordt daarbij automatisch geschoold in kennis van groepsdynamica en systeembenadering, gevorderde kennis van psychopathologie en basiskennis van psychofarmaca, waar dit bij SPH studenten van het reguliere traject ontbreekt. Verpleegkundigen zullen over meer kennis van psychofarmaca beschikken, maar minder omtrent groepsdynamica en systeembenadering.

Een GGz-agoog legt het accent op de sociaal maatschappelijke context van een cliënt wat van wezenlijk belang is om te werken binnen de psychiatrie en verslavingszorg. Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat met name bij de doelgroep van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek het betrekken van de sociale context van belang is om te kunnen sterven naar kwalitatieve behandeling. GGz-agogen zijn zich bewust van processen in overdracht en tegenoverdracht en leggen de nadruk op de sterke kanten en het niet-zieke deel van een cliënt. GGz-agogen zijn hier beter in geschoold dan SPH studenten van het reguliere traject en verpleegkundigen. Binnen de toekomstige klinische behandelsetting zou er gewerkt moeten worden met een combinatie van GGz-agogen en verpleegkundigen om gebruik te kunnen maken van ieders expertise.

Samenvattend betekent dit dat de GGz-agoog over kennis en kunde beschikt om in het GGz werkveld te werken. GGz-agogen kunnen direct aan de slag als sociotherapeut en zijn door hun specialisatie een meerwaarde binnen een multidisciplinair team. Vanuit hun agogische visie en therapeutische relatie met de cliënt, dragen zij bij aan het ontwerpen van een individueel passend behandelprogramma voor de cliënt.

Wat zijn de mogelijkheden voor ontheffing uit de leerplicht, voor jongeren van 14 tot 18 jaar, en waar moet bij klinische behandeling rekening mee gehouden worden?

Voor de jongeren, welke behandeld zullen worden binnen de toekomstige klinische behandelsetting van Zwolse Poort, is het mogelijk om een vrijstelling te krijgen. De reden hiervoor is dat zij vanwege psychiatrische problematiek op het moment van klinische opname niet in staat zijn onderwijs te volgen. Omdat het volgen van onderwijs in de levensfase van de cliënten van belang is, zal Zwolse Poort moeten onderzoeken hoe en of zij onderwijs gaan aanbieden. Dit kan bijvoorbeeld door scholing op te nemen in het behandelprogramma of door ervoor te kiezen cliënten extern scholing te laten volgen. Ook kunnen zij ervoor kiezen tijdens de klinische behandeling geen scholing aan te bieden, maar dit bijvoorbeeld te combineren met dagbehandeling.

81

7.3 Adviezen

Na aanleiding van dit onderzoek, zijn er nog enkele adviezen te geven aan Zwolse Poort.

Doordat het tot stand gekomen methodiekmodel nog niet is geïmplementeerd binnen een instelling, kunnen wij niet garanderen dat deze, gezien de verschillende visies achter de geïntegreerde methoden, werkbaar is in de praktijk. Als advies geven wij dan ook mee het werken met dit methodiekmodel met regelmaat te evalueren zodat er, daar waar nodig, aanpassingen gemaakt kunnen worden. Een mogelijkheid is dat er nieuwe methoden geïntegreerd worden binnen dit model, omdat dit in de praktijk voor behandeling nodig blijkt of zich nieuwe ontwikkelingen binnen de samenleving omtrent de doelgroep voordoen.

Om zorg te dragen voor de kwaliteit van hulpverlening is het van belang dat medewerkers voldoende op de hoogte zijn van de inhoud van het methodiekmodel. Op die manier wordt het model binnen een multidisciplinair team gedragen en worden de cliënten op een eenduidige manier bejegend. Hiervoor is ons advies om met regelmaat intervisie momenten omtrent het werken met het methodiekmodel, aan te bieden binnen de instelling. Onderwerpen waar medewerkers in de praktijk tegenaan lopen kunnen hier ingebracht en besproken worden. Ten aanzien van de invulling van het therapieaanbod en bijbehorende disciplines adviezen wij hierbinnen een nadruk te leggen op non-verbale therapieën, gezien in de praktijk gebleken is dat met name deze vormen van therapie aansluiten op jonge cliënten. Daarnaast zal er een nader onderzoek gedaan moeten worden over de invulling van disciplines en modules, zoals deze in dit document is weergegeven. Aansluitend adviseren wij er rekening mee te houden dat de jonge cliënten veelal uit samengestelde gezinnen komen. Om die reden zal er een dubbel aantal uren voor systeemtherapie vrij moeten worden gemaakt.

Omtrent de invulling van scholing (en werk) zal Zwolse Poort nader onderzoek moeten verrichten. Hierbij moet er een afweging gemaakt worden of en hoe Zwolse Poort hier invulling aan gaat geven, waarbij er rekening gehouden moet worden met de periode na klinische behandeling waarin de cliënten veelal weer terug zullen keren naar hun eerdere onderwijsinstelling.

7.4 Beschouwende terugblik

Terugkijkend op dit afstudeerproject, de doelstelling en de projectopdracht kunnen wij concluderen dat wij erg tevreden zijn over dit eindresultaat.

De doelstelling welke wij aan het begin van het project geformuleerd hebben was:

Het verbeteren van de kwaliteit van hulpverlening aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, door het ontwikkelen van een specifieke methodiek gericht op deze doelgroep.

Door het bezoeken van de verschillende instellingen binnen de verslavingszorg en (kinder- en jeugd)psychiatrie hebben wij kennis gemaakt met het gebruik van verschillende methodieken in de praktijk. Deze kennis hebben wij geïntegreerd met literatuur waardoor wij de projectopdracht hebben uitgevoerd:

Onderzoek voor Zwolse Poort, welke methodiek en de daarbij behorende therapieën en disciplines, het meest passend zullen zijn voor het behandelen van jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek binnen de klinische behandelsetting welke in 2009 te Zwolle gevestigd zal zijn.

Hier uit voortkomend hebben wij een methodiekmodel ontworpen welke aan de basis zal staan voor klinische behandeling aan jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek. In dit model zijn tien methoden opgenomen namelijk: het biopsychosociaal model; de cirkels van Van Dijk; cognitieve gedragstherapie; sociotherapie; ontwikkelingspsychologie; competentiemodel; psycho-educatie; systeemtherapie; de veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente en motiverende gespreksvoering. Deze methoden vormen gezamenlijk het methodiekmodel, en voldoen aan de eisen welke aan het begin van het project gesteld zijn.

Aansluitend hebben wij voor Zwolse Poort onderzoek gedaan naar het betrekken van het sociale systeem binnen de klinische behandeling, de mogelijkheden voor invulling van de leerplichtigheid van de cliënten en de mogelijke invulling van het therapie aanbod met bijbehorende disciplines.

Slotwoord

Het uitvoeren van dit afstudeerproject is voor ons een leerzame en uitdagende ervaring geweest. Het heeft ons de kans gegeven om ons verder te profileren tot beginnend beroepsagoog in de Geestelijke Gezondheidszorg. Wij willen daarom van deze gelegenheid gebruik maken om Zwolse Poort te bedanken voor de mogelijkheid om binnen hun instelling af te studeren, in het bijzonder Patricia van Wijngaarden-Cremers voor haar functie als opdrachtgever binnen dit onderzoek.

Tevens willen wij Linda Geerars en Han Dekker bedanken voor de begeleiding rondom het afstudeerproject. Zij hebben ons onder andere zicht gegeven op de logica en structuur in dit projectverslag.

In het kader van het onderzoek willen wij de medewerkers van de zes bezochte instellingen bedanken voor de mogelijkheid tot het afnemen van interviews, te noemen:

Daniëlle Drenth en Co Beers, afdeling dubbeldiagnose van Zwolse Poort te Raalte
Floor Scheepers, Orthopsychiatrisch centrum InZicht van Karakter e.a. te Nijmegen
Gerjan Timmerman, Breegweestee van Verslavingzorg Noord Nederland te Eelde
Minisymposium van JellinekMentrum te Amsterdam
Eric de Vos, Bauhuus van Verslavingszorg Noord Nederland te Groningen
Karen Weertman, Woning 3 van Karakter te Zwolle

Dankzij de medewerking van deze medewerkers was het mogelijk dit onderzoek uit te voeren.

Ook willen wij Hetty Cremers, leerplichtambtenaar van de gemeente Zwolle bedanken voor de informatie die zij ons tijdens het interview gegeven heeft.

Als laatste willen wij de medewerkers van de Verslavingskliniek van Zwolse Poort bedanken voor de mogelijkheid die zij ons hebben geboden om een dag mee te draaien op de afdeling. In het bijzonder Koert Linde, omdat wij mede dankzij hem dit project uit hebben kunnen voeren, zicht hebben gekregen op de doelgroep en het werken binnen deze afdeling.

83

Wij hopen middels dit onderzoek een zinvolle bijdrage te hebben geleverd aan de opzet van de toekomstige klinische behandelsetting voor jongeren van 14 tot 18 jaar met dubbeldiagnose problematiek, zodat de kwaliteit van hulpverlening voor deze doelgroep vergroot kan worden.

Zoë Spin en Maurice Compagner
Juni 2008

Definities meest voorkomende begrippen

Hieronder volgt een overzicht met een definitie of uitleg van de meest voorkomende begrippen uit dit onderzoek. Het betreft hier begrippen die nog niet eerder beschreven zijn.

<i>Clïënt</i>	Iemand die van de diensten van een advocaat, notaris, psychotherapeut, maatschappelijk werker en dergelijke gebruikmaakt in zijn verhouding tot deze ² .
<i>Patiënt</i>	Iemand die medische hulp nodig heeft ² . In het kader van het afstudeerproject zal gesproken worden over cliënten omdat hierbij minder de nadruk ligt op het 'zieke deel' van de persoon.
<i>Klinische behandelsetting</i>	Hierbij gaat het om een behandeling waarbij de cliënt vierentwintig uur per dag opgenomen wordt.
<i>Methodiek</i>	Geheel van de te volgen methoden ² .
<i>Methoden</i>	Vaste, weldoordachte werkwijze om een bepaald doel te bereiken ² .
<i>Draagkracht</i>	Draagkracht is datgene wat iemand kan hebben, zijn prestatie- en/of uithoudingsvermogen. Draagkracht van mensen kent een lichamelijk en een geestelijk aspect en hangt af van vele wisselende omstandigheden. Draagkracht is om die reden dus geen vast gegeven maar wisselt in de loop van de tijd.
<i>Draaglast</i>	Draaglast is het totaal aan eisen dat aan iemand word gesteld. Deze eisen kennen lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke aspecten. Draagkracht en draaglast moeten in evenwicht met elkaar zijn. Wanneer men een grotere draagkracht (geestelijk en lichamelijk sterk, voldoende sociale steun) heeft dan een draaglast, is er sprake van een reservecapaciteit. Als de draaglast (verplichtingen als werk, gezin en in de vrije tijd, levensgebeurtenissen, problemen) groter is dan de draagkracht, is het voor een persoon moeilijker om te functioneren in de maatschappij.
<i>Therapieën</i>	Methode om aan de genezing van zieken te werken ² . In het geval van de behandeling van jongeren van 14 tot 18 jaar met een dubbele diagnose gaat dit om therapieën ter behandeling van verslavings- en psychiatrische problematiek.
<i>Disciplines</i>	Met disciplines worden de verschillende therapeuten en hulpverleners die de therapieën en behandeling mogelijk maken bedoeld.
<i>Leerplicht</i>	Wettelijke verplichting tot het volgen van onderwijs ² .
<i>Sociaal systeem</i>	Verzameling van elementen die met elkaar in verbinding staan. Verandert er iets in een element van het systeem, dan verandert er ook iets in de andere elementen. De krachten binnen een systeem moeten in evenwicht zijn wil het op een positieve wijze functioneren. Grotere of kleinere netwerken van mensen die samen de elementen vormen om met elkaar iets te doen wat het systeem rechtvaardigt ¹⁵ .
<i>Gebruikersvrienden</i>	De personen waar een middelenafhankelijk persoon contact mee heeft, en welke veelal ook middelenafhankelijk zijn of dealen in deze middelen. Het contact staat dan ook altijd in het teken van gebruik en kan dit in stand blijven houden.
<i>Resocialisatie</i>	Herintegratie in de eigen of een nieuwe sociale omgeving ¹⁶ .

Bronnenlijst

- ¹ www.zwolsepoort.nl/
- ² American psychiatric association, 1998. *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*. Washington DC
- ³ www.vandale.nl
- ⁴ <http://mens-en-gezondheid.infonu.nl/verslaving/2477-alcohol-en-drugs.html>
- ⁵ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Psychiatrie>
- ⁶ Prof. Dr. W. Vandereycken, Prof. Dr. C.A.L. Hoogduin e.a., 2004. *Handboek psychopathologie deel 1 basisbegrippen*. Basisbegrippen deel 1 Vandereijcken. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- ⁷ http://nl.wikipedia.org/wiki/Psychische_aandoening
- ⁸ Wijngaarden, P, van, april 2006. *Voorkom dubbele ellende*. SoziO nummer 69.
- ⁹ Dom, G, 1999. *Dubbeldiagnose*, als verslaving en psychische problemen samengaan. Berchem, EPO vzw.
- ¹⁰ Craeynest, P, 2002. *Focus op gedrag, inleiding in de algemene psychologie of functieleer*. Leuven, Acco.
- ¹¹ Verhulst F.C & Verheij, F, 2000. *Adolescentenpsychiatrie*. Assen, Van Gorcum.
- ¹² Appelo, M, 1999. *Van draaglast naar draagkracht*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- ¹³ Monshouwer, K e.a., 2004. *Jeugd en riskant gedrag: kerngegevens uit het peilstationonderzoek 2003: roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf 10 jaar*. Utrecht, Trimbos-instituut.
- ¹⁴ <http://horst.sp.nl/bericht/7745/060519-gokverslaving.html>
- ¹⁵ Bree, J. de, 1995. *Sociaal pedagogische hulpverlening, Profileren van de specifieke deskundigheid*. Baarn, Nelissen B.V.
- ¹⁶ <http://www.ggze.nl/Zorginformatie/Info-ABC/R/resocialisatie.htm>
- ¹⁷ <http://www.echoecho.nl/echobestanden/Het%20biopsychosociaal%20model.pdf>
- ¹⁸ Bleijenburg, D & Touw, M, 2006. *Visie Document, Afdeling Dubbel Diagnose*. Zwolse Poort
- ¹⁹ http://nl.wikipedia.org/wiki/Vicieuze_cirkels_van_Van_Dijk
- ²⁰ <http://www.vansanten.com/projectaadoc/cirkels/>
- ²¹ http://doca.nigz.nl/transtheoretisch_model.pdf
- ²² http://www.steunpunt.be/_steunpunt/Documents/www.steunpunt/Thema/Thuisloos/Toolkit_teksten_herankering/03_Handout_Achtergrondinformatie_Motiverende%20gespreksvoering.doc
- ²³ Staak, C.P.F. van der, & Keijsers, G.P.J. e.a., 1999. *Motivering voor gedragsverandering*. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- ²⁴ <http://www.bap.nl/docs/nieuwsbrief8.pdf>
- ²⁵ Miller, W.R. & Rollick, S, 2006. *Motiverende gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Gorinchem, Ekklesia
- ²⁶ <http://www.ypsilonzeeuwsvlaanderen.net/boksband.html>
- ²⁷ <http://www.schizofrenieplein.nl/hulp/nieuws/yn50/noorddag.htm>
- ²⁸ Bruinsema, M, & Boon, A, 2001. *Orthopsychiatrie, (be)handelbare jongeren? Eindrapport van vier jaar in de fjord*. Amsterdam, SWP.
- ²⁹ Scheepers, F, & Weijden, A, van der e.a. *Behandelaanbod academisch centrum voor orthopsychiatrie Nijmegen; een samenwerking tussen GGZ Nijmegen, de Pompestichting en Karakter*.
- ³⁰ <http://www.eenveiligamsterdam.nl/files/file.php?id=383>
- ³¹ http://www.jeugdzorgdrenthe.nl/pdf/folder_FFT.pdf
- ³² Slot, N.W. & Spanjaard, H.J.M., 2004. *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg, hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuis*. Baarn, HB uitgevers.
- ³³ Bassant, J & Roos, S, de, 2003. *Methoden voor sociaal-pedagogisch hulpverleners*. Bussum, Coutinho.
- ³⁴ <http://www.nji.nl/publicaties/jeugdzorg/2003-Boendermaker-eff.pdf>
- ³⁵ *De Breegweestee, klinische behandeling op maat voor jongeren*. Verslavingszorg Noord Nederland, 2008.
- ³⁶ <http://www.solution-focused.nl/tools/index.htm>
- ³⁷ Weerman, A, 2006. *Zes psychologische stromingen en één cliënt: theorie en toepassing voor de praktijk van SPH en MWD*. Soest, Nelissen.
- ³⁸ Jackson, P.Z. & McKergow, M, 2002. *Oplossingsgericht denken*. Zaltbommel, Thema.
- ³⁹ <http://www.ad.nl/diagnose/article1724056.ece>
- ⁴⁰ <http://www.vgct.nl/index.jsp?ACTION=GOCOMBO&MID=901#1>

- ⁴¹ Simons, G (red.) 2002. *Cognitieve gedragstherapie, handleiding voor de praktijk*. Baarn, HB uitgevers.
- ⁴² Jacobs, G, 2001. *Uit de knoop, rationeel-emotieve therapie en andere cognitieve gedragstherapieën bij kinderen en adolescenten*, Houten, Bohn Stafleu Van Loghum.
- ⁴³ Minisymposium JellinekMentrum, PowerPoint Presentaties, februari 2008, Amsterdam.
- ⁴⁴ Vos, E, de & Bos, L, 2006. *De puberteit als tweede kans, theoretische onderbouwing en behandelvisie van het Bauhuus*. Groningen, Verslavingszorg Noord Nederland.
- ⁴⁵ Herzberg, P, & Tol, N, van, 2001. *Sociotherapie*. Bussum, Coutinho
- ⁴⁶ <http://www.sociotherapie.nl/soc02.htm#alg>
- ⁴⁷ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Sociotherapie>
- ⁴⁸ <http://universiteitsmuseum.colobasicorange.nl/collecties/uumuseum-tabbot.asp?tab=meerinfo&itemid=236&collectie=34>
- ⁴⁹ <http://www.ccgt.nl/pagina2.htm>
- ⁵⁰ <http://www.gidsdwo.nl/therapieen/gedragstherapie.htm>
- ⁵¹ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Ontwikkelingspsychologie>
- ⁵² Beemen, L, van, 2006. *Ontwikkelingspsychologie*. Groningen, Wolters-Noordhof
- ⁵³ Craeynest, P, 2005. *De levensloop van de mens; inleiding in de ontwikkelingspsychologie*. Leuven, Acco.
- ⁵⁴ <http://www.eqiq.nl/objectrelaties.ppt#>
- ⁵⁵ <http://www.psychologenassociatie.be/Systeemtherapie.htm>
- ⁵⁶ <http://www.systeemtheorie.nl/systeemtheorie.php>
- ⁵⁷ www.ggzbeleid.nl/pdfjeugd/zorg/28168nr1.pdf
- ⁵⁸ Vermeulen, P, 2001. *Ik ben speciaal II*. Berchem, EPO.
- ⁵⁹ <http://nl.wikipedia.org/wiki/Psycho-educatie>
- ⁶⁰ Gaag, R.J, v.d, 2007. *Prevalentie cijfers Problemen en Diagnoses bij Kinderen en Jeugdigen*
- ⁶¹ Biemans, R. *Kennismaking met de systeemtheorie* (Verbreedende Minor Verslavingszorg, onderdeel Sociale verslavingszorg en Jeugd, Windesheim)
- ⁶² Breegweestee. *De kwetsbare relatie tussen verslavingskliniek, en het systeem van de opgenomen verslaafde: Hoe kun je daar mee omgaan?* (Verbreedende Minor Verslavingszorg, onderdeel Sociale verslavingszorg en Jeugd, Windesheim)
- ⁶³ Deel III, De omgeving.pfd (Verbreedende Minor Verslavingszorg, onderdeel Sociale verslavingszorg en Jeugd, Windesheim)
- ⁶⁴ <http://www.ru.nl/socpsy/>
- ⁶⁵ <http://www.pedagogiek.net/content/artikel.php?contentID=1790&name1=tweede&name2=derde&name3=vierde§ieNR=§ie=&haalsectie=&haalsectie2=&haalsectie3=§ioname=&headID1=1&rubriek=&rubriekname=&headID2=&rubriek2=&rubriek2name=>
- ⁶⁶ http://www.postbus51.nl/index.cfm/t/Wanneer_hoeft_mijn_kind_niet_naar_school_/vid/CA0B904D-C295-519D-13B9899F4A6E32E8/containerid/517415FF-C09F-296A-61FF669427684C44/objectid/4A523FFF-C09F-296A-61369CA2E2B03FB6/displaymethod/displaydefaultintro
- ⁶⁷ Brochure "Leerplicht, Recht op een goede start"
- ⁶⁸ http://www.servicecentrumhandhaving.nl/images/Leerplichtwet1969_tcm39-54584.pdf
- ⁶⁹ <http://www.ambelt.nl/algemeen/index.php>
- ⁷⁰ <http://www.altracollege.nl/content.jsp?objectid=22>

Bijlagen

Vragenlijst instellingenbezoek algemeen, medewerkers

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met verslavingsproblematiek rekening gehouden met zijn/haar psychiatrische stoornis?
- Hoe komt dit in de therapieën naar voren?
- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?
- Zijn er verschillende dubbeldiagnose groepen?
- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?
- Krijgen deze groepen een gezamenlijke behandeling of is dit per groep?
- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?
- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18?
- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?
- Wat is kenmerkend voor deze methodiek?
- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?
- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?
- Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?
- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?
- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?
- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?
- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?
- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?
- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?
- Zo ja, wat is de motivatie hierachter?
- Zo nee, wat zou je dan aanbevelen en waarom?
- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?
- Wordt er binnen de instelling ook seksspecifiek gewerkt?

87

Disciplines

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?
- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?
- Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?
- Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?
- Werken er binnen jullie instelling ook GGZ-agogen of zou dit wenselijk zijn?
- Wat is de motivatie hierachter?

Therapieën

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
- Hoe sluiten de therapieën aan op de methodiek?
- Wat zijn de doelen binnen de gebruikte therapieën?
- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van therapie?
- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?
- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?
- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?
- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?
- Hoe intensief is het samenwerkingsverband met scholen of werkplaatsen?
- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?
- Waar bestaat dit systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?
- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?
- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling?
- Welke disciplines worden hiervoor ingezet en wat is de motivatie hierachter?
- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?
- Hoe ervaren de cliënten dit?

Vragenlijst instellingenbezoek Unit 6, Zwolse Poort

Wij hebben op 1 februari 2008 een gesprek gehad met Daniëlle Drenth en Co Beers over het werken binnen Unit 6. Unit 6 is een klinische behandelafdeling van de Zwolse Poort, voor cliënten vanaf 18 jaar met verslavings- en psychiatrische problematiek, oftewel een dubbele diagnose.

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met verslavingsproblematiek rekening gehouden met zijn/haar psychiatrische stoornis?

Eigenlijk wordt er in alles rekening gehouden met de verslaving als met de psychiatrische problematiek. Er wordt in de opnamefase gekeken naar de mogelijkheden en de beperkingen van een cliënt. Aan de hand daarvan wordt een behandelplan opgesteld en worden cliënten wel of niet in een groep geplaatst. De cliënten van de individuele groep hebben een individueel rooster, deze wordt aangepast op de draagkracht in combinatie met het ziektebeeld.

- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?

Nee, er moet een combinatie zijn tussen psychiatrische problematiek en verslaving. Een cliënt kan ervaren dat de verslaving op de voorgrond staat terwijl de psychiatrische problematiek theoretisch ernstiger is. Wel moet de cliënt qua gedrag passen in de groep, en de groep 'aankunnen'.

- Zijn er verschillende dubbeldiagnose groepen?

Er wordt gewerkt met 3 verschillende groepen. Bij opname komen cliënten in een opnamegroep, dit is gelijktijdig de detoxificatie. Deze fase duurt normaal gesproken 6 weken. In deze weken wordt de diagnostiek duidelijk en doorlopen de cliënten het 7 stappenplan. Na deze 6 weken kunnen cliënten overgeplaatst worden naar de behandelgroep, de individuele groep of elders. De behandelgroep bestaat veelal uit mensen met persoonlijkheidsproblematiek (AS2). In de individuele groep zitten vooral cliënten met ADHD, autisme, schizofrenie (AS1). In deze groep wordt het programma aangepast op de draagkracht van het individu.

Op het moment dat cliënten al eerder binnen Unit 6 opgenomen zijn geweest, hoeven zij niet altijd de eerste 6 weken te doorlopen. Op het moment dat ze clean zijn kunnen ze in principe door naar een volgende fase. De cliënt zit dan bijvoorbeeld 1 a 2 weken op de opname afdeling.

- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?

Cliënten worden in eerste instantie klinisch behandeld. Naarmate de problematieken naar de achtergrond verdwijnen, kan er ook gekozen voor dagbehandeling, poliklinisch of ambulant contact. Binnen de Zwolse Poort zijn verschillende doorverwijsmogelijkheden. Er wordt altijd gezocht naar de behandeling/het contact dat het meest passend is voor de cliënt.

- Krijgen deze groepen een gezamenlijke behandeling of is dit per individu?

De behandelgroep werkt veelal in de groep, wel kunnen cliënten ook individuele therapie naast het groepsaanbod krijgen.

Binnen de individuele groep zijn de therapieën individueel maar worden dingen als de middelengroep in de groep gedaan.

- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?

Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden binnen de Zwolse Poort. Zo bestaat de mogelijkheid tot dagbehandeling, ambulante of poliklinische zorg, afhankelijk van de wensen van de cliënt.

- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18? Bij deze vraag antwoorden de begeleiders van Unit 6 het volgende:

Bij jongeren is er vaak veel aan de hand, multiprobleem problematiek, het is lastig om een eenduidig beeld te krijgen. De jongeren zitten in de pubertijd, hebben soms minder zicht op hun verslavingsproblematiek en zijn daardoor mogelijk minder gemotiveerd. Ze hebben weinig overzicht en zijn minder gericht op de toekomst, er

is vaak sprake van onzekerheid. Het is lastig om de jongeren op hun verantwoordelijkheden te wijzen omdat ze zich niet altijd verantwoordelijk voelen.

Verder zouden de begeleiders van unit 6 kiezen voor meer ontlasting, bijvoorbeeld in sport. Na het sporten dan rust nemen. De groepsgrootte moet klein blijven, rond de 4 cliënten.

Er zullen veel autoriteitsconflicten zijn, dit is de normale weerstand.

Men merkt dat wanneer er jongere cliënten binnen de afdeling behandeld worden, (vanaf 18) deze moeite hebben met het zich houden aan de regels, vaak loopt dit uit op ruzie met andere cliënten.

- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?

De splitsing in de groepen zoals die gemaakt is binnen Unit 6 zou ook voor de jongeren passend zijn. Op deze manier wordt er rekening gehouden met de draagkracht van een cliënt en dit maakt dat de cliënt de behandeling aan kan.

Daarnaast is het van belang dat er aandacht is voor de leeftijdsfase waarin de jongere zich bevindt.

Het groepsgerichte werken zou op zich passend zijn, alleen moet er qua therapieaanbod meer tijd komen voor ontspanning en actieve therapieën als activiteitentherapie en psychomotorische therapie.

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?

Binnen Unit 6 van de Zwolse Poort wordt gewerkt via het biopsychosociaal model, daarbij wordt er gewerkt met een combinatie van de volgende methoden:

- De cirkels van dijk
- het 7 stappen plan
- De veranderingscirkel van Prochaska en DiClemente
- Motiverende gespreksvoering
- BOKS-BANT methode

- Wat is kenmerkend voor deze methodiek?

Kenmerkend voor deze manier van werken is dat er rekening gehouden wordt met de verschillende fasen in de behandeling van de verslavingsproblematiek en dat er gewerkt wordt op alle leefgebieden. In de behandeling wordt ernaar gestreefd de autonomie die verloren is gegaan zoveel mogelijk te herstellen, en het individu sterk te maken tegen terugval.

Het model van de cirkels van Van Dijk, kijkt naar de factoren die de verslaving in stand neigt te houden.

De BOKS-BANT methode is ontwikkeld vanuit het kwetsbaarheidsmodel en is gericht op het leren leven met de symptomen die niet overgaan, en op het ontwikkelen van mogelijkheden die niet geschonden zijn.

- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?

Binnen unit 6 wordt er met 3 verschillende groepen gewerkt, namelijk; de opname-, behandel- en individuele groep. Binnen de opnamegroep en de behandelgroep wordt er groepsgericht gewerkt, wel is er hierbij sprake van individuele doelen. Binnen de individuele groep hebben patiënten een individueel therapieprogramma, daarnaast volgen zij gezamenlijk groepsgerichte onderdelen.

- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?

De afdeling streeft naar een open en veilig leefklimaat. De medewerkers proberen dit onder andere te bereiken door de cliënt te betrekken bij de behandeling, door het aanbieden van drie verschillende behandelgroepen, het verbieden van middelen(gebruik) en agressie.

- Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?

Niet beantwoord.

- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?

Het voordeel van het werken met 3 verschillende groepen is dat je als hulpverlener per dag bekijkt op welke groep je staat. Hierdoor heb je veel afwisseling in je werk en leer je alle cliënten van de gehele afdeling kennen.

Het nadeel is dat als je parttimer bent, en je minder als 3 volle dagen werkt, je niet op alle groepen kunt werken. Je hebt dan weinig zicht op wat er binnen de verschillende groepen gebeurt.

- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?

De draagkracht van de cliënten verschilt per groep. Binnen de behandelgroep komen cliënten met voornamelijk persoonlijkheidsproblematiek. Deze cliënten hebben meer draagkracht dan de cliënten van de individuele groep. Binnen de individuele groep wordt het programma aangepast op de draagkracht van de cliënt. Een cliënt met weinig draagkracht zou hier ook binnen passen, omdat het programma hierop aangepast kan worden.

- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?

Een IQ onder de 70 is een contra-indicatie voor behandeling. Verder zijn er geen contra indicaties voor behandeling volgens de medewerkers van Unit 6.

- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?

Binnen Unit 6 wordt er gewerkt met het 7 stappenplan. Dit plan betreft alle mogelijke levensgebieden bij de behandeling. De reden hiervan is dat cliënten vaak op alle vlakken te maken hebben met problemen. Op alle leeftijdsgebieden. We werken volgens het 7 stappenplan, wat hier ook vanuit gaat.

- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?

Cliënten ervaren de methodiek en de therapieën als prettig. Vooral de actieve therapieën als activiteitentherapie en psychomotorische therapie vinden zij erg nuttig.

Ze ervaren weerstand tegen de vele regels die op de afdeling zijn, vooral in het begin van de opname hebben cliënten hier moeite mee. Cliënten ervaren sommige regels soms als 'onzin', maar hulpverleners kunnen altijd beargumenteren waarom de regels er zijn. Dit vinden de cliënten prettig om te horen.

- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?

Deze behandeling zou voor jongeren van 14-18 met een dubbele diagnose ook passend zijn volgens de medewerkers van Unit 6. In het programma zou alleen meer aandacht moeten zijn voor bijvoorbeeld sport. Jongeren moeten zich meer kunnen ontladen, sport zou hiervoor een goede manier zijn. Na het sporten zouden de jongeren rust moeten nemen.

Ook zouden de medewerkers de groepsgroten aanpassen. Zij zouden werken in groepen van 4 personen.

- Zo ja, wat is de motivatie hierachter?

De reden om meer te sporten is dat het voor jongeren belangrijk is dat zij hun energie kwijt kunnen. Sport zou hierbij een goede oplossing zijn volgens de medewerkers van Unit 6.

Door te werken met groepen van 4 jongeren zou je je aandacht voldoende over de jongeren kunnen verdelen. Hierdoor zouden zij minder moeite kunnen hebben met autoriteit.

- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?

Ja, binnen de behandelgroep wordt er veel aandacht besteed aan eigen verantwoordelijkheid. Binnen de individuele groep is deze verantwoordelijkheid iets minder, maar bestaat deze wel. Zo zijn beide groepen als groep verantwoordelijk voor de huishoudelijke taken e.d.

- Wordt er seksespecifiek gewerkt binnen de afdeling?

Nee. Alles wordt besproken in de groep.

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?

- psychomotorische therapie
- muziektherapeut
- activiteitentherapeut
- systeemtherapeut
- psychiater
- psycholoog
- verpleegkundigen
- SPH'ers
- Maatschappelijk werker

- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?

Niet besproken

- Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?

Om binnen de instelling te werken moet je flexibel zijn. Je hoort 's morgens wanneer je op je werk komt pas op welke groep je die dag kunt werken. Verder wordt er veel samengewerkt, waar mogelijk worden therapieën door twee sociotherapeuten gegeven.

- Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?

Als je binnen de dubbeldiagnose kliniek gaat werken kun je een vierdaagse basiscursus volgen. Deze wordt 2 keer per jaar gegeven en is gericht op verslavingsproblematiek. Ook de psychiatrische problematiek komt naar voren, maar in mindere mate. Daarnaast wordt je 3 dagen ingewerkt als je voor het eerst komt werken binnen unit 6.

- Werken er binnen jullie instelling ook GGz-agogen of zou dit wenselijk zijn?

Op dit moment wordt er niet gewerkt met GGz-agogen. De term is ook niet bij iedereen bekend. Dit zou zeker wenselijk zijn in het team, de Zwolse Poort komt een beetje terug op de verpleegkundigen. Er werken momenteel 3 SPH'ers in het team.

- Wat is de motivatie hierachter?

Niet beantwoord

Therapieën

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?

- psychomotorische therapie
- activiteitentherapie
- muziektherapie
- middelengroep
- sociale vaardigheidstraining
- dag/week sluiting
- weekend bespreking
- cognitieve gedragstherapie
- systeemtherapie

- In hoeverre is dit vraaggestuurd?

In de therapieën wordt er deels vraaggestuurd gewerkt. Het programma voor de behandelgroep staat vast. Het programma voor de individuele groep wordt per individu aangepast. Er wordt niet gewerkt met modules waaruit cliënten kunnen kiezen.

- Hoe sluiten de therapieën aan op de methodiek?

De therapieën sluiten aan bij de verschillende leefgebieden waarmee gewerkt wordt. Het 7-stappenplan werkt volgens deze gebieden en therapieën sluiten daarbij aan.

- Wat zijn de doelen binnen de gebruikte therapieën?

Binnen de verschillende therapieën heeft iedereen zijn eigen doelen. Daarbij hebben de cliënten persoonlijke dagdoelen. Aan alle onderdelen van de dag/week worden persoonlijke doelen gekoppeld, zowel op lange- als korte termijn. De doelen worden telkens geëvalueerd waarna ze bijgesteld kunnen worden of als behaald 'bestempeld' kunnen worden.

- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van therapie?

Niet besproken.

- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?

Er zou meer van hetzelfde mogen zijn, dit is er niet vanwege geldgebrek. In vakanties moeten de aanwezige begeleiders vaktherapieën overnemen, en dat is niet ideaal. Zij hebben hier niet voor geleerd. En er zou meer vraaggericht gewerkt mogen worden.

- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?

Binnen de individuele groep krijgen cliënten individuele therapie. De behandel- en de opnamegroep werken meer sociotherapeutisch. Hier wordt alles besproken in de groep en volgen de cliënten de therapie als groep, waarbij er wel gewerkt wordt met individuele doelen.

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?

Na de opname afdeling werken de cliënten van de behandelgroep binnen de Zwolse poort. Ze doen vaak productiewerk.

- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?

De cliënten van Unit 6 zijn allen ouder als 18.

- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?

Niet van toepassing.

- Hoe intensief is het samenwerkingsverband met scholen of werkplaatsen?

Niet van toepassing.

- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?

Het is mogelijk om een soort van scholing te volgen, maar de cliënt moet hier zelf mee komen. De werkervaring kan binnen de Zwolse Poort opgedaan worden.

- In hoeverre is dit vraaggestuurd?

Qua werk is er een aanbod waar de cliënten uit kunnen kiezen. Qua scholing wordt er vraaggestuurd gewerkt, de cliënt moet zelf het initiatief nemen om hieraan te beginnen.

- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?

De werkplaats waar de cliënten werken maakt deel uit van de Zwolse Poort. Begeleiders zijn op de hoogte van psychiatrische problematiek/verslaving, maar niet van de details.

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?

Het systeem is betrokken bij de systeemtherapie en kan aanwezig zijn bij familie avonden.

- Waar bestaat dit systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?

Veelal bestaat dit systeem uit het gezin van herkomst.

- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?

Het sociale systeem valt onder één van de cirkels van Van Dijk, waarmee gewerkt wordt binnen Unit 6.

- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling?

Cliënten mogen in principe met iedereen in interactie zijn tijdens de behandeling. Iedereen mag op bezoek komen mits deze niet onder invloed zijn. Er wordt afhankelijk per cliënt aangeraden om minder/ niet in contact te komen met gebruikersvrienden, maar de keus hiervan hangt van de cliënt zelf af.

Deze vrienden mogen ook gerust op bezoek komen.

- Welke disciplines worden hiervoor ingezet en wat is de motivatie hierachter?

De systeemtherapeut betreft het gezin bij de behandeling. Daarbij worden familieavonden gegeven door de sociotherapeut.

- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?

Het doel hiervan is dat cliënten weer leren om 'gezond contact' te hebben met het gezin, en het gezin met de cliënt, omdat dit vaak verwaarloosd is.

- Hoe ervaren de cliënten dit?

Niet besproken.

Vragenlijst instellingenbezoek academische centrum voor orthopsychiatrie InZicht, Zetten

Tijdens ons bezoek aan het Orthopsychiatrisch Centrum hebben wij een interview afgelegd met Floor Scheepers, orthopsychiater binnen het academische centrum voor orthopsychiatrie Nijmegen, een samenwerkingsverband tussen GGZ Nijmegen, de Pompestichting en Karakter.

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met verslavingsproblematiek rekening gehouden met zijn/haar psychiatrische stoornis?

Indien de verslavingsproblematiek als probleem wordt ervaren door de jongere en zijn of haar systeem wordt dit opgenomen in het behandelplan, hier worden dan (door de jongere zelf) doelen aangekoppeld waaraan de jongere dient te werken. De jongere moet of stabiel in zijn situatie blijven, of vooruit gaan tijdens de opname (het proces naar ontslag).

Jongeren mogen tijdens de opname niet zichtbaar gebruiken omdat dit aanstootgevend werkt voor de andere jongeren. Op het moment dat zij onder invloed zijn moeten zij op hun eigen kamer blijven. Gebruik wordt niet bestraft of veroordeeld, als de jongere het gebruik nodig heeft om op een gezonde manier te kunnen functioneren in de maatschappij is dit mogelijk. Mocht de jongere een doel in verband met zijn gebruik hebben en hier niet aan werken, gaat zijn coach hier met hem over in gesprek.

- Hoe komt dit in de therapieën naar voren?

Deze afdeling maakt gebruik van Functional Family Treatment (FFT). Deze methodiek is een semigestructureerde behandelvorm waarbij het gezin intensief betrokken wordt vanaf het eerste begin, met veel aandacht voor de verbinding en motivering voorafgaande aan de fase van de gedragsverandering. Positief is de aandacht voor het invoegen in de gezinscultuur.

Daarnaast zijn er drie soorten begeleiders waarmee gewerkt wordt: coaches, activiteiten begeleiders en een trajectbegeleider. Binnen de afdeling is er verder geen sprake van therapieën. Tijdens de begeleiding van de jongeren kan hun verslavingsproblematiek aan bod komen, dit is afhankelijk van het individuele behandelplan.

- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?

Nee, deze afdeling richt zich op jongeren met ernstige gedragsstoornissen. De jongeren kunnen tevens te maken hebben met psychiatrische- en/of verslavingsproblematiek.

- Zijn er verschillende dubbeldiagnose groepen of enkel individueel?

De behandeling richt zich puur op het individu. Er wordt niet gewerkt met vaststaande groepsmomenten, - therapieën, etc. Binnen de orthopsychiatrische afdeling wordt er ook modulair gewerkt. Dit betekent dat jongeren modules kunnen kiezen welke aansluiten op hun behandeldoelen. Deze modules kunnen wel in groepen aangeboden worden.

- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?

Het academische centrum voor orthopsychiatrie Nijmegen heeft een gedeelte polikliniek, tot 12.000 cliënten en een klinische setting, tot 24 bedden.

- Krijgen de cliënten een gezamenlijke behandeling of is dit per groep?

Niet van toepassing

- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?

Als nazorg kan er altijd poliklinische behandeling aangeboden worden. Hierbij gaat het om de vraag van de jongere, waar loop je nog tegen aan, waar liggen je problemen en hoe wil je dit veranderen? Daarbij is het zo dat tijdens de opname de jongeren worden begeleid bij het maken van keuzes voor de toekomst, gezamenlijk met de traject- en activiteitenbegeleider. Dit, op het gebied van school, werk, sport, hobby's e.d. in de eigen woonomgeving zodat zij voorbereid zijn wanneer zij naar huis gaan.

- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18? Jongeren zijn enorm beïnvloedbaar. Ze schieten van hot naar her qua mening, gedrag etc. Het risico dat jongeren slechte dingen van elkaar leren is erg groot. Zo kunnen ze in een groep bijvoorbeeld van andere jongeren ervaringen met drugs of alcohol horen/zien en willen dit vervolgens ook zelf proberen. Uit onderzoek is gebleken dat delicten toenemen, gebruik toeneemt en wij/zij cultuur ontstaat. Vooral in groepsmomenten zonder begeleiding zal de kans hierop aanwezig zijn.

Jongeren zullen autoriteitsproblemen hebben waar in de keuze van een methodiek rekening mee gehouden zal moeten worden.

Daarbij zijn volwassenen vaak gemotiveerder dan jongeren. Volwassenen kunnen beter overstijgend denken en kunnen meer zicht hebben op hun eigen gedrag. Hierdoor kunnen volwassenen elkaar aanspreken in een groep op gedrag, houding, gevoelens, motivatie etc. Voor jongeren zal dit lastig zijn vooral omdat dit met name als 'suf' ervaren zal worden.

- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?

Een combinatie van individuele programma's als groepgerichte behandeling zou volgens Floor Scheepers ideaal zijn. De jongeren hebben als gemeenschappelijke deler hun verslaving, wat prima in een groep te behandelen valt. Daarnaast is uit onderzoek gebleken dat methodieken meer gericht op hiërarchie in de groep tijdens de opname effectief zijn, maar dat jongeren naderhand vaak recidiveren.

De individuele programma's zouden gericht moeten zijn op het op een gezonde manier van functioneren in de maatschappij. Eigen verantwoordelijkheid zou één van de sleutelwoorden moeten zijn binnen deze individuele behandeling.

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?

De afdeling orthopsychiatrie heeft een nieuwe methodiek ontwikkeld die aansluit op jongeren met ernstige gedragsproblemen en bijkomende problematiek.

Binnen deze methodiek wordt er gebruik gemaakt van FFT, motiverende gespreksvoering en enkele modules vanuit de methode Agression Replacement Training (ART): training controleren boosheid, sociale vaardigheidstraining en morele redenering. Verder worden er modules aangeboden als, crisis (alleen *bij* opname), middelmisbruik, psycho-educatie (ook voor ouders).

- Wat is kenmerkend voor deze methodiek?

Er wordt gewerkt met een individuele benadering. Jongeren komen vanuit eigen motivatie binnen en krijgen na opname een eigen coach toegewezen. Deze bespreekt de eigen verantwoordelijkheid en gedrag van de jongere, met de jongere. Voor opname wordt er naar de problemen die de jongere ondervindt in het dagelijkse leven gekeken, in interactie met zijn systeem. Aan de hand hiervan moet de jongere doelen opstellen waarmee hij aan gaat werken. Pas wanneer het gehele behandelplan vorm heeft gekregen wordt met de behandeling gestart. Zelf noemen zij dit: wat is er nodig voor ontslag?

Binnen de methodiek wordt er geen gebruik gemaakt van therapieën maar dient alles zo te verlopen als in het dagelijkse leven. De jongeren hebben daarom ook niet allen het zelfde programma, maar een individueel plan waar zij aan moeten werken. De jongere, en zijn systeem, dienen zelf de problemen en oplossingen aan te dragen naar de begeleiding/coaches.

De behandeling binnen de methodiek start bij waar de jongeren problemen ondervindt. Deze gaat dus niet naar het verleden om een ontwikkeling opnieuw door te maken of in te halen. Dit vraagt veel eigen verantwoordelijkheid en motivatie van de jongeren. Daarbij mogen coaches ook niet zorgen, maar het gedrag van de jongeren spiegelen. Er wordt heel veel gepraat en onderhandeld. Bij een situatie wordt gezegd; Dit gebeurt, hoe kunnen we iets veranderen, levelen met de jongere zelf. Verzin iets, ik wil je helpen/steunen maar dan moet je zelf met iets komen. Eigenlijk is het een spoedcursus volwassen worden. Wanneer de jongere achteruit gaat in zijn doelen of ongemotiveerd is, wordt hij op straat gezet. Hij moet dan terug naar zijn ouders/voogd en anders door jeugdzorg ergens geplaatst worden. Wanneer de jongere toch besluit met de behandeling door te gaan, is hij welkom.

- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?

Binnen de afdeling wordt er individueel behandeld. Er is geen sprake van behandeling in groepsverband.

- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?

Het milieu dat de afdeling wil neerzetten is dat van een normale maatschappij. De jongeren moeten leren om overlevingsstrategieën aan te passen. Er worden praktische vaardigheden aangeleerd die jongeren nodig heeft om te kunnen deelnemen aan de maatschappij. Daarbij wordt het systeem in grote mate betrokken bij de behandeling. Zij zijn bij alle behandelplanbesprekingen, intake- en het startgesprek aanwezig. Er wordt niet gewerkt met strenge afdelingsregels. Regels worden individueel bepaald. De verantwoordelijkheid van de uitvoering hiervan ligt bij de jongere. Ook de verantwoordelijkheid van bijvoorbeeld het eten ligt bij de jongere. Zij bepalen zelf hoe laat en wat ze eten.

- Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?

De jongeren die behandeling krijgen binnen de afdeling hebben vaak al een lang traject gehad voor zij binnenkomen. Alles is al geprobeerd bij deze jongeren, en niets lijkt te werken. Meer van hetzelfde werkt dus niet. Vaak gaat het om jongeren die niet profiteren van het groepsklimaat, maar daar juist de slechte dingen uit halen. Uit onderzoek blijkt ook dat jongeren slechte dingen van leren van het behandelen in een groep. Delictgedrag en drugsgebruik neemt toe. Er is een groot risico dat er een wij/zij cultuur ontstaat, de jongeren tegen de groepsleiding.

Om de huidige manier van behandelen van deze jongeren te doorbreken heeft Karakter gekozen voor het tegenovergestelde van de meest gebruikte methodieken. Een individuele behandeling die zich richt op de jongere, het systeem en de maatschappij.

- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?

De begeleiders die werken binnen de afdeling hebben ervaren hoe lastig het soms is om niet te gaan zorgen, de verantwoordelijk van de jongere ook bij de jongere en zijn systeem te laten. Als hulpverlener werk je als coach van een jongere met wie je op gelijke hoogte staat. Door veel gesprekken probeer je de jongere te begeleiden bij vinden en behandelen van zijn problemen.

- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?

Om behandeling mogelijk te maken moet de jongere gemotiveerd zijn om te willen veranderen. Daarbij is het belangrijk dat de jongere eigen verantwoordelijkheid kan nemen en enige zicht heeft op zijn of haar problemen.

- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?

Op het moment dat behandeling geen bijdrage levert aan het stabiliseren of verbeteren van de problemen is er sprake van een contra indicatie.

Geen gezin van herkomst is een contra indicatie om te werken met FFT.

- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?

In de behandeling wordt er gewerkt aan de hand van de problemen die de jongeren (en zijn systeem) zelf ervaart. Vaak zijn dit problemen in het vinden van een hobby, werk of school, drugsgebruik, sociale en of financiële problemen of lichamelijke problemen.

- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?

Gedurende de behandeling langer draait (nu ongeveer een jaar) merken medewerkers dat zij steeds meer kunnen denken vanuit de visie van de afdeling. Intervisie, klinische lessen en beleidsoverleggen zorgen ervoor dat de methodiek steeds beter geïntegreerd kan worden.

- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?

Omdat de jongeren met dubbeldiagnose een gemeenschappelijke deler hebben zou er in de behandeling van de verslaving groepgericht gewerkt kunnen worden. Daarbuiten zou een individuele benadering voor deze jongeren passend zijn. Mede door de negatieve groepsdynamica die er kan ontstaan en doordat deze methodiek zich richt op het leven buiten de instellingen.

- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?

De behandeling richt zich op de eigen verantwoordelijkheid van de jongere en het systeem. Wanneer een jongere zich niet verantwoordelijk voelt/gedraagt en niet gemotiveerd is voor behandeling, is behandeling onmogelijk. Doordat de methodiek zich richt op het individu wordt er direct rekening gehouden met de draagkracht van de jongere en het systeem.

Disciplines

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?

Binnen de afdeling wordt er gewerkt met:

- activiteitenbegeleider
- trajectbegeleider
- orthopsychiater
- psycholoog
- maatschappelijk werk / FFT
- Coaches

- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?

Het werk dat de verschillende disciplines uitvoeren is geheel afgestemd op de methodiek. Er wordt niet gewerkt met therapieën en therapeuten. Er wordt van de jongeren verwacht dat zij door middel van de traject- en activiteitenbegeleider zelf invulling geven aan de dag door bijvoorbeeld werk of scholing.

- Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?

Als medewerker moet je het gedrag en de gedachten van de jongeren goed kunnen spiegelen. Je moet vertrouwen op de eigen verantwoordelijkheid van de jongere en niet gaan zorgen. Daarbij is het van belang dat je kunt samenwerken met het team als met de jongeren en zijn systeem.

- Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?

Om te kunnen werken via deze methodiek worden er klinische lessen, intervisie en beleidsdagen georganiseerd. Medewerkers krijgen een training wanneer zij binnen de afdeling komen werken. Deze training bestaat uit het werken met de FFT-methode, een training agressie hantering, training interactie vaardigheden en een training basisprincipes competentiegericht werken. Verder is het van belang dat je goed ingewerkt wordt omdat de methodiek anders als de meeste reguliere methodieken waarmee gewerkt wordt binnen de jeugdzorg.

- Werken er binnen jullie instelling ook GGz-agogen of zou dit wenselijk zijn?

Er wordt niet gewerkt met GGz-agogen binnen de instellingen. Dit zou wel mogelijk zijn als zij de taak van activiteiten-, trajectbegeleider of coach vervullen.

- Wat is de motivatie hierachter?

Het team bestaat niet uit andere disciplines als hierboven beschreven en dit is ook nog niet nodig gebleken.

Therapieën

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?

Er wordt geen gebruik gemaakt van therapieën. Wel hebben je jongeren veel gesprekken met de coaches, trajectbegeleider en activiteitenbegeleider, gericht op gedrag en gevoel maar ook vooral over de praktische punten die nodig zijn om met ontslag te gaan. Daarbij wordt er gewerkt met FFT. De motivatie dat er gewerkt wordt met begeleiders in plaats van met therapeuten is dat begeleider gelijkwaardiger klinkt. De

samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en de begeleider is zo gelijkwaardig mogelijk.

De trajectbegeleider komt van een cluster 4 school. Samen met de jongere wordt er gekeken wat de jongere wil gaan doen qua dagbesteding. Keuze kan bijvoorbeeld liggen binnen werk of school. Het komt weinig voor dat jongeren écht weer full time naar school gaan. Vaak kunnen ze dit niet aan.

Daarbij wordt er gewerkt met een activiteitenbegeleider. Deze gaat samen met de jongere op zoek naar hobby's, sport en bezigheden. De jongeren hebben vaak moeite met de invulling van hun vrije tijd, daarom is hier op de vraag van de jongere aandacht voor.

De Functional Family Therapie is erop gericht om alles terug te leggen naar het systeem. De eigen verantwoordelijkheid terug naar het systeem en het systeem zelf de oplossingen aan laten dragen. Er wordt van het systeem verwacht dat ze het probleem signaleren, bespreekbaar maken en een oplossing bedenken.

- In hoeverre is dit vraaggestuurd?

Binnen de orthopsychiatrie wordt alles gedaan op initiatief van de jongere. De verantwoordelijkheid ligt bij hem of haar. Er wordt dus eigenlijk alleen maar vraag gestuurd gewerkt. Medewerkers binnen de afdeling zijn dan ook getraind op competentiegericht werken.

- Hoe sluit de begeleiding aan op de methodiek?

De begeleiding die gegeven wordt maakt deel uit van de gebruikte methodiek. Zo komt eigen verantwoordelijkheid bijvoorbeeld in de methodiek als in de begeleiding naar voren.

- Wat zijn de doelen binnen de begeleiding van de jongere?

De doelen worden individueel bepaald. Iedere jongere heeft eigen doelen op de leefgebieden waar hij in combinatie met zijn systeem problemen ervaart.

- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van begeleiding?

Niet besproken

- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?

Floor Scheepers zou nog graag zien dat er een klaslokaal komt waarin jongeren de dingen die ze willen leren kunnen leren. Niet in de zin van met de schoolboeken in de bank, maar computers om informatie op te kunnen zoeken en cursussen van bijvoorbeeld de LOI.

- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?

Alles wordt individueel geregeld. Iedereen heeft eigen doelen, eigen begeleiding etc. Af en toe wordt er in een groep gesport, dit moet vanuit de jongeren georganiseerd worden. Ook 's avonds kunnen de jongeren samen in de huiskamer zitten.

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?

De meeste jongeren zijn 18 jaar en ouder en hebben niet te maken met de leerplicht. Af en toe komen er jongeren die onder de achttien jaar oud zijn. Deze jongeren gaan eigenlijk nooit naar school. Vaak is er al veel contact geweest met de leerplichtambtenaar, maar dit haalt niet veel uit. Wanneer een jongere op een nieuwe/andere school geplaatst wordt is deze vaak binnen een maand geschorst door zijn of haar gedrag.

- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?

De jongeren die leerplichtig zijn (jonger dan 18 jaar) lukt het niet om zich aan de leerplicht te houden. Ze kunnen niet functioneren op een reguliere school.

- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?

Niet van toepassing

- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?

Door middel van de trajectbegeleider kan de jongere uitzoeken wat hij zou willen qua daginvulling. Hij kan hierbij kiezen tussen werk en scholing. Er wordt gezocht naar een passende opleiding, meestal wordt er echter gekozen voor werk. Jongeren kunnen via de instelling bijvoorbeeld een stage lopen binnen een andere organisatie.

- In hoeverre is dit vraaaggestuurd?

Zoeken naar een passende daginvulling qua werk of school gaat uit van de motivatie van de jongere. Op het moment dat de jongere geen problemen ervaart op dit gebied, zal er ook niet aan gewerkt worden.

- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?

Niet besproken

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?

Doordat er gewerkt wordt met Functional Family Training is er een intensieve samenwerking met het systeem. Bij intake-, startgesprek en behandelplanbesprekingen wordt het systeem geacht aanwezig te zijn. Het systeem zal zelf aan moeten geven of en waar zij in de interactie met de jongeren problemen ondervinden. Hier vanuit wordt er samen met de jongere gewerkt om de problemen van de jongere (en of met het systeem) op te lossen.

- Waar bestaat dit (sociale) systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?

Dit wisselt. In eerste instantie zullen dit de ouders zijn. Soms is het contact met de ouders echter verbroken. Op dat moment wordt er gekeken naar andere personen uit het systeem.

- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?

De eigen verantwoordelijkheid die in de methodiek naar voren komt zie je terug bij Functional Family Therapie. De verantwoordelijkheid ligt hierbij niet alleen bij de jongere maar ook bij het systeem.

- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling? Te denken aan 'verkeerde vrienden'.

Hier kunnen alleen door de jongere zelf bewuste keuzes in gemaakt worden. Wanneer de jongere deze 'verkeerde vrienden' als een probleem ondervindt en hier een doel aankoppelt, dient de jongere aan dit doel te werken. Wanneer dit niet gebeurt, is de jongere vrij om zijn/haar vrienden te bezoeken. Mocht het zo zijn dat een jongere uit de instelling gestuurd word, om weer terug te komen wanneer hij/zij gemotiveerd genoeg is om weer verder in behandeling te gaan, zoekt hij/zijn vaak de 'verkeerde vrienden' op. In de meeste gevallen werkt dit positief, wordt de jongere weer bewust van waarom hij in behandeling is en komt weer terug in de instelling.

- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?

Het doel van FFT is het verbeteren van het gedrag van de jongere én het verbeteren van het gezin waardoor de kans op herhaling van het grensoverschrijdend gedrag vermindert.

- Hoe ervaren de cliënten dit?

Niet besproken

Vragenlijst instellingenbezoek Breegweestee, Eelde

We hebben op 5 februari 2008 gesproken met Gerjan Timmerman, systeemtherapeut binnen de Breegweestee. De Breegweestee is een klinische behandelsetting voor jongeren van 17 tot 30 jaar.

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met verslavingsproblematiek rekening gehouden met zijn/haar psychiatrische stoornis?

Cliënten gaan voorafgaand aan de opname binnen de Breegweestee naar de detox-afdeling. Na het ontgiften komt de psychiatrische stoornis van de cliënten meer naar voren. In de behandeling wordt hier rekening mee gehouden door groepen en modules te ontwikkelen die aansluiten bij de vraag van de cliënten. Zo is er bijvoorbeeld een module voor angstregulatie, impulsbeheersing en sociale vaardigheden. Daarnaast krijgen de cliënten indien nodig psychofarmaca.

De Breegweestee werkt vanuit de visie dat verslavingsproblematiek eigenlijk altijd samengaat met psychiatrische problematiek, los van welke als eerste ontstaat.

- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?

In principe is de Breegweestee een kliniek die zich richt op jongeren met verslavingsproblematiek. Dit betekend echter niet dat de behandeling enkel hierop gericht is. Verslaafde jongeren hebben meestal problemen op alle levensgebieden, hier wordt tijdens de behandeling net zoveel aandacht aan besteed. Met name door een individueel aanbod.

- Zijn er verschillende dubbeldiagnose groepen?

Er wordt gewerkt met één commune waartoe de jongeren behoren. Daarbij kunnen de cliënten verschillende modules volgen waarin de groepen verschillend zijn, afhankelijk van welke cliënt, welke module volgt.

- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?

Er wordt gewerkt met een klinische behandeling vanaf 3 maanden. Na de behandeling van 3 maanden wordt er gekeken wat de cliënt nog nodig heeft om te kunnen functioneren in de maatschappij.

Omdat de behandeling sinds november 2007 aangepast is, sluit de polikliniek nog niet geheel aan op de behandeling. Qua nazorg zijn er voor de cliënten verschillende mogelijkheden. Zo kunnen deze gebruik maken van kamerprojecten, begeleid wonen maar ook (weer) zelfstandig gaan wonen.

- Krijgen deze groepen een gezamenlijke behandeling of is dit per individu?

De behandeling is per individu verschillend. De groep heeft vaste momenten samen, maar een ieder volgt een ander programma, afhankelijk van de verschillende modules.

- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?

In de toekomst zal er een uitgebreidere poliklinische nazorg gegeven kunnen worden aan de cliënten. Door de nieuwe methodiek is dit op dit moment nog onvoldoende.

Daarnaast zijn er mogelijkheden als bijvoorbeeld kamerprojecten, begeleid wonen maar ook (weer) zelfstandig wonen.

- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18? De draagkracht van de jongeren van 14 tot 18 jaar zal lager zijn, hier zullen wij rekening mee moeten houden.

- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?

Gerjan is erg tevreden over de nieuwe manier waarop de Breegweestee werkt met hun oplossingsgerichte methodiek. Doordat er nog niet zo lang op deze manier gewerkt wordt is hij benieuwd naar de uitkomsten van het parallel lopende onderzoek over het aantal terugvallen.

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?

Er wordt gewerkt met de oplossingsgerichte methodiek. Dit houdt in dat er zo min mogelijk gekeken wordt naar het patiëntgedeelte en meer naar de gezonde kant van de persoon. Daarbij kijk je niet terug naar het verleden, maar: het is nu een 6, hoe kun je hier een 7 van maken.

- Wat is kenmerkend voor deze methodiek?

Bij deze methodiek draait om het aanspreken op en het vergroten van de verantwoordelijkheid van de cliënten zodat deze uiteindelijk (zo zelfstandig mogelijk) kunnen functioneren in de maatschappij. Enkele voorbeelden hiervan zijn: in het begin uitgebreide verlofbrieven schrijven en later een aantal zinnen, eerst met z'n vieren op een kamer slapen en later alleen en, in het begin van opname met een ander groepslid op weekend verlof gaan en later alleen. Hier zit een hiërarchisch karakter in verwerkt. Zo kunnen cliënten solliciteren op functies als projectleider en gangmaker, of krijgen zij deze functies aangewezen om zichtbaarder in de groep te worden.

De begeleiding geeft in principe geen antwoord op vragen van de cliënten, maar laat deze zelf naar een oplossing zoeken. Cliënten worden op deze manier constant aangesproken in hun omgang met problemen.

- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?

De cliënten wonen in een groep in de Breegweestee, ook hebben zij een gezamenlijk dagprogramma. Hierin zijn vaste groepsmomenten verwerkt en zijn verder individueel uitgewerkt, afhankelijk van de gekozen modules. Ook is vrije tijd opgenomen in deze programma's, het omgaan en invullen hiervan is voor de cliënten een belangrijk thema voor buiten de kliniek.

- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?

Het belangrijkste is dat het milieu in de Breegweestee veilig is. De cliënten moeten zich gelijk bij binnenkomst veilig en vertrouwd voelen. Dit zijn ook thema's die door de groepsdynamica naar voren komen en besproken worden.

- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?

De nadelen van het werken met deze methodiek zijn nu nog lastig aan te geven omdat er geen resultaten over bekend zijn. Wel is het zo dat de Breegweestee sinds november veel minder cliënten heeft terug gezien in verband met terugval (een persoon in de afgelopen periode).

Als systeemtherapeut geeft Gerjan aan dat je nu een kortere vorm van behandeling aanbiedt en hij dit wel eens langer zou willen zien omdat er nog meer uit een systeem valt te halen. Daarbij is het zo dat de polikliniek nu nog onvoldoende aansluit op de Breegweestee. Wanneer dit wel het geval is, komt het systeem weer met een andere therapeut in aanraking. Dit kan erg vervelend zijn omdat je samen het levensverhaal hebt uitgewerkt e.d. Hier moet nog een werkbare oplossing voor gevonden worden. Daarnaast geeft Gerjan aan dat het medische aspect nog wel eens de overhand krijgt en dat vind hij jammer. Juist het kijken naar de gezonde kant van de cliënten is belangrijk.

De voordelen van het werken met de methodiek, komen verder in deze notulen naar voren.

- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?

Niet besproken

- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?

Wanneer er sprake is van ernstige psychotische episodes (schizofrenie) kunnen cliënten niet behandeld worden binnen de Breegweestee. Ook iemand met een IQ onder de 65 (zwakbegaafdheid) kan niet deelnemen aan behandeling. Soms is de groepsdruk te groot dan kunnen mensen iets minder in de groep. Cliënten met suïcidaal gedrag en met een ernstige stoornis in het autistisch spectrum kunnen niet worden opgenomen binnen de Breegweestee.

- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?
Binnen de Breegweestee wordt er op alle levensgebieden gewerkt. Hier is voor gekozen omdat de cliënten op al deze gebieden problemen ondervinden in het dagelijkse leven.

- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?

De nieuwe manier van werken binnen de Breegweestee is november jl. van start gegaan. Wat de medewerkers zien is dat het aantal terugvallen sterk is afgenomen. Parallel aan het nieuwe werken loopt een onderzoek naar de resultaten binnen de instelling, hier zijn nog geen resultaten over beschikbaar.

- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?

Hier merk je niet dat jongeren de slechte dingen leren van elkaar omdat je oudere mensen de jongere bewoners corrigeren. Soms wel dat de jongeren een bondje vormen. Dan de groep bij elkaar. Wel alert op zijn. Een aantal bepaalden hoe het hier 's avonds ging.

Verder was dhr. Timmerman van mening dat deze manier van werken ook bij een jongere doelgroep geschikt zou zijn, maar raadde hij ons ook aan dit te vergelijken met de manier van werken binnen het Bauhuus te Groningen, ook onderdeel van VNN.

- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?

Eigenlijk is de gehele behandeling gebaseerd op het krijgen van eigen verantwoordelijkheid. Iedere nieuwe cliënt begint op het laagste niveau. Als cliënt moet je dan privileges opbouwen, hoe verder je bent, hoe meer je mag. In het begin moet je bijvoorbeeld uitgebreide verzoeken schrijven om weg te kunnen, maar hoe verder je in behandeling bent hoe korter deze mogen zijn. In het begin van opname deel je een kamer met vier personen, uiteindelijk heb je een eigen kamer.

De hiërarchie binnen de groep heeft hier ook betrekking op. Er zijn verschillende taken waar je op kunt solliciteren of die je toegewezen kunt krijgen. Deze hebben allen te maken met de mate van verantwoordelijkheid dragen. Voor jezelf en/of voor de groep.

- Wordt er seksespecifiek gewerkt binnen de afdeling?

Binnen de Breegweestee wordt er gewerkt met een specifieke mannen/vrouwengroep, om specifieke seksespecifieke onderwerpen te bespreken. De therapie bestaat uit praten maar ook uit dingen doen. Over het algemeen wordt er binnen de vrouwengroep meer gepraat en wordt er binnen de mannengroep meer van actieve activiteiten gebruik gemaakt. Alles moet binnen de groepen bespreekbaar kunnen zijn. Op relationeel gebied weten de cliënten vaak helemaal niet wat ze willen. Seksualiteit hoorde gewoon bij de scène. Hier leer je als vrouw bijvoorbeeld om op een andere manier met mannen om te gaan.

Disciplines

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?

De disciplines die tijdens het gesprek naar voren zijn gekomen, zijn:

- Psychomotorisch therapeut
- Systeemtherapeut
- Sociotherapeuten
- Psychotherapeut
- Arts

- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?

Omdat de methodiek werkt met verschillende modules. Deze kunnen door de verschillende disciplines worden gegeven. Daarnaast zijn de sociotherapeuten met name werkzaam op de commune.

- Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?

Wanneer je de opleiding SPH of Verpleegkunde hebt gevolgd, kun je hier terecht als sociotherapeut. Met name door de vele soorten medicatie welke er gebruikt worden zijn hier veel verpleegkundigen aanwezig. Kennis met betrekking tot verslaving, dubbel diagnose problematiek en psychiatrie.

- Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?

Ja, het is mogelijk direct na je opleiding hier te komen werken. Verder is het zo dat er binnen de Breegweestee verschillende modules worden aangeboden. Het is de bedoeling dat iedere werknemer deze modules een keer gegeven heeft, zodat iedereen weet heeft van het onderwerp en er ook voor elkaar ingevallen kan worden.

- Werken er binnen jullie instelling ook GGz-agogen of zou dit wenselijk zijn? Wat is de motivatie hierachter?

Deze werken er nog niet, aangezien het een nieuwe opleiding is. Wel gaf dhr. Timmerman aan dat dit zeker wenselijk zou zijn, helemaal wanneer zij ook kennis hebben van de verschillende soorten psychofarmaca.

Therapieën

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?

Het therapieaanbod is onder verdeel in een aantal lijnen:

- klinische lijn: behandellijn, modules, therapieën, milieu therapie,
- sociaal juridische dienstverlening en arbeidstoeleiding: schuldsanering, werk/school,
- systeemwerk tak: alles op het gebied van gezinswerk.

Alles is geïntegreerd. Alle 3 lijnen zijn bij de MDO's met de psychiater als hoofdbehandelaar. De ene discipline is niet belangrijker dan de ander, het is belangrijk dat je samenwerkt.

Voorbeelden van modules die aangeboden worden:

- terugvalpreventie
- sociale vaardigheidstraining
- arbeidstoeleiding en scholing
- conflicthantering
- angstmanagement
- traumacursus

- In hoeverre is dit vraaggestuurd?

Als cliënt kies je zelf je behandelplan. Je hebt keuze uit een aantal modules welke je kunt volgen. Wel is het zo dat de verschillende disciplines aan de cliënten kunnen aangeven welke module voor hem/haar verstandig is om te gaan volgen, bijvoorbeeld terugvalpreventie.

- Hoe sluiten de therapieën aan op de methodiek?

Binnen de verschillende therapieën en modules wordt er oplossingsgericht gewerkt.

- Wat zijn de doelen binnen de gebruikte therapieën?

De doelen binnen de behandeling van de cliënt zijn individueel bepaald. Doordat zij zelf hun behandelplan samenstellen, zullen de doelen per therapie per individu ook verschillend zijn. Daarnaast is het zo dat, wanneer je bijvoorbeeld binnen de groep angsttraining zit, het gezamenlijke doel is omgaan met deze angst.

- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van therapie?

Voordelen zijn dat er zo veel mogelijk vraaggericht gewerkt wordt, wat maakt dat er een hoge therapietrouw is en er, tot nu toe, weinig sprake is geweest van terugval.

Over de nadelen binnen de therapieën hebben we binnen het gesprek niet gesproken.

- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?
Dhr. Timmerman gaf aan dat het huidige aanbod passend is. Wel zou hij bij enkele cliënten behandeling willen geven van langere duur betreffende systeemtherapie.
- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?
De therapieën werken met individuen in de groep. De cliënten leven in de commune, wat groepsgericht is. Daarnaast kiezen zij zelf hun behandelaanbod en doelen hierin.

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?
De cliënten die zich hier aanmelden zijn 17 jaar of ouder, wat betekent dat zij niet meer leerplichtig zijn. De meeste van hen gaan dan ook niet meer naar school. Vaak hebben de cliënten wel baantjes gehad maar door hun verslavingsproblematiek is dit stukgelopen.
- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?
Niet van toepassing
- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?
Niet van toepassing
- Hoe intensief is het samenwerkingsverband met scholen of werkplaatsen?
Binnen de behandeling werkt de cliënt eraan om contacten met werkplaatsen aan te gaan, passend bij zijn/haar behandelplan.
- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?
Wel in die zin, dat de cliënten leren van de commune. Zij moeten bijvoorbeeld gezamenlijk het huishouden regelen, de tuin onderhouden e.d.
Daarnaast kunnen de cliënten binnen de instelling zelfstandig leren, bijvoorbeeld een cursus, wanneer zij dat willen.
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
Het werken in de commune is niet vraaggestuurd, dit is onderdeel van de behandeling. Wel kun je bijvoorbeeld solliciteren op een functie binnen de commune. Het zelfstandig iets willen leren past wel binnen het vraaggestuurde werken.
- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?
Dit is in het gesprek niet naar voren gekomen.

105

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?
Tijdens de behandeling wordt er intensief met het systeem samengewerkt. In de eerste periode van de behandeling mag een cliënt echter geen contact hebben met mensen buiten de instelling. Naar mate de behandeling vordert mogen de cliënten bellen en af en toe bezoek laten komen. Vervolgens mogen de cliënten op weekendverlof, de eerste paar keren gaat er iemand vanuit de commune mee. Daarnaast komen de leden uit het systeem van de cliënten ook voor gesprekken met een systeemtherapeut (en de jongere) binnen de Breegweestee. Hierin wordt veel gesproken over het systeem van herkomst en maakt dat er onder andere weer meer communicatie binnen het gezin plaatsvindt.

- Waar bestaat dit systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?
De cliënten dienen naar mate de behandeling vordert met zijn/haar 'verkeerde vrienden' te breken. Het systeem zal dan verder bestaan uit nabije familie, zoals ouders, broers/zussen en ooms/tantes.
- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?
De methodiek richt zich met name op het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. De cliënt zal tijdens zijn behandeling binnen de Breegweestee hierin groeien. Het is goed dat het systeem hierbij betrokken wordt, zodat zij zien welke veranderingen er optreden en besproken kan worden hoe zij hiermee om kunnen gaan.
Binnen het systeem zullen alle leden moeten kijken naar wat goed/minder goed gaat en op welke manier zij hier verandering in zouden willen zien.
- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling?
De cliënten moeten in de loop van de behandeling breken met het contact met 'verkeerde vrienden'. Hierin worden bewuste keuzes gemaakt.
- Welke disciplines worden hiervoor ingezet en wat is de motivatie hierachter?
Het gehele team zal dit onderwerp bespreken omdat dit op alle leefgebieden en gebieden binnen de behandeling terugkomt.
- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?
Het doel is dat de cliënt weer met zijn/haar systeem leert communiceren en op hen leert terugvallen wanneer dit nodig is. Door de therapie zullen de verschillende leden meer zicht krijgen op elkaars wensen en leren hier op in te spelen.
- Hoe ervaren de cliënten dit?
Niet besproken tijdens het gesprek.

Minisymposium JellinekMentrum 19 februari 2008 te Amsterdam

Na de fusie, tussen de Jellinek (verslavingszorg) en Mentrum (psychiatrie), heeft JellinekMentrum op 1 november 2007 een kliniek opgestart voor jongeren van 12-23 jaar met verslavingsproblematiek en bijkomende psychiatrische problematiek (co-morbiditeit). Zij zijn toen gestart met 8 cliënten binnen de deeltijdbehandeling (16 weken, 5 dagen in de week) en zijn daarnaast begonnen met het aanbieden van poliklinische zorg voor cliënt en systeem. Tot op heden zijn er 102 cliënten aangemeld, waarvan 38 systeemleden. JellinekMentrum heeft toestemming gekregen van het ministerie van VWS tot het aanbieden van 24 bedden klinische zorg aan jeugd. Medio 2009 verwachten zij hiermee van start te gaan. Het minisymposium heeft zich met name op de deeltijdbehandeling gericht. Hierin kwam de gehanteerde methodiek naar voren welke ook binnen de klinische behandeling toegepast zal worden. JellinekMentrum is nu 3 maanden gestart met de behandeling aan jongeren, dus evident based onderzoek is hierbij nog niet van toepassing. Het doel van dit symposium was een beeld te schetsen met de ervaringen tot nu toe en welke resultaten er tot nu toe zijn behaald.

Doelgroep

Binnen deze instelling van JellinekMentrum gaat het om behandeling aan jongeren van 12-23 jaar waarbij de verslavingsproblematiek (misbruik of afhankelijkheid) op de voorgrond ligt. Daarnaast kan er sprake zijn van psychiatrische problematiek (in wording).

De eerste 3 maanden dat de instelling open was, gold als contra-indicatie jongeren met ernstige persoonlijkheidsproblematiek en gedragsstoornissen. Hier hebben zij voor gekozen omdat ze met een geheel nieuwe groep collega's zijn gestart en zij het zich in het begin niet te moeilijk wilden maken. Ook waren ze bang dat wanneer zij dit niet deden, er een grote groep jongeren met persoonlijkheidsproblematiek zich zou aanmelden.

Dit veranderd en de contra-indicaties die overblijven zijn, geen vaste verblijfplaats, een IQ onder de 65. Dit omdat de jongeren na de deeltijdbehandeling een plek moeten hebben om naar toe te gaan en omdat iemand met een verstandelijke beperking meer moeite heeft met cognitieve gedragtherapie. De cliënt kan dan overprikkeld raken en de groep geïrriteerd omdat er bijvoorbeeld veel uitleg gegeven moet worden.

107

Om een beeld te geven van de problematiek welke binnen de deeltijdbehandeling van de instelling aanwezig is, hieronder een overzicht:

Cannabis	63%	ADHD	23%
Cocaïne	10%	Stemmingsstoornissen	9%
Alcohol	19%	Psychotische stoornissen	14%
Gamen	6%	Stoornissen autistische spectrum	9%
Overig	2%	PTSS	12%
		Persoonlijkheidsstoornissen	11%
Man	64%	Psychosociaal	11%
Vrouw	36%	Overig	11 %

Binnen deze cijfers zijn de 38 systeemleden ook meegenomen.

De grootste groep cliënten zijn mannelijk, van 15-19 jaar en gebruikt cannabis.

Methodiek

De behandeling wordt stepped-care aangeboden, er zijn drie verschillende vormen mogelijk binnen JellinekMentrum, te weten:

- lichte behandeling (poliklinisch)
- matige behandeling (deeltijd)
- ernstige behandeling (klinisch)

Binnen de verschillende vormen van behandeling is er een modulair aanbod. De cliënten hebben hier geen inspraak in, het team bepaalt welke modules een cliënt gaat volgen. De modules zijn ingedeeld in vier

categorieën: verbaal, non-verbaal (omdat het met name bij deze cliënten belangrijk is dat zij veel beleven), individueel en in de groep.

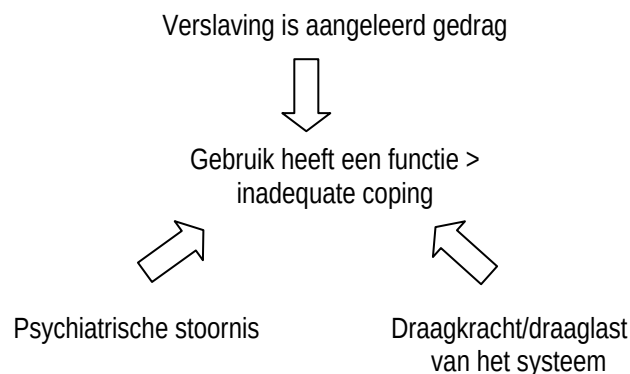
De behandeling vindt zowel individueel als in interactie met het systeem plaats. Daarnaast kunnen systeemleden zelf ook aanspraak op de behandeling maken.

Binnen de behandeling staat de verslavingsproblematiek van de cliënten voorop. Naar het psychiatrische deel wordt gekeken wanneer de verslaving onder controle is. Er wordt daarna gekeken welke verdere vorm van behandeling het meest passend zal zijn.

De jeugdkliniek van JellinekMentrum zal met dezelfde methodiek en werkmodel gaan werken als de poliklinische zorg en deeltijdbehandeling. Deze methodiek houdt in dat er gewerkt wordt met het volgende schema:

1. persoon (genetische aanleg, latente psychiatrische stoornis, persoonlijkheidskenmerken, leeftijdsfase)
2. omgeving (gebruik van ouders/vrienden, opvoedingsvaardigheden, sociaal economische klasse)
3. middel (alcohol, cannabis, harddrugs, gamen)

Aan de hand van dit schema is het volgende werkmodel ontwikkeld, hieronder een versimpelde weergave:



108

Aan de hand van dit schema wordt er gewerkt met de volgende methoden:

- Motiverende gespreksvoering
- Stadia van gedragsverandering
- Cognitieve gedragstherapie
 - Zelfcontrole
 - Vaardigheidstraining (verslaving en terugval)
 -
- Farmacotherapie
 - Psychiatrie en verslaving
 - Urine controle en blaastest (beiden zijn ondersteunend bij behandeling en worden niet gezien als straf!)
- Systeemtherapie
- Psychotherapie (in ontwikkeling is een geïntegreerde behandeling voor psychiatrie en verslaving)
- Reïntegratie (werk, scholing, toekomst)

Wanneer een cliënt terugvalt wordt dit de eerste keer besproken (in de groep), een tweede keer leidt dit tot een time-out van twee weken waarin een cliënt individuele therapie krijgt aangeboden.

Disciplines

Binnen de Jeugdkliniek van JellinekMentrum zullen de volgende disciplines aanwezig zijn:

- Verslavingsarts
- Kinder- en jeugdpsychiater
- Systeemtherapeut
- Maatschappelijk werker

- Psycholoog
- Groepswerker
- Sociaal psychiatrisch verpleegkundige
- Psychomotorisch therapeut
- Beeldend therapeut
- Testassistent
- Kok

Therapieën

Zoals hierboven beschreven bestaat het (modulair) therapieaanbod uit:

- Verbale therapieën
 - O.a. cognitieve gedragstherapie, terugvalpreventie
- Non-verbale therapieën
 - O.a. psychomotorische therapie, beeldende therapie
- Individuele therapieën en
 - O.a. psychotherapie
- Groepstherapieën
 - O.a. sociale vaardigheidstraining

Voor detoxificatie kan verslaafde jeugd in Nederland op 2 plaatsen terecht, te weten:

- Mistral, Parnassia te Den Haag en
- Bauhuus, VNN te Groningen

JellinekMentrum streeft ernaar medio 2009 drie klinische afdelingen te hebben:

1. Detox groep
2. Behandelgroep
3. Behandelgroep. Mogelijk wordt er binnen de behandelgroepen een scheiding gemaakt op leeftijd.

Detoxificatie verschilt bij jongeren en volwassenen met name op de volgende punten:

- jongeren hebben een minder lange voorgeschiedenis
- jongeren ontwennen sneller
- jongeren hebben meer kans op medicatiecomplicaties
- bij jongeren is er een andere interactie met de medicatie

Ontgiftig bij jongeren met afhankelijkheid is in de DSM4 nog niet omschreven.

School/Werk

Tot op heden biedt de jeugdkliniek geen scholingsmogelijkheden voor de jongeren aan. In de toekomst zal onderwijs geïntegreerd worden in de dagbehandeling. Het Altra College biedt speciaal onderwijs aan voor jeugd met psychiatrische problematieken en zal dit onderwijs straks gaan verzorgen. Aansluitend zal het programma van de dagbehandeling dan niet tot 14.30 uur, maar tot 17.00 uur duren.

Daarbij zal er contact zijn met de leerplichtambtenaar in verband met het regelen van 'onthefingen' voor de jongeren die dit in verband met hun draagkracht niet zouden kunnen volgen.

Verder richt de behandeling zich op de reïntegratie van de jongeren. Dit betekent dat zij dan gaan kijken naar werk, scholing en toekomst. Hiervoor worden onder andere beroepskeuzetesten gemaakt.

Systeem

JellinekMentrum vindt het vooral bij de jeugd van 12 tot 16 jaar van belang dat het systeem bij de cliënt betrokken is. Daarbij kunnen systeemleden ook individueel voor poliklinische zorg terecht.

Enkele teamleden volgen momenteel een basiscursus MDFT, waarbij op verschillende dimensies van de jongere gewerkt wordt samen met het systeem.

Vragenlijst instellingenbezoek Bauhuus, Groningen

Op 22 februari 2008 hebben wij een gesprek gehad met Eric de Vos, Afdelingshoofd van het Bauhuus, VNN. Het Bauhuus is een klinische behandelsetting voor jongens en meisjes, van 12 tot en met 18 jaar. Bij deze jongeren is er sprake van:

- middelenmisbruik c.q. verslaving
- een gestagneerde psychosociale ontwikkeling
- problematiek op meerdere leefgebieden
- hulpvraag, probleembesef en motivatie zijn afwezig of beperkt
- behandeling binnen de ambulante en residentiële jeugdzorg door complexiteit niet (meer) geïndiceerd
- een opname met een maatregel mogelijk is.

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met verslavingsproblematiek rekening gehouden met zijn/haar psychiatrische stoornis?

De behandeling richt zich in eerste instantie op de verslaving. In het begin van de behandeling is er weinig aandacht voor de psychiatrische problematiek omdat deze vaak verbleekt of juist versterkt naarmate behandeling vordert. Is er bij opname een duidelijk zichtbaar psychiatrisch probleem waar geen medicatie voor gegeven wordt kan de cliënt deze wel krijgen.

- Hoe komt dit in de therapieën naar voren?

De therapie richt zich in eerste instantie meer op de verslaving, later komt hier de psychiatrische problematiek meer aan bod.

- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?

Ja, bij de meeste opgenomen jongeren staat de verslaving op de voorgrond. Op de voorgrond staande psychiatrische problematiek is echter geen contra-indicatie (wel contra-indicatie in geval van ernstig suïcidaal gedrag of kans op psychotische decompensatie).

- Zijn er verschillende dubbeldiagnose groepen of enkel individueel?

Er wordt gewerkt met één behandelgroep en één opnamegroep.

- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?

Het Bauhuus behandelt klinisch. Jongeren zijn vierentwintig uur per dag, zeven dagen per week binnen de afdeling. Qua nazorg is er ook poliklinische zorg. Het aanbod hierin is nog klein, het zou wenselijk zijn dat deze uitgebreid wordt.

- Krijgen de cliënten een gezamenlijke behandeling of is dit per groep?

Er wordt sociotherapeutisch gewerkt, met individuen in de groep. Het gaat om de individuele behandeling van de jongere, de groep is hierbij het middel.

- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?

Het Bauhuus is als kliniek gestart zonder dat er enige vorm was van nazorg. Op dit moment zijn er mogelijkheden voor individuele psychotherapie of systeemtherapie als nazorg. Ook zijn er mogelijkheden qua kamerprojecten maar de vraag is of deze passend zijn voor de jongeren gezien deze vaak voor patiënten zijn van 18 jaar en ouder.

- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18?

De jongeren zitten in de pubertijd. Het is van belang om zo snel mogelijk te behandelen. De jongeren zijn nu nog 'kneedbaar'. Hoe ouder de jongeren wordt, hoe moeilijker het is om gedragsverandering plaats te laten vinden.

- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?

Eric de Vos is tevreden over de manier waarop zij werken binnen het Bauhuus, deze komt dicht bij het ideale, al zijn er nog wel wensen en zijn er ook enkele nadelen te noemen. Deze komen verder in de notulen naar voren.

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?

Sociotherapie staat voorop qua methodiek. Er wordt in de groep gewerkt, geprofiteerd van het groepsgebeuren. Daarbij wordt er gebruik gemaakt van de volgende methoden:

- Ontwikkelingspsychologie
- Psycho-educatie
- Cognitieve methoden
- Gedragstherapeutische methoden
- Systeemtheorie

- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?

Er wordt met name in de groep behandeld, dit gezien het sociotherapeutisch klimaat. Het individu staat op de voorgrond en de groep wordt gezien als middel. Naast het groepsprogramma is er een standaard individueel programma voor alle jongeren, zoals psychotherapie en systeemtherapie (met het systeem). Ook zijn er op indicatie individuele therapieën mogelijk zoals PMT.

- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?

Er wordt gewerkt met een sociotherapeutisch milieu waarin 'veiligheid' moet zijn. Onder deze veiligheid verstaat Eric de Vos dat de jongeren de mogelijkheid hebben om uit te spreken waar zij mee zitten, dat zij hun gevoel kunnen laten zien zonder dat de jongeren elkaar uitlachen.

- Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?

Veiligheid staat aan de basis van een goede behandeling. Zonder veiligheid zal er geen of moeilijker veranderingsproces op gang gebracht worden.

- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?

Het nadeel van de manier waarop binnen het Bauhuus gewerkt wordt is dat de cliënten 'afhankelijk' gemaakt worden. Het blijkt dat ze moeite hebben met loslaten, ze zijn 'verslaafd aan de behandeling'.

Er zou meer en sneller teruggegeven moeten worden aan de jongeren. En er zou een tussenvorm moeten komen tussen behandeling en naar huis gaan. De jongeren hebben behoefte om de 'afhankelijkheid' af te bouwen.

De voordelen komen in de notulen verder naar voren.

- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?

Om behandeling te kunnen volgen is een IQ van rond de 80 minimaal. Binnen de behandeling wordt gewerkt met inzichtgevendende therapieën, met een lager IQ is het lastig om deze te kunnen volgen. Bij de opnameafdeling kunnen jongeren met een licht verstandelijke handicap wel terecht, omdat hier de eisen minder hoog zijn.

- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?

- ontoereikende verstandelijke vermogens
- overheersende psychiatrische problematiek, b.v. ernstig suïcidaal gedrag, kans op psychotische decompensatie.
- Problematiek van zodanige ernst, dat behandeling in een gesloten setting is geïndiceerd.

- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?

Er wordt gewerkt op de volgende leefgebieden:

- ouders en gezin
- gedrag/emoties/cognities
- lichamelijke en seksuele ontwikkeling
- sociale contacten c.q. sociale vaardigheden
- wonen
- school en werk
- hobby's en talenten
- politie en justitie

De jongeren hebben vaak problemen op meerdere leefgebieden. De doelen van behandeling op deze leefgebieden zijn:

- onder controle brengen van de verslaving
- opgang brengen van probleembesef en motivatie
- op gang brengen van identiteitsontwikkeling
- en bewerken van de problematiek binnen de leefgebieden.

- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?

Niet besproken.

- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?

Ja, dat kan, want deze manier van werken wordt gebruik van jongeren van 12 tot en met 18 met dubbeldiagnose problematiek.

- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?

Er is sprake van eigen verantwoordelijkheid. De visie is dat de jongeren voor opname teveel verantwoordelijkheid hebben gehad. Daarom wordt er gekozen om de jongeren wel verantwoordelijkheid te geven, maar niet te veel en afhankelijk van de fase waarin zij zich bevinden.

- Geeft deze methodiek positieve resultaten en is dit te onderbouwen met onderzoek? (welk onderzoek)

Er is een doorlopend onderzoek naar de methodiek, hier zijn echter nog geen resultaten van. Wel zijn er resultaten van onderzoek naar de behandeling vanuit oogpunt van de cliënt en de hulpverleners. Deze gegevens staan op internet.

- Wordt er ook seksespecifiek gewerkt?

Ja, er wordt gewerkt met een jongens- en een meidengroep. In deze groepen worden seksespecifieke onderwerpen besproken. In geval van ernstig/problematisch seksueel misbruik wordt dit doorverwezen naar gespecialiseerde afdelingen

Disciplines

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?

Binnen het Bauhuus wordt er gewerkt met de volgende disciplines

- Afdelingshoofd algemeen verantwoordelijk
- Twee hoofdbehandelaren, een voor de behandelafdeling en één voor de opname afdeling een verslavingsarts
- Zorgcoördinator
- Systeemtherapeuten 2
- Psychotherapeut
- Creatief therapeuten

- Sociotherapeuten (geen GGz-agogen, verpleegkundigen of sociotherapeuten)
Algemene docent
 - Sociaal juridische dienstverlening
 - Sportleraar
 - Kind en jeugdpsychiater (wordt ingehuurd)
 - Secretaresse
 - PMT (en andere individuele therapieën) worden aangeboden op indicatie
- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?
Niet besproken
 - Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?
Niet besproken
 - Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?
In principe kun je als SPH'er of HBOV'er zo aan de slag. Er was zeer veel interesse voor de GGz-agoog.
 - Werken er binnen jullie instelling ook GGz-agogen of zou dit wenselijk zijn?
Nee, de bekendheid van de GGz-agoog binnen het Bauhuus is minimaal. Na uitleg over de inhoud van het certificaat is Eric de Vos zeer geïnteresseerd om deze functie ook binnen het Bauhuus in te gaan zetten.
 - Wat is de motivatie hierachter?
De onbekendheid in eerste instantie.

Therapieën

113

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?
Er wordt gewerkt met de volgende therapieën:
 - Systeemtherapie
 - Beeldende therapie
 - Sociale vaardigheidstraining
 - Psychotherapie
 - Terugvalpreventie
 - Taallessen
 - Lessen in Kunst, muziek, politiek en morele ontwikkeling
 - Sport
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
Het programma is niet vraaggestuurd. Wel wordt er gewerkt met blokken waarin bepaalde modules gevolgd worden.
Ook worden onderwerpen die spelen in de groep opgepakt om hier aan te gaan werken. Door het programma heen modules, niet vraaggestuurd. Maar dan wel de groep daarin gebruiken.
- Hoe sluiten de therapieën aan op de methodiek?
Niet besproken
- Wat zijn de doelen binnen de gebruikte therapieën?
De doelen zijn gericht op het individu. Alle cliënten hebben individuele doelen.
- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van therapie?
Niet besproken

- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?
Uitbreiding zou wenselijk zijn in de vorm van PMT en muziektherapie. De non-verbale therapieën werken goed bij de jongeren
- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?
Therapieën (m.u.v. psychotherapie en systeemtherapie) worden in de groep aangeboden. Daarnaast kan er op indicatie ook passende therapie aangeboden worden.

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?
De jongeren hebben allemaal een ontheffing van de leerplichtambtenaar. Deze wordt in de meeste gevallen geregeld door de voogd, ouders of verwijzer. In de eerste fasen van de behandeling mag een jongere sowieso niet naar school, of deze dit nou wel of niet wil. De reden hiervan is dat de jongere zich geheel op de behandeling moet richten. Vanaf fase vier wordt er van de jongeren verwacht dat zij langzaam weer starten met school of werk.
- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?
De jongeren gingen vaak vooraf aan de behandeling al niet meer naar school. Bij behandeling krijgt de jongere ontheffing van de leerplicht. Opname wordt hierbij gezien als ziekenhuisopname.
- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?
Er is maar weinig contact tussen het Bauhuus en de leerplichtambtenaar. Binnen de behandeling wordt er enige scholing aangeboden en de jongere wordt geacht scholing of werk weer op te pakken binnen de behandeling.
- Hoe intensief is het samenwerkingsverband met scholen of werkplaatsen?
Er wordt nu samengewerkt met een scholengemeenschap waar in de toekomst de jongeren mogelijk les kunnen krijgen. Binnen deze school zouden zij dan kunnen onderzoeken wat voor hen het meest passend is.
- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?
Er wordt van de jongeren verwacht dat zij met scholing of werk beginnen tijdens de afdeling. Zo kunnen zij binnen de behandeling merken waar zij tegen aan lopen en hier iets mee doen.
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
Ja, er wordt vraaggestuurd gewerkt qua opleiding, scholing of werk. Daarbij wordt er echter wel rekeninggehouden met de leerplichtwet, die tot 18 jaar geldt.
- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?
Als het Bauhuus samen gaat werken met een scholengemeenschap zal de school op de hoogte zijn van de opname. De inhoudelijke details hoeven zij hier dan niet van te weten.

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?
Het sociale systeem wordt intensief betrokken bij de behandeling. Zo zijn er systeem gesprekken. Nog aanvullen!
- Waar bestaat dit systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?
Het systeem waarmee binnen de behandeling gewerkt wordt bestaat uit personen die belangrijk zijn in het leven van de jongere. Het zou dus bijvoorbeeld kunnen bestaan uit ouders, broers, zussen, opa's, oma's of vrienden.

- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?

In de methodiek is de methode systeemtheorie opgenomen, dit maakt dat systeemtherapeutische interventies prima aansluiten op de methodiek.

- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling? Te denken aan 'verkeerde vrienden'.

Ja, de jongeren mogen niet in contact komen met hun gebruikersvrienden. Zo worden binnen de behandeling de telefoons van de jongeren bijvoorbeeld ingenomen om niet telkens geconfronteerd te worden met de namen in het adresboek. Dit wordt namelijk gezien als gebruikersmiddel.

Als vrienden op bezoek willen komen is dit mogelijk, vaak wordt deze dan eerst gezien door de systeemtherapeut om te bekijken wat de relatie is tussen de jongere en zijn/haar vriend(in).

- Welke disciplines worden hiervoor ingezet en wat is de motivatie hierachter?

De systeemtherapeut is intensief betrokken bij de jongere als bij het systeem.

- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?

Omdat de jongeren na behandeling mogelijk weer thuis gaan wonen is het belangrijk dat het contact tussen de cliënt en het sociale systeem in een goede balans is.

- Hoe ervaren de cliënten dit?

Niet besproken

Vragenlijst instellingenbezoek Karakter, Zwolle

Op 25 februari 2008 is er een meeloopdag geweest bij Karakter te Zwolle. Karakter is een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Groep drie is voor 8 jongeren van 12 tot 18 jaar oud.

Doelgroep

- Hoe wordt er in de behandeling van een cliënt met psychiatrische problematiek rekening gehouden met zijn/haar verslaving?
Binnen groep drie komt het weinig voor dat er sprake is van verslaving. Momenteel is er toevallig één jongere opgenomen met verslavingsproblematiek. De behandeling hiervan is heel goed gegaan, de jongere kan de behandeling bijna afronden.
- Hoe komt dit in de therapieën naar voren?
De therapieën zijn gericht op psychiatrische problematiek. Omdat verslaving bijna nooit voorkomt onder de jongeren wordt deze niet behandeld. In geval van verslaving wordt hier rekening mee gehouden en de therapie zonodig op aangepast.
- Moet de verslaving op de voorgrond liggen?
Niet van toepassing
- Wordt er binnen de instelling klinisch behandeld, met dagbehandeling, ambulant e.d.?
Groep drie is een klinische behandelsetting, waar de jongeren vierentwintig uur per dag verblijven. In het weekend kunnen de jongeren om en om een dag of twee dagen naar huis. Naast de klinische behandeling biedt Karakter ook dagbehandeling en poliklinische behandeling.
- Krijgen deze groepen een gezamenlijke behandeling of is dit per groep?
Niet van toepassing
- In hoeverre is er sprake van nazorg en hoe ziet dit eruit?
Nazorg wordt vaak geregeld door dagbehandeling of poliklinische zorg. In de meeste gevallen gaan de jongeren weer terug naar huis, na opname.
- Wat is volgens jullie het verschil bij de behandeling aan mensen vanaf 18 jaar en jongeren onder de 18?
De jongeren zitten in de pubertijd, daar moet rekening mee gehouden worden. De jongeren willen eigenlijk niet behandeld worden, motivatie is vooral in het begin extern. De jongeren moeten bij de hand genomen worden, ze kunnen nog niet teveel eigen verantwoordelijkheid aan.
- Wat zou de meest ideale vorm van behandeling zijn?
De manier waarop binnen groep drie van karakter wordt zou volgens Karen Weertman passend zijn.

116

Methodiek

- Volgens welke methodiek of combinatie van methodieken, werken jullie binnen de instelling?
Binnen groep drie van Karakter wordt er gewerkt met competentiegericht werken. Deze methodiek legt de nadruk op het positieve in een situatie. Als iemand bijvoorbeeld te laat thuis komt wordt hier niet bestraffend naar positief naar gekeken: 'Ik vind het fijn dat je thuis bent gekomen, maar zou je in vervolg iets eerder thuis kunnen komen, want ik maak me ongerust'.
Ook wordt er veel gewerkt met beloningssystemen,
Er wordt in de behandeling heel erg de nadruk gelegd op basisvaardigheden. Zo wordt er voor het eten gebeden en eten jongeren met mes en vork. Het gaat om de basale dingen die je jongeren niet altijd geleerd hebben, zonder deze vaardigheden kunnen zij niet verder.

De groepleiders hebben geleerd door de nieuwe methodiek dat je uit moet spreken wat wel en niet kan en wat je verwachting is. Dit heel concreet. Het competentiegericht werken is altijd de waaromvraag stellen.

- Wordt er met name individueel of in een groep behandeld?
De jongeren leven in een groep, hebben elk hun eigen kamer, maar activiteiten als eten, en bepaalde therapieën worden samen gedaan. Hierbij gaat het echter wel om eigen doelen. Er wordt niet sociotherapeutisch gewerkt, het gaat puur om de vooruitgang van het individu.
- Welk milieu willen jullie met deze methodiek neerzetten?
Het milieu dat wordt neergezet moet vooral veilig zijn. Situaties waar de jongeren uit vandaan komen zijn vaak onveilig geweest. Door o.a. veel te concretiseren en plannings te maken ontstaat er veiligheid en structuur voor de jongeren. Omdat veel jongeren problemen hebben in het autistisch spectrum is dit van groot belang.
- Waarom hebben jullie hiervoor gekozen?
Omdat dit is wat de jongeren nodig hebben. Zonder structuur en veiligheid kunnen zij zich niet ontplooiën en zullen zij niets hebben aan de behandeling.
- Wat zijn de voordelen en nadelen van de methodiek, in interactie met de cliënten en qua inhoud van je vak?
Niet besproken.
- Wat moet de draagkracht zijn van een cliënt om volgens deze methodiek behandeld te worden?
Niet besproken.
- Is er binnen jullie instelling ook sprake van contra-indicatie?
Niet besproken.
- Op welke leefgebieden van de cliënt gaan jullie in tijdens de behandeling? En waarom?
Er wordt op alle leefgebieden gewerkt waar de jongere problemen heeft.
- Zijn de cliënten tevreden met het werken volgens deze methodiek? En hoe ervaren jullie dit als medewerkers?
Ja, het competentiegericht werken zorgt voor meer positiviteit en minder straf. Er werd voorheen veel gewerkt met regels en daar wil men een beetje vanaf. Door de structuur van het competentiegericht werken ontstaan regels vanzelf, al worden deze dan geen regels genoemd.
- Denken jullie dat deze methodiek ook toegepast zou kunnen worden binnen een klinische behandelsetting voor jongeren met een dubbele diagnose tussen de 14 en 18 jaar?
Ja.
- Zo ja, wat is de motivatie hierachter?
De doelgroep waarmee binnen karakter gewerkt wordt is qua leeftijd hetzelfde. Verschil is de verslavingsproblematiek.
- Wordt er veel aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de cliënt en verschilt dit ook per cliënt in verband met draagkracht en wat is de motivatie hierachter?
De cliënten hebben eigen verantwoordelijkheid in de zin van zelfstandig om hun zakgeld vragen, het doen van taken als afruimen van de tafel, stofzuigen, het schoon houden van hun eigen kamer etc. De methodiek is niet heel erg gericht op eigen verantwoordelijkheid.

- Wordt er binnen de instelling ook seksspecifiek gewerkt?
Binnen groep 3 wordt er niet seksspecifiek gewerkt.

Disciplines

- Welke disciplines zijn er binnen de instelling aanwezig?
 - Creatief therapeut
 - Groepsleiders (verpleegkundigen en SPH'ers, en één GGz-agoog!)
 - Systeemtherapeut
 - Ouderbegeleider
 - Kinder- en jeugdpsychiater
 - Stagiaires Calo (voor sportmix)
 - Psychomotorisch therapeut
- Waarom passen de disciplines, zoals in de instelling gebruikt, binnen deze methodiek?
Niet besproken
- Wat zijn eisen/kenmerken voor de medewerkers binnen de instelling (wanneer ben je wel/niet geschikt om hier te werken)? En waarom?
Om binnen groep drie te kunnen werken moet het samenwerken met collega's en de doelgroep je aanspreken. Je moet kennis hebben van competentiegericht werken en van de psychiatrische problematiek.
- Wat is de toepasbaarheid voor het personeel? Kunnen zij na hun studie bijvoorbeeld direct met de methodiek werken of bieden jullie hier een interne cursus voor aan o.i.d.?
De toepasbaarheid is vrij gemakkelijk. Door het lezen van het boek wordt de methodiek als snel duidelijk. In het team wordt onderling veel feedback gegeven zodat er goede hulpverlening geboden kan worden.
- Werken er binnen jullie instelling ook GGz-agogen of zou dit wenselijk zijn?
Binnen groep drie werkt er één GGz-agoog. Zij past goed binnen het team, heeft de kennis van psychiatrische stoornissen, maar als net afgestudeerden van de reguliere SPH.
- Wat is de motivatie hierachter?
Ik weet niet of er bewust gekozen is voor een GGz-agoog. Waarschijnlijk is het belangrijk geweest dat de GGz-agoog kennis heeft op gebied van psychiatrie. De GGz-agoog is wel twee schalen hoger ingeschaald als een andere nieuwe medewerker met een reguliere SPH opleiding.

118

Therapieën

- Met welke therapieën wordt er gewerkt? En wat is de motivatie hierachter?
Er wordt gewerkt met de volgende therapieën:
 - WW (weekend/week voor/na bespreking)
 - Dagafsluiting
 - Sociale vaardigheidstraining
 - Cognitieve therapie
 - Psycho-educatie
 - Creatieve therapie
 - Psychomotorische therapie
 - Systeemtherapie
 - Ouderbegeleiding
 - Sportmix
 Daarbij hebben de jongeren gesprekken met de psychiater waarneer nodig/wenselijk.

- In hoeverre is dit vraaggestuurd?

Het er wordt aanbod gericht gewerkt, op indicatie kan er gewerkt worden met individuele therapieën in plaats van groepstherapieën.

- Hoe sluiten de therapieën aan op de methodiek?
De methodiek richt zich vooral op het positief benaderen en het maken van kleine concrete stappen. Dit komt in de therapieën terug door bijvoorbeeld het nemen van kleine stappen bij leerdoelen.
- Wat zijn de doelen binnen de gebruikte therapieën?
De jongeren hebben week- en weekenddoelen. Deze doelen worden op maandag en vrijdag geëvalueerd en bijgesteld/veranderd.
- Wat zijn de voordelen en wat zijn de nadelen binnen de vormen van therapie?
Niet besproken.
- Zijn er nog wensen voor uitbreiding van het therapieaanbod?
Niet besproken, er is wel besproken dat non-verbale therapieën voor de jongeren erg prettig zijn.
- In hoeverre zijn deze therapieën individueel en/of in een groep?
In de meeste gevallen zijn de therapieën in een kleine groep (4). Op indicatie wordt er echter ook individuele therapie gegeven.

School/werk

- Gaan jullie cliënten ook naar school of naar het werk?
De jongeren zijn leerplichtig en moeten hierdoor ook naar school. De jongeren gaan 's morgens naar school en komen 's middags thuis voor het therapieprogramma.
- Hoe is dit geregeld in verband met leerplicht?
De jongeren gaan gewoon dagelijks naar school (wel korter dan normaal gesproken)
- Welke afspraken zijn gemaakt met de leerplichtambtenaar?
Niet besproken.
- Hoe intensief is het samenwerkingsverband met scholen of werkplaatsen?
De school is op de hoogte van de behandeling omdat de jongere niet het gehele lesprogramma kan volgen. De school weet echter niet de specifieke details.
- Bieden jullie binnen de instelling ook scholing of werkervaring aan?
Groep drie biedt zelf geen scholing of werkervaring aan maar begeleid de jongeren wel bij de weg hier naar toe of de moeilijkheden waar zij tegen aan lopen.
- In hoeverre is dit vraaggestuurd?
De jongeren hebben vrijheid qua school/werk keuze.
- In hoeverre wordt de school of de werkplaats op de hoogte gebracht van de achtergrond van de cliënt?
Is de cliënt hier zelf verantwoordelijk voor?
Omdat het lesprogramma ingekort moet worden voor de jongere is de school of werkplaats op de hoogte van de behandeling. Er worden echter geen specifieke details gegeven wanneer dat niet nodig is.

Sociaal systeem

- Werken jullie tijdens de behandeling van een cliënt intensief samen met het systeem?
Het systeem wordt actief betrokken bij de behandeling. Op dinsdag en donderdag avond mag de jongere met zijn/haar ouders bellen. De mentor van de jongere heeft wekelijks telefonisch contact met

ouders om te bespreken hoe het gaat met de jongere en wat de ouders ervaren als de jongere thuis is. Wanneer er een stafbespreking is (MDO) geweest zijn ouders aanwezig bij de uitkomst hiervan. Ouders krijgen verder ouderbegeleiding van een speciale ouderbegeleider en kunnen uitgenodigd worden voor systeemtherapie.

- Waar bestaat dit systeem dan uit (school, vrienden, familie etc.)?
Het systeem waarmee intensief contact is bestaat veelal uit de ouders van de jongere. Broertjes en zusjes kunnen echter ook betrokken worden bij systeemtherapie.
In de behandeling van de jongere is ook aandacht voor andere leden uit het sociale systeem, zoals vrienden en school.
- In hoeverre past dit binnen de gebruikte methodiek?
Niet besproken
- Worden er bewuste keuzes gemaakt in met wie een cliënt wel/niet in interactie kan zijn tijdens de behandeling?
Hier is niet specifiek over gesproken. Jongeren kunnen tijdens de behandeling wel samen met vrienden of vriendinnen afspreken, bijvoorbeeld in de stad. Volgens mij is er dan geen controle op met wie de jongere afsprekt.
- Welke disciplines worden hiervoor ingezet en wat is de motivatie hierachter?
De systeemtherapeut en ouderbegeleider als de groepsleiders zijn allen betrokken bij het sociale systeem van de jongere.
- Wat is het doel van het betrekken van het systeem binnen de behandeling voor de cliënt?
Veelal gaat de jongere weer terug naar het huis van de ouders na behandeling. Het is van belang dat de ouder weten op welke manier zij het beste om kunnen gaan met de jongere, de jongere zal veranderd zijn na behandeling en de ouders moeten hierin mee veranderen.

Notulen naar aanleiding van een gesprek met Mw. Cremers, leerplichtambtenaar van de gemeente Zwolle.

Op 12 maart 2008 hebben wij een gesprek gehad met Mw. Cremers, leerplichtambtenaar te Zwolle. De doelgroep van Mw. Cremers bestaat uit de jongeren van het MBO en het praktijkonderwijs. In Zwolle wordt gewerkt met 6 leerplichtambtenaren.

In het kader van het afstudeerproject hebben wij Mw. Cremers een aantal vragen gesteld, hieronder staan de vragen met daarbij behorende antwoorden.

- Wanneer jongeren binnen Zwolse Poort opgenomen worden, zijn zij dan nog verplicht om onderwijs te volgen? Of zijn hier dan bepaalde regelingen voor?
- Wat houden deze regelingen in en waarom wordt op dat moment voor deze manier gekozen? Of zou een instelling onderwijs moeten aanbieden?

Alle jongeren van vijf tot achttien jaar verplicht tot het volgen van onderwijs tot de jongere een startkwalificatie heeft. In sommige gevallen is het niet mogelijk om onderwijs te volgen, hiervoor kan aanvraag gedaan worden tot een vrijstelling.

In het geval van de Zwolse Poort zijn er twee mogelijkheden:

1. Een jongere is in staat naar de behandeling onderwijs te volgen.
2. Een jongere is niet in staat naast de behandeling onderwijs te volgen. In dit geval moet er een aanvraag tot vrijstelling worden gedaan. Dit kan ook als iemand nog thuis is, wanneer er zodanige ernstige psychiatrische of lichamelijke stoornis is dat hij geen onderwijs kan volgen. Om vrijstelling te krijgen in het geval van psychiatrische problematiek dient een psycholoog of psychiater een verklaring af te leggen hiervoor. Dit mag niet de eigen behandelaar zijn. ervaringen bij het RIAGG zijn dat het niet zo gauw gebeurt dat iemand niet in staat wordt geacht het onderwijs te volgen omdat men er vanuit gaat dat het belangrijk is om de structuur in het dagelijks leven te behouden. School is hierin een belangrijk onderdeel omdat de jongere ook zijn of haar sociale contacten heeft.

- Wat zijn tot nu toe ervaringen met klinisch opgenomen jongeren?

Vorig jaar heeft mw. Cremers een meisje van 16 jaar oud begeleid. Zij was verslaafd aan cocaïne en had ADHD en een dystime stoornis. Om aan cocaïne te komen prostitueerde het meisje en stal ze. Het bleek heel lastig om een passende behandeling te vinden, uiteindelijk is ze opgenomen binnen Kairos in Nijmegen. In de behandeling merkte ze dat er erg veel vrije tijd was, ze vond het lastig om hiermee om te gaan. Momenteel is het meisje afgekickt van de cocaïne maar gebruikt ze wel meer alcohol dan wenselijk zou zijn. Ze volgt een reguliere MBO-opleiding.

Volgens mw. Cremers is het belangrijk dat er niet teveel gaten vallen in de behandeling, zodat de jongere het nut van de behandeling in blijft zien.

- Zou je je als instelling moeten richten op onderwijs of op werk?

Het voordeel van onderwijs op de instelling is dat je iets hebt waar de jongeren terecht kunnen. Een lastig punt hierin is dat je een hele grote verscheidenheid zult moeten hebben in het aanbod. Dit is niet gemakkelijk vorm te geven, om te bieden wat de jongeren nodig hebben. De programma's zullen vooral nuttig moeten zijn en niet te vrijblijvend.

Iemand zomaar op een andere school poten is ook heel lastig. Vooral als de jongere uit een andere provincie komt. Daarbij kun je het de school ook bijna niet aandoen om jongeren met dermate ernstige problematiek te plaatsen wanneer behandeling net gestart is.

Wanneer het mogelijk is dat een jongere de scholing hervat op zijn/haar eigen school zou dit het meest ideaal zijn.

- Zit hier verschil in tussen de jongeren van 14, 15, 16, 17 of 18 jaar?

Alle jongeren van vijf tot achttien jaar zijn leerplichtig. Wanneer een jongere wegens lichamelijke of psychiatrische problematiek geen onderwijs kan volgen kan er een vrijstelling afgegeven worden. Deze vrijstelling dient aangevraagd te worden door de ouders, verzorgers of gezinsvoogd bij de gemeente waarin de jongere staat ingeschreven in het bevolkingsregister. Leeftijd speelt hierin geen rol.

De leerplichtambtenaar heeft geen besluitvorming in het afgeven van vrijstelling. Wanneer vrijstelling wordt aangevraagd moet hierbij een verklaring zijn van de psycholoog of psychiater. Wanneer deze aangeeft dat

het vrijstelling nodig is, krijgt de jongere het ook. Er kan dan enkel nog gekeken worden naar de duur van de vrijstelling. Dit kunnen jaren, maanden of voor altijd zijn.

- Zijn er scholen binnen Zwolle (en/of omgeving) die zich richten op jongeren met ernstige problematiek, waar de jongeren eventueel tijdens opname terecht zouden kunnen?

De Ambelt is de belangrijkste school in deze omgeving. Zij bieden scholing aan zeer moeilijk opvoedbare kinderen (ZMOK) en aan langdurig zieke kinderen (LZK). Dit zijn veelal jongeren met een autismespectrum stoornis, epilepsie, aangeboren hersenletsel etc.).

Verder heb je het reguliere onderwijs, mbo, voortgezet.

Binnen het MBO en het voortgezet onderwijs wordt gewerkt met zorg advies teams, die waren er altijd al op alle scholen voor voortgezet onderwijs en zijn nu ook op het MBO. In deze teams worden leerlingen in besproken waar veel problemen naar voren komen op school

In deze teams hebben leden van de volgende instelling zitten: Bureau Jeugdzorg, Leerplichtambtenaar, GGD, maatschappelijk werk (MBO), MEE, Tactus. De Riagg is ook op afroep beschikbaar, wanneer dat nodig is bij psychiatrische problematiek.

Om jongeren te bespreken in deze teams moeten de ouders toestemming geven, en de jongere zelf vanaf 16 jaar (tenzij je het als hulpverlener anoniem bespreekt). Momenteel wordt er gezocht naar manieren waarop dit meer afgedekt kan worden, zo is er nu een pilot gaande waarbij er in de onderwijsovereenkomst al staat beschreven dat jongeren eventueel besproken kunnen worden. Op deze manier hoeft het alleen maar gemeld te worden aan de leerling/ouders.