

De stap naar buiten

Beschermd wonen na een klinische
intensieve behandeling



Caroline Place
Sonja van Rooijen

De stap naar buiten

Beschermd wonen na een klinische intensieve
behandeling

Trimbos-instituut, Utrecht, 2011



Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever

Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU)

Financiering

SBWU

Projectleiding

Sonja van Rooijen (Trimbos-instituut)

Harry Ietswaard (SBWU)

Nynke Scheuneman (SBWU)

Auteur

Caroline Place (Trimbos-instituut)

Sonja van Rooijen (Trimbos-instituut)

Productiebegeleiding

Kathy Oskam

Omslagontwerp

Ladenius Communicatie

Beeld

www.istockphoto.com

Personen afgebeeld op de omslag van deze uitgave zijn modellen en hebben geen relatie tot het onderwerp van deze uitgave of ieder onderwerp binnen het onderzoeksdomein van het Trimbos-instituut.

ISBN 978-90-5253-720-7

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer AF1114

Trimbos-instituut

Da Costakade 45

Postbus 725

3500 AS Utrecht

T: 030-297 11 00

F: 030-297 11 11

© 2011, Trimbos-instituut, Utrecht.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veeleevoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van het Trimbos-instituut.

Inhoudsopgave

Voorwoord	5
Inleiding	7
1. Veilige woonomgeving	9
Woonvorm in woonwijk	9
Kleinschaligheid en huiselijkheid	9
Kantoor en begeleiding op locatie of op kleine afstand van woning	10
Alcohol- en drugsvrije omgeving	10
Huisregels	10
Crisisopvang	11
2. Stapsgewijze overgang	13
Stappenplan van aanmelding tot plaatsing	13
Gefaseerde instroom op maat met uitgebreide kennismaking	15
Intensieve begeleiding in beginperiode	15
Ambulante behandeling	15
Kruisbestuiving in werkwijze	15
3. Essentiële onderdelen van begeleiding	17
24-uursaanwezigheid en beschikbaarheid	17
Structuur bieden	17
Dagbesteding	17
Vallen en opstaan principe	20
Begrenzing en subtiele manier van sturing: herstelondersteunend en directief	20
Methodisch werken	21
Vroegsignalering/signaleringsplan	23
Proactieve begeleiding op het gebied van middelengebruik	24
Bemoeizorg	25
Behandelelementen	25
Omgaan met delictgeschiedenis	26
Oog voor groepsdynamica	27
Betrekken van sociale omgeving	27
4. Deskundig team	29
Team van persoonlijk begeleiders (hbo-niveau) en woonbegeleiders (mbo-niveau)	29
Personeelsbeleid op basis van vereiste eigenschappen en vaardigheden	30
Gevarieerd team	32
Specifieke trainingen en cursussen	33
Reflectie, uitwisseling en feedback	33
Zorgvuldige schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht	34
5. Samenwerking met ketenpartners: intensief en transparant	35
Kennismaking en leren van elkaar	35
Duidelijke rolverdeling	35
Afspraken over betrokkenheid behandel- en begeleidingsplan(bespreking)	35
Goede informatie-uitwisseling	36
Triangelwerkwijze	36
Wederzijdse terugkeergarantie	36
Heldere criteria en afspraken over instroom en doorstroom	37
Samenwerkingsovereenkomst	38
Nawoord	39
Literatuur	41

Voorwoord

Er is een tekort aan woonvoorzieningen waar mensen terecht kunnen na een klinische intensieve behandeling. Bij gebrek aan voldoende vervolgvorzieningen voor wonen en begeleiding is er een groep die noodgedwongen en langer dan nodig aangewezen is op een klinisch verblijf. Onder meer gaat het om mensen die behandeld worden in een forensisch psychiatrisch centrum (voorheen TBS-instelling), een forensisch psychiatrische afdeling of een psychiatrische kliniek waar gespecialiseerde behandeling wordt geboden (klinisch intensieve behandeling). De doorstroming naar vervolgvorzieningen waar mensen zelfstandiger een bestaan kunnen leiden stagneert, waardoor de plaatsen voor intensieve behandeling gedeeltelijk bezet worden door de verkeerde doelgroep, de zogenoemde verkeerde bedden problematiek. Om dit probleem het hoofd te bieden is in Utrecht een intensieve samenwerking ontstaan tussen de Van der Hoeven Kliniek en de Stichting Beschermende Woonvormen in Utrecht (SBWU). Patiënten vanuit de kliniek voor intensieve behandeling binnen het forensisch psychiatrisch centrum (Van der Hoeven Kliniek) kunnen terecht in een beschermende woonvorm (BW) van de SBWU die specifiek daarop is ingericht, BW Hoograven. Het transmuraal team van de Van der Hoeven Kliniek biedt behandeling, terwijl de SBWU verantwoordelijk is voor de woonbegeleiding. Er is een intensieve samenwerking tussen beide instanties. Zo zijn de medewerkers van de Van der Hoeven Kliniek beschikbaar voor advies en consult en biedt de kliniek een achterwachtfunctie voor bewoners die terugvallen en in crisis raken. Zo nodig kan direct een tijdelijke opname geregeld worden als de situatie dat vereist. De overplaatsing van patiënten naar de BW wordt in alle gevallen zorgvuldig voorbereid in een voortraject waarin medewerkers van de Van der Hoeven Kliniek en BW Hoograven samen met de patiënt optrekken (warme overdracht).

De overgang van een klinisch intensief verblijf naar een beschermende woonvorm is voor de betreffende patiënten erg groot. Het eerste type voorziening wordt gekenmerkt door strikte regels, inperking van vrijheden en veel accent op beheersing van gedrag en veiligheid. In een beschermende woonvorm vallen deze kaders grotendeels weg. Patiënten verruilen hun 'patiëntenrol' voor een 'rol' als bewoner en ervaren opeens veel meer zelfstandigheid en vrijheid. In plaats van een kamer in een gesloten kliniek wonen mensen weer in een woonwijk met alle verleidingen van dien. De gestructureerde kaders vanuit de kliniek met een voorspelbaar dagritme zijn niet meer aanwezig en bewoners zijn veel meer op zichzelf aangewezen hetgeen het nodige vraagt aan zelfdiscipline en zelfcontrole. Dit stelt uiteraard ook hoge eisen aan de begeleiding van de beschermende woonvorm. De begeleiding heeft tot taak om bewoners goed op te vangen en te begeleiden en te voorkomen dat mensen terugglijden in ongewenste oude patronen, zoals verslaving en recidive. Behandelaars en begeleiders moeten erop bedacht zijn dat er talloze 'triggers' zijn voor de bewoners en daarop anticiperen. En zij moeten in staat zijn om bewoners andere wegen voor te houden en hen daar naartoe te begeleiden en ruimte te maken voor hun herstelproces.

Het is belangrijk te constateren dat de dynamiek in een reguliere beschermende woonvorm heel anders van aard is dan in een woonvorm die specifiek bestemd is voor mensen die afkomstig zijn uit een zeer gestructureerde klinische, (forensische) gesloten setting. Om die reden heeft de SBWU opdracht gegeven aan het Trimbos-instituut om onderzoek te verrichten naar de wijze waarop de begeleiding in BW Hoograven gestalte krijgt en wat belangrijke factoren zijn om de begeleiding succesvol te maken. In deze publicatie wordt hiervan een weergave gegeven die bruikbaar is voor vergelijkbare woonvoorzieningen en andere organisaties. Ook worden belangrijke thema's uitgelicht, zoals omgaan met middelengebruik en grensoverschrijdend gedrag; begrenzing en vrijheid; behandeling en begeleiding, ruimte voor herstel.

BW Hoograven bestaat sinds 2005, inmiddels ruim zes jaar. In de achterliggende jaren is voortdurend gezocht naar succeselementen om de begeleiding aan een complexe doelgroep, veelal met verslavingsproblemen, vorm te geven. Het was een proces van vallen en opstaan en met de nodige valkuilen. Gaandeweg ontstond een steeds duidelijker beeld over de juiste mix van ingrediënten. De samenwerking met de Van der Hoeven Kliniek is daarbij heel waardevol geweest en nog steeds. Zo ook is de samenwerking met GGZ Altrecht en met name de forensische psychiatrie daarbinnen, heel waardevol. Wij hopen de samenwerking met onze ketenpartners de komende jaren voort te kunnen zetten zodat we op die manier mensen een kans kunnen bieden die de stap willen zetten naar een zelfstandiger en volwaardiger bestaan. En we hopen met deze publicatie meer organisaties op hetzelfde spoor te zetten en te stimuleren om voorzieningen te bieden aan mensen die toe zijn aan een volgende stap in hun leven.

Jan Berndsén
Raad van Bestuur SBWU

Utrecht, december 2011

Inleiding

Steeds meer instellingen voor beschermd of begeleid wonen krijgen te maken met een complexe doelgroep: cliënten met ernstige langdurige psychische en verslavingsproblemen en daarnaast problemen op verschillende levensgebieden. Zij zijn vaak moeilijk plaatsbaar in de reguliere woonvormen en -voorzieningen en vragen om een andere begeleiding. Veel van hen hebben problemen met justitie, meerdere verlieservaringen, een groot wantrouwen ten opzichte van hulpverleners en instanties en een gebrek aan een steunend sociaal netwerk (Ietswaard, 2008).

Een aantal is voorafgaand aan hun verblijf in een woonvoorziening behandeld in een kliniek voor intensieve behandeling (KIB), een forensisch psychiatrische afdeling (FPA) of een andere gestructureerde behandelsetting. Bij deze groep is veelal sprake van een combinatie van zwakbegaafdheid, agressieproblemen, potentiële delictgevaarlijkheid, een psychiatrische stoornis en verslaving (Van Oudenhoven, 2011). De overgang van een gesloten behandelsetting naar een woonvoorziening is vrij groot. Bewoners moeten vaak wennen aan de vrijheid die ze hebben en de openheid van een woonvoorziening. Ook het verschil in begeleiding en behandeling in een kliniek en de begeleiding in een woonvorm maakt de stap groot.

Van achter gesloten deuren terug in de maatschappij

De klinische behandeling/begeleiding verschilt op een aantal punten van de begeleiding in een woonvorm. Ten eerste wordt in een kliniek veel *voor* cliënten besloten en in een woonvorm veel *met of door* cliënten. In een klinische (forensische) behandelsetting zijn veel regels en hebben cliënten beperkte vrijheden. Er is een strakke dagstructuur, waaraan cliënten zich dienen te houden en cliënten hebben relatief weinig zeggenschap. In de beschermende woonvorm kunnen bewoners hun dagindeling veel meer zelf bepalen. Ook wordt meer uitgegaan van de wensen, behoeften en eigen verantwoordelijkheid van de cliënt. In de kliniek neemt de behandelaar in de beginfase veel verantwoordelijkheden van de cliënt over en moet de cliënt vervolgens laten zien dat hij/zij in toenemende mate de verantwoordelijkheid aan kan. Verder zijn de medewerkers in de kliniek directief en sturend en de begeleiders van een woonvoorziening meer ondersteunend en volgend in hun begeleiding. Daarnaast wordt in een kliniek voor intensieve behandeling veel in groepsverband gedaan. Cliënten nemen allemaal deel aan groepstherapieën. In een woonvorm gebeuren bepaalde vrijblijvende activiteiten ook groepsgewijs (zoals maaltijden, koffiemomenten, huiskameroverleg) maar hebben deze activiteiten geen therapeutische inslag. Tot slot wordt in een (forensisch) psychiatrische kliniek veel aandacht besteed aan agressief gedrag, gepleegde delicten en recidiverisico's. Hierover wordt openlijk gesproken, ook met andere cliënten. In een woonvoorziening heerst niet een dergelijke open cultuur. Alleen in individuele gesprekken is de delictgeschiedenis af en toe onderwerp van gesprek.

Doel- en vraagstellingen

De Stichting Beschermende Woonvormen in Utrecht (SBWU) heeft ervaring met het begeleiden van mensen die de stap hebben gezet van de gestructureerde leefomgeving in een kliniek naar het beschermd wonen in de maatschappij. Om dak- en thuisloosheid, detentie en heropnames te voorkomen is in 2005 een beschermende woonvorm (BW) opgericht voor de huisvesting en begeleiding van een complexe doelgroep in het algemeen en bewoners vanuit een klinische (forensische) setting in het bijzonder.

Hiermee zijn goede ervaringen opgedaan – zo blijkt uit een praktijkgerichte evaluatiestudie. De vergaarde kennis, opgedane ervaringen en geleerde lessen willen we met deze handreiking delen en verspreiden. Onze doelstelling is richtlijnen en aanknopingspunten aan te reiken voor andere instellingen en organisaties die goede begeleiding willen bieden aan een vergelijkbare complexe doelgroep. De handreiking is naar onze mening relevant voor Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), woonvoorzieningen gericht op het intensief begeleiden van een complexe doelgroep die voorheen in een (forensische) gestructureerde kliniek of afdeling verbleef en hun ketenpartners. We hopen anderen hiermee te inspireren en op ideeën te brengen – en daarmee bij te dragen aan het (verder) vormgeven van een sluitende zorgketen voor mensen met ernstige en meervoudige problemen.

De volgende vraag staat centraal: Wat zijn essentiële kenmerken van de begeleiding in een woonvoorziening aan een complexe doelgroep die voorafgaand intensief behandeld werd in een gestructureerde klinische (forensische) setting?

Deze vraag roept direct allerlei nieuwe vragen op. In de hoofdstukken 1 t/m 5 worden deze verschillende vragen beantwoord, die samen een antwoord vormen op de hoofdvraag.

- Hst. 1. Wat is een geschikte en veilige woonomgeving?
- Hst. 2. Hoe zorg je voor een geleidelijke overgang van een (forensische) kliniek voor intensieve behandeling naar een beschermende woonvoorziening?
- Hst. 3. Welke elementen zijn noodzakelijk voor het bieden van adequate begeleiding?
- Hst. 4. Welke eisen worden er gesteld aan de medewerkers?
- Hst. 5. Hoe kan het beste worden samengewerkt met ketenpartners?

Onderzoeksmethode

De voorliggende publicatie is gebaseerd op een evaluatieonderzoek naar de begeleiding van mensen in de beschermende woonvorm Hoograven in Utrecht waarvan een deel voorheen behandeld werd in de kliniek voor intensieve behandeling (KIB) van de Van der Hoeven Kliniek (zie Place en Van Rooijen, 2011).

In het onderzoek zijn interviews gehouden met medewerkers, bewoners en samenwerkingspartners. Daarnaast hebben een interne discussiebijeenkomst met SBWU medewerkers en een externe discussiebijeenkomst met organisaties die met een soortgelijke populatie werken veel informatie opgeleverd over welke elementen belangrijk zijn voor woonvoorzieningen gericht op de begeleiding van een complexe doelgroep. Voor de beschrijving van deze zogenaamde *good practice* heeft eveneens een werkbezoek plaatsgevonden bij een appartementencomplex Forensisch Begeleid Wonen in Apeldoorn, een samenwerkingsverband tussen RIWIS en de Piet Roorda kliniek.

1. Veilige woonomgeving

Iedereen wil graag een plek waar je je thuis en veilig voelt. Voor mensen die vanwege hun psychische problemen beschermd of begeleid wonen, is dit extra belangrijk. De woonomgeving bepaalt namelijk mede hoe zij zich kunnen ontwikkelen en hoe medewerkers hun begeleiding vormgeven. Wat heb je precies nodig om een geschikte leefomgeving te creëren?¹

Woonvorm in woonwijk

Het streven is dat bewoners een leven leiden zoals ieder ander; ofwel genormaliseerd wonen. Een woonvorm staat daarom bij voorkeur niet op een groot ggz-terrein of ergens afgelegen in de bossen, maar in een gewone woonwijk. Het team van begeleiders onderhoudt contact met bewoners uit de buurt en stelt zich daartoe uitnodigend op. Zij zijn beschikbaar voor vragen, informatie en eventuele klachten.

RIWIS Zorg in Apeldoorn heeft een wekelijks spreekuur ingesteld voor buurtbewoners. Het biedt bewoners de gelegenheid vragen te stellen en hun klachten en zorgen te uiten over bijvoorbeeld overlast of incidenten. Tot nog toe hebben echter geen incidenten plaatsgevonden en is er nauwelijks gebruik gemaakt van het spreekuur. Maar buurtbewoners waarderen het wel dat er op die manier gemakkelijk contact opgenomen kan worden.

Kleinschaligheid en huiselijkheid

In grootschalige woonvoorzieningen kunnen bewoners zich makkelijker ongemerkt aan de begeleiding onttrekken. Om goed zicht te kunnen hebben op (de ontwikkeling van) alle bewoners is kleinschaligheid wenselijk. Woonvoorzieningen met ongeveer vier bewoners (doorsnee gezinsgrootte) zorgen voor geborgenheid en huiselijkheid. Het wonen in groepsverband met mensen die je niet zelf uitgekozen hebt, is niet voor iedereen even geschikt. Een appartement(encomplex) met een slaap/woonkamer en een eigen keuken, toilet en douche biedt hiervoor uitkomst. Ook voor mensen die langzamerhand toe zijn aan de volgende stap op weg naar meer zelfstandigheid, is dit een goede tussenstap. In een individuele woning is daarentegen de kans op eenzaamheid en sociaal isolement groter en dient de begeleiding daar alert op te zijn.

Het is van belang dat bij de doorstroom vanuit de kliniek de verwijzende instantie en de vervolgvoorziening samen bespreken welk type voorziening aansluit bij de persoon (zelfstandige woning, begeleid wonen, groepsvoorziening of een tussenvorm). Sommige bewoners zijn gebaat bij een prikkelarme omgeving (eigen appartement) en anderen bij een omgeving met meer mensen in de nabijheid en groepsmomenten.

¹ Uiteraard heeft elke cliënt zijn eigen wensen, beperkingen en mogelijkheden, waardoor voor elk individu apart afgewogen zal worden of een bepaalde woonvoorziening de aangewezen plaats voor hem/haar is. De beschreven kenmerken gelden daarmee niet per definitie voor alle cliënten met psychiatrische problemen.

De woonvorm in Apeldoorn bestaat uit meerdere verdiepingen met op elke verdieping een aantal appartementen en een gezamenlijke ruimte/huiskamer. Bewoners kunnen zich terugtrekken in hun eigen studio met alle faciliteiten, maar ook de gezelligheid opzoeken in de gezamenlijke ruimte.

Kantoor en begeleiding op locatie of op kleine afstand van woning

Door het kantoor van de medewerkers te situeren in de woonvorm zelf of vlakbij de woonvorm is de begeleiding zichtbaar en toegankelijk voor bewoners. Daarnaast maakt een open-deuren-beleid het contact met begeleiders laagdrempelig. De deuren naar de kantoren zijn afgezien van de overdrachtsmomenten altijd open. Bewoners kloppen sneller even aan voor een vraag, een praatje of ondersteuning. Daarnaast is het belangrijk dat de begeleiding zich niet terugtrekt in het kantoor maar juist veel in de huiskamer aanwezig is. Dit vergroot het gevoel van veiligheid en nabijheid.

Alcohol- en drugsvrije omgeving

Een eenduidig beleid over middelengebruik is belangrijk voor een veilige woonomgeving. Bij een kwetsbare doelgroep is een strikt abstinentiebeleid een vereiste: in de woonvorm en op de eigen kamer mogen geen alcohol of drugs worden gebruikt. De aanwezigheid van bewoners die (met mate) gebruiken, vergroot de verleiding om te gaan gebruiken voor anderen die niet willen of vanwege hun rechtelijke machtiging niet mogen gebruiken. Middelengebruik heeft een aanzuigende werking en verhoogt de kans op beïnvloeding, verleiding of verwarring bij bewoners. Ook van de begeleiders vergt het veel als het toestaan van gebruik per bewoner verschilt; zij moeten schakelen tussen het gedogen en binnen de perken houden van middelengebruik bij de ene bewoner en het strikt verbieden van middelengebruik voor de andere bewoner. Het is dus van belang om zeer duidelijke regels te stellen aan het middelengebruik en te vermijden dat daarover telkens opnieuw discussies ontstaan. Een restrictief beleid en concreet toezicht daarop is een vereiste.

Huisregels

Het is belangrijk om een beperkt aantal huisregels te hanteren. Bewoners krijgen deze voorgelegd voordat zij overgeplaatst worden naar de nieuwe woonomgeving. Ook is het belangrijk dat de regels worden doorgesproken en zo nodig worden toegelicht. De huisregels hebben in ieder geval betrekking op middelengebruik, fysieke en verbale agressie, tijden waarop bewoners 's avonds binnen moeten zijn, wapenbezit, roken, bezoek en logées. Ook moet duidelijk zijn welke regels gehanteerd worden bij het overtreden van huisregels en de daarop volgende sancties. Daarnaast is er vaak een aantal afspraken rondom maaltijden en de huishoudelijke taken.

Crisisopvang

Er zijn één of twee logeer/crisisbedden beschikbaar waardoor noodzakelijke crisisopvang binnen de woonvorm of de instelling snel te realiseren valt. De bewoner kan daar tot rust komen. Opschaling van zorg betekent daardoor niet meteen dat iemand opgenomen wordt in een klinische setting. Een plek is zonder tussenkomst van de crisisdienst bovendien sneller te realiseren waardoor snel ingespeeld kan worden op terugvalsignalen en waardoor een echte crisis voorkomen kan worden.

Kortom, kenmerken van een veilige woonomgeving zijn:

- Woonvorm in woonwijk
- Kleinschaligheid en huiselijkheid
- Kantoor en begeleiding op locatie of op kleine afstand van woning
- Alcohol- en drugsvrije omgeving
- Huisregels
- Crisisopvang binnen de woonvorm of de instelling

2. Stapsgewijze overgang

Bewoners die voorafgaand aan hun verblijf in een woonvoorziening behandeld zijn in een forensische kliniek of een psychiatrische kliniek voor intensieve behandeling komen uit een zeer gestructureerde therapeutische setting. Behandeling en beveiliging staan centraal. In een woonvoorziening zijn veel minder regels en structuur. Hoe zorg je voor een goede aansluiting van een zeer strikte en gesloten omgeving naar een omgeving met veel meer vrijheid?

Stappenplan van aanmelding tot plaatsing

Voor een warme overdracht en om verkeerde bedden problematiek² te voorkomen, verloopt de uitstroom van cliënten vanuit een klinische setting naar een woonvoorziening stapsgewijs. Tussen de verwijzende en de ontvangende partij worden duidelijke afspraken gemaakt. Het is belangrijk om voor de plaatsing van bewoners vanuit een gestructureerde gesloten setting een stappenplan van aanmelding tot plaatsing op te stellen. Figuur 1 is een schematische weergave van een stappenplan dat BW Hoograven en de KIB in Utrecht hanteren. Hieronder worden de stappen kort toegelicht.

Stap 1 Cliënten die in aanmerking komen voor een overplaatsing naar een beschermende woonvorm worden besproken tijdens een werkoverleg tussen de kliniek en de woonvoorziening. Er geldt een aantal exclusiecriteria. Te agressieve cliënten worden uitgesloten. Mensen met forse persoonlijkheidsproblematiek en zeer manipulatief gedrag eveneens. Cliënten met een uitermate grote zucht naar drugs kunnen dikwijls ook niet zonder meer worden toegelaten. Om in aanmerking te kunnen komen voor een plek in een beschermende woonvorm moeten mensen daadwerkelijk toe zijn aan een volgende stap. Aan een overplaatsing worden vooraf de volgende voorwaarden gesteld: dagbesteding, vrij zijn van middelengebruik en een signaleringsplan. Indien een cliënt voldoet aan deze voorwaarden is plaatsing in een beschermende woonvorm in principe mogelijk, mits iemand zelf ook eraan toe is om deze overstap te maken. Per organisatie kunnen andere of extra voorwaarden geformuleerd worden. Essentieel is dat de inclusie- en exclusiecriteria voor beide partijen helder zijn.

Stap 2 Medewerkers van de woonvoorziening hebben een kennismakingsgesprek met de cliënt om te bespreken of de cliënt binnen de woonvoorziening past. Verwachtingen over en weer worden uitgesproken en verkend. Bij dit gesprek is bij voorkeur iemand aanwezig vanuit de verwijzende instantie.

Stap 3 Na het kennismakingsgesprek vindt een officiële intake plaats op de locatie van de woonvorm. De cliënt kan dan ook zelf zien waar hij (mogelijk) naar toe gaat.

Stap 4 Er wordt een definitief besluit genomen over de plaatsing.

Stap 5 De verwijzende partij ontvangt het format van het begeleidingsplan van de ontvangende partij en vult deze samen met de cliënt in. Tijdens de eindevaluatie in de kliniek zijn de toekomstige persoonlijk begeleider of mentor en een leidinggevende van de woonvoorziening aanwezig. De eindevaluatie staat in teken van het signaleringsplan

² Bijvoorbeeld door mensen die zelfstandig of begeleid kunnen wonen in een BW te plaatsen (te veel zorg) of door mensen in een hostel te plaatsen terwijl ze intensieve begeleiding nodig hebben (te weinig zorg).

en het begeleidingsplan. Mogelijke knelpunten, begeleidingsaspecten, risico op terugval, signalen van terugval en begeleidingsdoelen worden besproken en afgestemd. De gemaakte afspraken worden opgenomen in het begeleidingsplan.

Stap 6 De volgende stap is het gefaseerd instromen in de woonvorm. De toekomstige bewoner kan voorafgaand aan de daadwerkelijke plaatsing op de locatie koffie drinken of mee-eten (zie toelichting verderop, gefaseerde instroom op maat). Bij de daadwerkelijke verhuizing wordt de cliënt onder begeleiding van een medewerker van de kliniek naar de beschermende woonvorm gebracht.

Stap 7 Om de stap te verkleinen is het ook mogelijk om iemand alvast te laten kennismaken met zijn toekomstige begeleiders, bijvoorbeeld tijdens een teamvergadering.

Stap 8 In een gezamenlijk opnamegesprek wordt alles nogmaals doorgesproken. Hierin worden ook de financiën en de papieren van de rechterlijke machtiging overgedragen aan de woonvoorziening.

Deze stappen zorgen voor een warme overdracht van cliënten. Zij vallen niet tussen wal en schip. Door een stapsgewijs samenspel van de kliniek en de woonvorm komen ze terecht op een voor hun aangewezen plek met goed geïnformeerde medewerkers.

Figuur 1. Stappenplan voor overgang van kliniek naar BW



Gefaseerde instroom op maat met uitgebreide kennismaking

De verandering van leefomgeving is groot. Veel bewoners raken daardoor (tijdelijk) uit balans. Voor een geleidelijke overgang dient de duur en invulling van het gefaseerd instromen afgestemd te worden op de behoeften van de individuele cliënt. Sommige bewoners vinden het prettig om bijvoorbeeld een paar keer mee te eten in de woonvorm of vragen om een aantal proefovernachtingen. Bij de ene bewoner is de overgang een proces van zes weken met af en toe een bezoek en een ander heeft weer baat bij een korte overgangsperiode met veel bezoeken. Kortom, met een individueel 'wonenprogramma' kan iedereen op zijn eigen tempo wennen aan het wonen in een beschermende woonvorm en de vrijheid die daar geboden wordt.

Intensieve begeleiding in beginperiode

In de klinische behandelsetting zijn de bewoners gewend geraakt aan een strakke dagstructuur met psychotherapie, groepsbehandeling, werk, sport en vaktherapieën. In een woonvoorziening bieden de gezamenlijke maaltijden en koffiemomenten structuur in de dag, maar dat heeft geen verplicht karakter. De overgang is ook daarom behoorlijk groot. In de beginperiode is intensieve begeleiding en observatie nodig. Zo kunnen begeleiders bijvoorbeeld helpen bij de dagindeling en vooral monitoren hoe de nieuwe bewoner met de veranderingen omgaat. Bij goed functioneren, kan de intensiteit naar verloop van tijd afgebouwd worden. Ook Plemper (1998) onderstreept in haar onderzoek naar de overgang van forensisch psychiatrische patiënten naar een RIBW het belang van bovengenoemde elementen. Zij concludeert dat intensieve begeleiding in de eerste periode, een geleidelijke overgang én zorgvuldige voorbereiding van de betrokken organisaties voordat een patiënt daadwerkelijk de stap maakt naar een woonvorm, belangrijke voorwaarden zijn voor succesvolle plaatsingen.

Ambulante behandeling

De overplaatsing naar een woonvorm betekent niet dat de kliniek geen bemoeienis meer heeft met de bewoner. Om een geleidelijke overgang te realiseren wordt aanvullend ambulante behandeling³ geboden, bij voorkeur vanuit een transmuraal team vanuit de kliniek. De cliënt heeft individuele gesprekken en neemt afhankelijk van de gestelde voorwaarden (bijvoorbeeld een RM) deel aan therapiegroepen. Ook komen de cliënt, persoonlijk begeleider en ambulante behandelaar gedurende het verblijf in de woonvoorziening bij elkaar voor voortgangs- en evaluatiegesprekken.

Kruisbestuiving in werkwijze

De bejegening en werkwijze in een woonvoorziening en in een klinische behandelsetting verschillen zoals eerder vermeld op een aantal punten van elkaar. Voor een soepele overgang kunnen beide partijen elementen van elkaar overnemen: enerzijds door directieve elementen te integreren in de vaak meer vraaggestuurde en herstelondersteunende zorg in een woonvorm en anderzijds door herstelondersteunende en vraaggestuurde elementen te integreren in de meer directieve en structurerende zorg

³ In de onderzochte situatie in Utrecht gaf een transmuraal medewerker van het centrum voor ambulante forensische psychiatrie de Waag in Utrecht ambulante behandeling.

in een kliniek. Deze 'kruisbestuiving' kan tot stand komen door medewerkers vanuit de kliniek een aantal diensten te laten meedraaien op de woonvorm en vice versa. Een andere mogelijkheid is om af en toe gezamenlijk casuïstiekbesprekingen of klinische lessen te organiseren.

"De woonvorm begint waar de kliniek is geëindigd"

Ook al is een klinische setting wezenlijk anders dan een beschermende woonvorm, het is zaak dat cliënten in een open setting ervaren dat een aantal vaste routines gewoon worden voortgezet. Dat geldt bijvoorbeeld voor minder populaire maatregelen zoals geregelde urinecontroles. In de kliniek zijn cliënten daar tegen wil en dank mee vertrouwd geraakt. Om te voorkomen dat deze routinecontroles opnieuw ter discussie worden gesteld, is het aan te raden dat deze worden gecontinueerd in de woonvorm. Vandaar de uitspraak: "De woonvorm begint waar de kliniek is geëindigd." Het gaat er daarbij om dat de woonvoorziening bepaalde procedures overneemt die in een gestructureerde behandelsetting gebruikelijk zijn, zoals blaastesten en urinecontroles. Veel deskundigen zijn van mening dat controle ook in een meer open setting een bruikbaar en directief instrument is in de begeleiding van een complexe doelgroep⁴. De scheiding tussen begeleiding en behandeling wordt hierdoor wellicht iets minder scherp, maar het maakt de overstap minder groot. Overwogen moet worden wie verantwoordelijk is voor de verplichte urinecontroles. Bij voorkeur worden deze verricht door de (ambulante) behandelaars en niet door de woonbegeleiders van de woonvorm.

Ervaringen van woonvoorzieningen van RIWIS en GGZ Noord Holland Noord (NHN) met dergelijke controles zijn positief. Omdat bewoners deze manier van werken in de kliniek gewend zijn, leveren de controles weinig strijd op. Daarnaast wordt in de genoemde voorzieningen wel gestreefd naar het afbouwen van de controlemomenten tenzij de inschatting is dat bewoners zonder extern controlemiddel snel terugvallen in ernstig middelengebruik.

Een andere manier om het verschil tussen de kliniek en de woonvorm te verkleinen is het verplicht af- en aanmelden door bewoners, zodat de begeleiding goed in beeld heeft wanneer en hoe lang de bewoners buitenshuis zijn. Vooral bij grootschalige woonvoorzieningen, waar begeleiders minder zicht hebben op alle bewoners, is dat zinvol.

Kortom, kenmerken van een stapsgewijze overgang zijn:

- Stappenplan van aanmelding tot plaatsing
- Gefaseerde instroom op maat met uitgebreide kennismaking
- Intensieve begeleiding in beginperiode
- Ambulante behandeling
- Kruisbestuiving in werkwijze

⁴ Deskundigen tijdens de externe discussiebijeenkomst 25 februari 2011.

3. Essentiële onderdelen van begeleiding

De verschillen tussen een gesloten setting en een open woonvoorziening zijn groot. Daardoor dreigen sommige bewoners in de eerste periode na de overplaatsing terug te vallen. Het is van belang dat de begeleiding in een woonvoorziening afgestemd wordt op de problematiek van de bewoners, rekening houdend met de strakke structuur waaraan zij gewend waren. De structuur die mensen gewend waren, kan niet van de één op de andere dag losgelaten worden. Vooraf wordt met de cliënt besproken welke structuur hij of zij belangrijk of prettig vindt. Ook hechten bewoners met psychiatrische problemen over het algemeen veel waarde aan vast personeel. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de begeleidingsaspecten bij bewoners met complexe problemen die voorheen in een gestructureerde klinische setting verbleven.

24-uursaanwezigheid en -beschikbaarheid

In de kliniek wordt 24-uursbegeleiding geboden. In een woonvorm is het mogelijk om de begeleiding meer op maat te maken en te variëren in tijden. Bij zeer kwetsbare bewoners is het noodzakelijk dat de begeleiding 24 uur per dag op de locatie aanwezig is, met een wakende dan wel slapende nachtdienst. Voor anderen – veelal de bewoners die zelfstandiger zijn en bijvoorbeeld in een appartement wonen – is 24-uursbeschikbaarheid en directe bereikbaarheid afdoende. Het feit dat er altijd iemand is waar ze terecht kunnen met hun vragen of problemen geeft bewoners rust.

Structuur bieden

Mensen met een psychische stoornis en problemen op verschillende leefgebieden zijn gebaat bij regelmaat en voorspelbaarheid. Gezamenlijke eetmomenten, tradities en activiteiten brengen structuur aan in de dag en geven bewoners houvast. De bewoners die voorheen klinisch intensief behandeld zijn, lijken minder hand-in-hand begeleiding nodig te hebben bij praktische zaken als schoonmaken en koken, maar des te meer bij het maken van keuzes en beslissingen. Tijdens hun verblijf in de kliniek werd veel voor hen bepaald. Vanaf het moment dat zij in de samenleving verblijven, moeten de bewoners zelf keuzes maken, hun dagindeling vormgeven en dingen regelen. De vrijheid kan hen erg ontregelen. Om die reden is het bieden van structuur extra belangrijk. Naast de groepsstructuur is het belangrijk om de bewoners zo nodig intensieve individuele begeleiding te bieden. Het samen opstellen van een gedetailleerde week- en dagstructuur kan hieraan bijdragen. Evenals het voorbespreken van de activiteiten van de dag of week. Ook door de begeleidingsgesprekken steeds op dezelfde dag en tijdstip te plannen, kan meer structuur aangebracht worden (in plaats van ad hoc een begeleidingsgesprek voeren of afspraken op steeds wisselende momenten).

Dagbesteding

Dagbesteding geeft mensen vanzelfsprekend structuur. Een cursus, vrijwilligerswerk, (praktijk)opleiding, sport, betaald werk of ander vorm van dagbesteding heeft daarnaast veel andere voordelen. Bewoners komen ten eerste letterlijk in beweging. Ze komen in contact met anderen en leren of doen iets. Het geeft zin aan hun dag (leven). Bovendien is het hebben van een dagstructuur/invulling voor het doorstromen naar begeleid of zelfstandig wonen veelal een vereiste.

Verplicht of vrijblijvend

Over het algemeen worden georganiseerde activiteiten of dagbesteding niet verplicht gesteld binnen een woonvoorziening. Enerzijds levert een vrijblijvend karakter weinig weerstand op en tevreden bewoners die zelf bepalen dat ze (n)iets doen. Anderzijds wordt (sociale) participatie van bewoners minder gestimuleerd en leiden bewoners daardoor mogelijk een minder actief en geïsoleerder leven. Een structurerend en verplicht dagprogramma past echter meer binnen een klinische setting dan binnen een woonvoorziening. Meer passend is het structureel inbedden van één-op-één begeleiding bij het vinden en behouden van werk of dagbesteding door een *jobcoach* of activiteitenbegeleider. Daarnaast zouden doelen gericht op zinvolle dagbesteding in de begeleidingsplannen niet mogen ontbreken. Het streven moet zijn dat elke bewoner een passende vorm van dagbesteding of werk heeft dat aansluit bij zijn/haar mogelijkheden en interesses.

Voor plaatsing in de woonvoorziening in Hoograven geldt sinds 2011 een instroomeis voor nieuwe bewoners: bereid zijn om minimaal drie dagdelen per week dagbesteding te hebben. Tijdens de wachtlijstperiode kan de activiteitenbegeleider in samenwerking met andere hulpverleners en de toekomstige bewoner op zoek gaan naar een geschikte daginvulling.

Passende begeleiding en passend aanbod

Veel bewoners met complexe problemen hebben beperkingen op meerdere gebieden (verstandelijk, psychisch, sociaal, justitieel, maatschappelijk). Daarnaast zijn er vaak andere belemmeringen om te participeren in de maatschappij, zoals het ontbreken van een startkwalificatie en beperkte taal- of sollicitatievaardigheden. Ook zit niet iedereen te wachten op dagactiviteiten. Sommige bewoners zijn wantrouwend ten aanzien van de samenleving. Men heeft veel meegemaakt en leeft in de woonvoorziening binnen een kleine wereld en is angstig stappen (naar buiten) te zetten. Deze kwetsbare groep moet veelal gerust gesteld en gestimuleerd worden om deel te nemen aan een activiteit. Werk – betaald of onbetaald – is niet voor iedereen het eerste streven. Sommige mensen zijn meer op hun plek in een dagactiviteitencentrum. Bewoners die voorheen verbleven in een gestructureerde behandelsetting willen juist vaak (te) grote stappen zetten en moeten soms afgeremd worden. Deze bewoners hebben ondersteuning nodig bij het samen op zoek gaan naar een realistische en bevredigende dagbesteding. In BW Hoograven blijkt de dagbesteding die bewoners bij binnenkomst hebben veelal niet geschikt te zijn (zie onderstaand kader).

Voorwaarde voor de uitstroom vanuit de KIB is het hebben van een bepaalde vorm van dagbesteding. In de kliniek zijn bewoners gewend aan een vaste dagstructuur. Deze zouden zij in principe moeten doorzetten na hun komst in de woonvoorziening. In de praktijk lukt dit echter vaak niet, omdat de dagbesteding niet altijd passend is. Een andere reden dat bewoners afhaken, is de grote overgang van een setting met een vast dagritme en verplichtingen naar een setting waarin men veel meer vrijheid heeft en zelf verantwoordelijk is voor het invullen van de dag. In de kliniek wordt in mindere mate rekening gehouden met de wensen van cliënten en zijn de mogelijkheden voor dagbesteding voorgeschreven. Die vaste structuur valt vaak weg na de overplaatsing.

Om te voorkomen dat bewoners niks omhanden hebben wordt bij de SBWU de activiteitenbegeleider vanaf de kennismakingsfase al betrokken en wordt met de bewoner besproken welke bezigheden in aanmerking kunnen komen. In de beginfase is het dus belangrijk intensieve begeleiding te bieden bij het vinden én behouden van een geschikte dagstructuur en dagbesteding.

Voor bewoners die (nog) niet of beperkt in staat zijn om deel te nemen aan het bestaande aanbod buitenshuis, kunnen activiteiten georganiseerd worden op de locatie of in de buurt. Hierdoor kunnen zij op een laagdrempelige manier hun dag invullen en langzamerhand het aantal uren opbouwen. Het is aan te bevelen bij bewoners – individueel of tijdens een bewonersoverleg – te inventariseren welke wensen ze op dat gebied hebben.

Sociale kaart

Juist als iemand aangeeft nergens behoefte aan te hebben, is het van belang samen met de bewoner te gaan verkennen of er activiteiten zijn die hem/haar wel aanspreken. Bewoners hebben namelijk niet altijd zicht op alle mogelijkheden en voorzieningen die beschikbaar zijn. Een activiteitenbegeleider (indien die niet aanwezig is: de begeleider) moet goed op de hoogte zijn van de sociale kaart. Het onderhouden van contacten met welzijnsinstellingen, buurthuizen, werkgevers, vrijwilligersorganisaties en andere aanbieders van dagbesteding is essentieel om passende dagbesteding voor bewoners te vinden. Verschillende organisaties hebben zich gespecialiseerd in het begeleiden van ggz-cliënten. Zij hebben zowel kennis van psychiatrische problematiek als van mogelijkheden voor re-integratietrajecten bij verschillende typen uitkeringen. Voor de gemeenten Utrecht, Amsterdam, Den Haag en Zuid-Holland Noord is het aanbod van werk, leren en ontmoeten gebundeld op de website www.jekuntmeer.nl.

Stimulering vanuit het hele team

Het stimuleren van deelname aan dagbesteding en het vinden van een passend aanbod is uiteraard niet alleen de verantwoordelijkheid van de *jobcoach* of activiteitenbegeleider. Begeleiders hebben daar eveneens een rol in te vervullen, vooral om de bewoners te motiveren voor het ondernemen van activiteiten. Een activerende, enthousiasmerende houding is daarbij onontbeerlijk. Bewoners moeten steeds weer geprikkeld en verleid worden om ook daadwerkelijk afspraken na te komen. Als mensen niet komen opdagen, is het belangrijk om hen hierop aan te spreken en zodanig te stimuleren dat ze een volgende keer weer wel komen. En indien de activiteit bij nader inzien niet geschikt blijkt, ga dan met de bewoner op zoek naar andere passende dagbesteding.

Informatie-uitwisseling en afstemming

Het is belangrijk dat een plaatsing bij een (vrijwilligers)organisatie, leerwerkplaats of activiteitencentrum zorgvuldig gebeurt om teleurstellingen bij de bewoner en organisatie te voorkomen. Wederzijdse verwachtingen en afspraken over de aanwezigheid en invulling van de activiteiten worden samen met de bewoner, begeleider en organisatie afgestemd. Zo kan afgesproken worden dat de organisatie belt naar de bewoner en de begeleider als iemand niet komt opdagen. De woonvoorziening kan de desbetreffende organisatie informeren over iemands beperkingen/mogelijkheden en indien nodig tips geven hoe het beste omgegaan kan worden met iemand. De medewerkers van de externe organisatie en de begeleiders kunnen elkaar, indien nodig, op de hoogte houden

van veranderingen in het functioneren van bewoners (op het werk maar ook op psychisch of sociaal vlak).

De in deze paragraaf beschreven werkwijze voor het bevorderen van dagbesteding is grotendeels afkomstig uit het projectplan dagbesteding voor locatie Hoograven (zie Van Bergeijk, 2011).

Vallen en opstaan principe

Fouten maken hoort bij het leven. Het is onvermijdelijk dat bewoners een misstap maken en bijvoorbeeld een keer (te veel) alcohol drinken. Terugval in middelengebruik of agressief gedrag leidt niet per definitie tot een huissuitzetting of terugplaatsing. Het is wel van belang dat altijd een gesprek wordt aangegaan met de bewoner om de (aanleiding van de) terugval te bespreken. Hierin wordt het concrete gedrag en niet de persoon afgekeurd. Per situatie wordt de afweging gemaakt of een heropname noodzakelijk is. Dat is onder andere afhankelijk van de ernst, de houding van de bewoner en de gevolgen voor het functioneren en de veiligheid van bewoner en zijn omgeving.

Onderbrekingen tijdens het verblijf in een woonvoorziening zijn niet uitzonderlijk. Bewoners krijgen een *time-out*, worden opgenomen in een kliniek of moeten een straf uitzitten. Door hun plek tijdelijk vrij te houden, kunnen bewoners weer terug komen in hun vertrouwde woonomgeving en verder gaan waar zij en de begeleiding gebleven waren. Om de vertrouwensband zo veel mogelijk te behouden, is contact tijdens een opname of detentieperiode erg belangrijk. Een onderbreking zonder terugkeer in de woonvoorziening heeft veel negatieve gevolgen voor iemands leven. Deze bewoners zijn namelijk – zoals eerder vermeld – lastig te plaatsen bij reguliere beschermende woonvormen en kunnen zo (weer) tussen wal en schip belanden.

Vallen en opstaan is onvermijdelijk om een stap verder te komen. Medewerkers en het beleid in een woonvoorziening zullen daarop ingesteld moeten zijn. In Utrecht kan een plek voor maximaal drie maanden vrij gehouden worden. De desbetreffende instelling ontvangt hiervoor een gedeelte van de gebruikelijke vergoeding per bewoner (financiering vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).

Begrenzing en subtiele manier van sturing: herstelondersteunend en directief

Bewoners die vanuit de (forensisch) psychiatrische kliniek doorstromen, zijn gewend aan een strikt regime. De ervaring is ook dat deze bewoners in een woonvoorziening meer begrenzing en sturing nodig hebben dan bewoners die al gewend waren aan een minder strakke omgeving. Ze zoeken grenzen op en moeten daar steeds op gewezen worden. Ook willen ze graag (te) snel, (te) grote stappen maken. Soms moeten ze daarin afgeremd worden. Door het gedrag en de keuzes te benoemen, zetten begeleiders de bewoners aan het denken.

De benadering van bewoners die afkomstig zijn uit een gestructureerde behandelsetting, is sturend en directief. Begeleiders geven vaker instructies; geven duidelijk aan wat wel en niet mag. Duidelijkheid en transparantie zijn kernbegrippen voor adequate zorg, waarbij consequent uitgelegd wordt waarom bepaalde regels en afspraken gelden. Bij

andere bewoners zijn deze aspecten uiteraard ook van belang. Daarnaast nemen zorgzaamheid, begrip en geduld bij alle bewoners een prominente plaats in.

Een directieve houding betekent meer dan duidelijk zijn, regels consequent hanteren en grenzen stellen. Het houdt ook in dat begeleiders sturing geven aan bewoners door kritische vragen te stellen, instructies te geven, gedrag te evalueren en continu bij te sturen. Een lastig punt is dat veel bewoners aan de ene kant behoefte hebben aan structuur en sturing en het aan de andere kant moeilijk vinden om dit te accepteren. Vergeleken met bewoners met vooral AS-I problematiek wordt bij bewoners met persoonlijkheidsproblemen (AS-II) een groter beroep gedaan op de gesprekstechnieken van medewerkers. De begeleiders kunnen cliënten met overwegend psychotische stoornissen relatief gemakkelijk overtuigen en gesprekken kunnen soms redelijk eenzijdig zijn (eenrichtingsverkeer). In de gesprekken met bewoners die vanuit een klinische setting doorstromen naar de woonvorm krijgen begeleiders veel meer weerwoord. Begeleiders moeten bij opmerkingen over ongewenst gedrag of adviezen beter beargumenteren voordat een bewoner akkoord gaat. Begeleiders moeten daarom in staat zijn richting te geven of druk uit te oefenen op een vanzelfsprekende, ogenschijnlijk impliciete manier; dusdanig sturen dat bewoners ervaren dat zij de regie in handen hebben.

Bewoners die vanuit een klinisch gesloten setting komen, lijken gebaat te zijn bij een combinatie van herstelondersteunende en directieve begeleiding. De kunst is dat begeleiders naast de cliënt staan, betrokken zijn en tegelijkertijd kunnen begrenzen en sturen: "*Zacht op de relatie, hard op de inhoud*". Het is niet wenselijk om krampachtig onderscheid te maken tussen enerzijds een steunende empathische houding en anderzijds een begrenzend en controlerende houding. Het streven is een integratie hiervan.

Methodisch werken

Methodische werken begint bij een visie

Het is belangrijk dat de begeleiders methodisch geschoold zijn en in staat zijn om gerichte begeleiding te bieden vanuit een consequent doorgevoerde methodiek. De betreffende methodiek wordt consequent, doelgericht en planmatig toegepast en moet gestoeld zijn op een visie. De visie is daarbij leidend. "Wat beogen we met onze zorg?" Het bieden van onderdak (bed, bad en brood) vraagt bijvoorbeeld iets anders van de begeleiding dan het bieden van woontraining of herstelondersteunende zorg. Ook de aard van de voorziening is van belang. Gaat het om een permanente woonvoorziening, een tijdelijke woonvoorziening, 24-uurszorg of begeleiding op afroep? Kortom, de keuze voor een bepaalde methodiek is gericht wanneer het soort voorziening en vooral het doel voor deze specifieke doelgroep helder is.

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg neemt de herstelvisie een steeds belangrijker plaats in (Boevink, 2008). Zonder een omschrijving te willen geven, is het vanuit de herstelbenadering van groot belang om ruimte te geven aan de cliënt om zijn eigen kracht te hervinden. Begeleiders en ervaringsdeskundigen kunnen dit herstelproces 'faciliteren' en ondersteunen. De positieve psychologie biedt eveneens nieuwe inzichten om mensen te begeleiden in hun ontwikkeling. Waar de reguliere psychologie zich voornamelijk richt op het disfunctioneren en de psychische problemen verlegt de

positieve psychologie de focus naar het optimaal laten functioneren van mensen. De nadruk ligt op de eigen (veer)kracht, kwaliteiten en het laten bloeien van aanwezige talenten. Positieve psychologie kan juist van toegevoegde waarde zijn in een setting waar professionals alert moeten zijn op risico's, terugval in verslaving, delicten of agressief gedrag (Place, 2011), waardoor de gezonde kanten van cliënten gemakkelijk onderbelicht kunnen raken. Een methode waarmee dat voorkomen kan worden, is het *Good Lives Model* waarin cliënten ondersteund worden in het bereiken van persoonlijke levensbehoeften door hun goede eigenschappen en kwaliteiten in te zetten.

Methodieken

Verschillende methodieken en hulpmiddelen zijn voorhanden die concrete handvatten bieden voor de begeleiding, onder andere:

- Individuele Rehabilitatie Benadering (St. Rehabilitatie '92)
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (RINO)
- Krachtenmodel (*Strengths Model* van Rapp & Goscha, 2006)
- Presentiebenadering (Baart, 2001)
- Zorgbehoefteninstrumenten zoals *Camberwell Assessment of Need* (Phelan, Slade, Thornicroft e.a., 1995), *Zorg Aanbod Schaal/Zorg Vraag Schaal* (Van der Werf & Goedhart, 1994) en *Zorgbehoeftenlijst* (Kroon, 2003).

Eén methodiek lichten we nader toe, om een beter beeld te geven van methodisch werken in de praktijk. De Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is een fasegerichte methode, waarin cliënten worden begeleid in het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun doelen. De doelen strekken zich uit over alle mogelijke levensterreinen zoals gezondheid, sociale relaties, dagbesteding, wonen, werken, leren, spiritualiteit en financiën. Met IRB krijgen cliënten ondersteuning om hun eigen doelen in beeld te brengen en vast te stellen op welke manier de gekozen doelen – stapsgewijs en in een passend tempo – bereikt kunnen worden. De professional helpt cliënten bij de verschillende fasen in het rehabilitatieproces aan de hand van gedetailleerd beschreven modules. Zo staat in de verkenningsfase de module *stellen van een rehabilitatiedoel* centraal. Voor het formuleren van een precies doel worden de persoonlijke criteria en beschikbare mogelijkheden verkend. In de module *functionele diagnostiek* onderzoeken de begeleider en bewoner welke vaardigheden nodig zijn om het doel te realiseren. Hierbij maken ze onderscheid tussen vaardigheden die iemand nog moet leren (gevolgd door de module *vaardigheidsles*) en vaardigheden die iemand moet leren gebruiken (gevolgd door een module waarin de vaardigheden met behulp van een stappenplan toegepast worden). Andere modules van de IRB zijn; het scheppen van een band; doelvaardigheid beoordelen en bespreken; doelvaardigheid ontwikkelen; hulpbrondiagnostiek; hulpbroninterventies (creëren, verkrijgen en gebruiken) en casemanagement. De modules kunnen in verschillende fasen ingezet worden en voor elke module zijn een handleiding, werkboek, werkbladen en video-illustraties beschikbaar (Korevaar, Dröes & Van Wel, 2010).

Doelen en wensen van bewoners nemen een essentiële plek in binnen de begeleiding, en vormen over het algemeen ook een belangrijk onderdeel van de bovengenoemde methodieken. Al tijdens de eerste kennismaking of in een intakegesprek kan de begeleider aansturen op iemands wensen en doelen. Nieuwe bewoners vinden het prettig om duidelijkheid te krijgen en hebben het recht om te weten wat hun perspectief is.

Doelen worden bij voorkeur direct met de nieuwe bewoners besproken, gezamenlijk uitgewerkt en regelmatig geëvalueerd. Een begeleidingsplan of een rehabilitatieplan is hierbij natuurlijk een goed hulpmiddel. Ongeacht welke methodiek gehanteerd wordt, is het belangrijk een dergelijk plan te gebruiken als een dynamisch werkdocument dat voor de bewoner zelf van waarde is. Een begeleidingsplan dat eens per (half) jaar op tafel ligt, leeft niet. Het beschrijven van langetermijndoelen die voor de persoon zelf niet actueel zijn, heeft weinig betekenis. Het is evenmin zinvol om allerlei wenselijke doelen te beschrijven die niet haalbaar zijn. Begeleiders zullen dus vooral moeten inspelen op actuele vragen en problemen die relevant zijn voor de bewoner. Als hulpverlener probeer je te vermijden om allerlei zaken op te dringen die je als probleem ziet, maar waar de bewoner (nog) met een boog omheen wil gaan. Dit betekent niet dat begeleiders de confrontatie of discussie uit de weg moeten gaan: als blijkt dat het plan erg ver afstaat van de dagelijkse situatie van de bewoner is het zaak dit te bespreken. Bijvoorbeeld als een bewoner heeft aangegeven dat hij drie dagen per week wil werken, maar zich vervolgens steeds ziek meldt. Doorvragen is het sleutelwoord. Wat weerhoudt hem? Heeft hij meer begeleiding en ondersteuning nodig? Of is zijn wens veranderd?

Vroegsignalering/signaleringsplan

Vroegsignalering vormt een standaard onderdeel van de begeleiding en is bedoeld om opnames en escalerend gedrag te voorkomen. Vroegsignalering houdt in dat begeleiders tijdig signaleren opvangen en problemen onderkennen om zo in een vroeg stadium te kunnen ingrijpen. Een signaleringsplan met een bijbehorend preventieplan is hiervoor een handig hulpmiddel. In dit plan staat beschreven waaraan men kan zien dat de spanning oploopt bij een cliënt. Per fase – geen signalen, de eerste voortekenen, matige en ernstige crisissignalen – staan kenmerken van gedrag, gevoelens of uitspraken beschreven en de daarbij behorende concrete acties voor de begeleiding én de bewoner zelf. Het gaat niet uitsluitend om signalen bij terugval in middelengebruik of bij een dreigende psychose. Bij een forensische doelgroep gaat het ook om het signaleren van dreigende recidive (agressie en delictgedrag) en de preventie daarvan. Dikwijls gebeurt dit door middel van een risico-analyse. De BW ontvangt bij de instroom van een nieuwe bewoner een *up-to-date* signalerings- en preventieplan van de behandelaar. De persoonlijk begeleiders moeten dit nauwkeurig observeren en tijdig aan de bel trekken bij alarmerende signalen.

Subtiele signalen kunnen indicaties zijn voor belangrijke veranderingen in het psychisch functioneren. Het is daarom belangrijk dat signalen – hoe klein ook – worden opgemerkt door begeleiders, zodat tijdig ingegrepen kan worden met crisisvoorkomende gesprekken of interventies zoals beschreven in het preventieplan. Een crisisvoorkomend gesprek ziet er bij elke bewoner anders uit. Soms zijn alleen persoonlijke aandacht en positieve bekrachtiging voldoende. Bij een andere bewoner zijn kritische, confronterende vragen en begrenzing nodig om een crisis af te wenden. Soms zal ook een time-out moeten worden geboden.

Het werken met signaleringsplannen is een dynamisch proces. Het preventief en de-escalerend werken komt het beste van de grond als de signaleringsplannen consequent worden gebruikt. Dat houdt in dat alle begeleiders op de hoogte moeten zijn van de inhoud van de signaleringsplannen, zodat iedereen de signalen van een crisis kan herkennen en daarop in weet te springen. Voorwaarde voor een goede vroegsignalering

is gedeelde informatie. Daarnaast is het van belang om zowel in de mondelinge overdracht als de schriftelijke rapportages de andere medewerkers op de hoogte te stellen van eventuele signalen en kenmerken van instabiliteit. Tot slot is een signaleringsplan niet alleen een hulpmiddel voor de professional. Een periodieke evaluatie van het plan met de bewoner is van belang om na te gaan welke signalen de bewoner zelf bemerkt. Ook wordt samen met de bewoner gekeken of in het plan nog de juiste signalen en acties beschreven staan.

Proactieve begeleiding op het gebied van middelengebruik

Als mensen in een voorziening wonen waar alcohol en drugs niet zijn toegestaan, betekent dat niet per definitie dat middelengebruik geen rol meer speelt. Integendeel, bewoners hebben vaak jaren gebruikt en zijn hiermee in de kliniek verplicht gestopt. Op het moment dat het strikte kader van de kliniek wegvalt en ze makkelijker toegang hebben tot drugs en andere middelen, neemt het omgaan met middelengebruik juist een belangrijke plaats in binnen hun leven – en daarmee dus ook binnen de begeleiding in de woonvoorziening. Op alle levensgebieden komt het omgaan met verslavingsproblemen aan bod.

Bespreekbaar maken

Het is van belang dat medewerkers het (incidentele) gebruik van alcohol en drugs niet negeren, maar daarover altijd met de bewoner in gesprek gaan. Afhankelijk van de ernst van de situatie en het gedrag van de bewoner wordt bepaald welke stappen gezet moeten worden. Zoals eerder vermeld, betekent terugval in middelengebruik niet altijd een terugplaatsing naar de kliniek. Een waarschuwing, *time-out*, extra afspraak met de behandelaar, motiverende gesprekken, intensievere begeleiding in de woonvoorziening of hogere frequentie van controles zijn andere maatregelen die ingezet kunnen worden. Over de te nemen acties vindt afstemming en overleg plaats tussen de behandelaar en de begeleiders. Middelengebruik is niet alleen onderwerp van gesprek als een bewoner gebruikt heeft. Ook verlangens naar alcohol en drugs, angst om terug te vallen, vroege signalen van terugval en de voor- en nadelen van middelengebruik zijn belangrijke thema's die begeleiders bespreekbaar moeten maken. Dat kan zowel individueel als in een groep.

Controles

Daarnaast maakt het monitoren van urinecontroles (UC's) en blaastesten deel uit van de begeleiding op het gebied van middelengebruik. De controles horen van begin af aan consequent gedaan te worden in de woonvoorziening. Dit roept de minste weerstand op. Bovendien sluit deze werkwijze naadloos aan op de werkwijze in de kliniek⁵. De bewoners die in een (forensisch) psychiatrische kliniek behandeld werden, gedijen veelal erg goed in een vaste structuur en controle. Ze kunnen zich door de plotselinge vrijheid in de woonvorm ontworteld voelen en om die reden weer gaan drinken of gebruiken. Verplichte controles werpen hiertoe een drempel op. Hiervoor zijn verschillende vormen denkbaar. De begeleiders kunnen de controles zelf doen of deze door een behandelaar van een andere zorginstelling laten uitvoeren. Indien het laatste het geval is, dient de begeleiding goed zicht te hebben op wanneer welke bewoner een

⁵ Indien bij overplaatsing de controles worden gestopt en op een later moment opnieuw worden ingesteld, is meer weerstand van de bewoners te verwachten.

controle heeft. Begeleiders kunnen bewoners herinneren aan de afspraak en erop toezien dat bewoners daadwerkelijk naar de controles gaan. Ook achteraf navraag doen bij de bewoner hoort daarbij. Goede communicatie en samenwerking tussen de woonvoorziening en de instantie die verantwoordelijk is voor de urinecontrole, zorgt ervoor dat de juiste informatie gedeeld wordt, zoals de aan/afwezigheid van iemand en de uitslag. Bij een positieve uitslag zal het gebruik zowel in gesprekken met de behandelaar als met de medewerkers in de woonvoorziening aan de orde komen.

Het is dikwijls onderwerp van discussie of de begeleiders in de woonvorm zelf UC's en blaastesten moeten afnemen. Bij een groep bewoners die gerekend wordt tot de cliënten met een dubbele diagnose en die zeer gevoelig is voor middelengebruik, is het echter niet ongebruikelijk. Ongeacht de keuze zal het beleid helder moeten zijn voor alle medewerkers en bewoners, én consequent moeten worden toegepast.

Risico's per bewoner in beeld

Voor veel bewoners met een dubbele diagnose geldt dat middelengebruik leidt tot een verhoogd risico op agressie en/of delictgedrag. Dat verband verschilt per cliënt. Van elke bewoner moeten begeleiders op de hoogte zijn bij welke middelen en in welke hoeveelheden de risico's toenemen.

Bemoeizorg

Veel begeleiders in woonvoorzieningen werken vraaggericht; er wordt gehoor gegeven aan de wensen van bewoners. Als bewoners geneigd zijn om zich terug te trekken is een proactieve benadering van belang. Bij een afwijzing, het afhouden van contact of het ontbreken van motivatie is het essentieel dat begeleiders extra investeren in het contact met deze bewoners. Deze doelgroep heeft een zekere mate van bemoeizorg nodig. Niet afwachten en eerder ingrijpen, zo luidt het credo. Het is bijvoorbeeld van belang dat begeleiders op de hoogte zijn van wat zich afspeelt op de kamers van bewoners. Enerzijds hebben bewoners recht op privacy, anderzijds brengt het onnodige risico's met zich mee als begeleiders hier geen zicht op hebben. Dit kan informeel door gezamenlijk de kamer op te ruimen of schoon te maken of door een officiële periodieke kamercontrole. Zicht hebben op wat zich op de kamer afspeelt, is vooral van belang bij bewoners bij wie al enkele signalen van instabiliteit aanwezig zijn. Volgens de SBWU kenmerkt de ideale basishouding van een begeleider zich door vijf B's: betrouwbaar, betrokken, bekwaam, bewust en betekenisgevend. Bij de begeleiding van een complexe doelgroep is een zesde B op zijn plaats: bemoeizorg. Dat wil zeggen dat de begeleiders zeer alert zijn op allerlei signalen, tijdig weten in te grijpen en assertieve zorg bieden.

Behandelelementen

De meningen verschillen of in een woonvoorziening behandeling moet plaatsvinden. Voorstanders pleiten voor meer aandacht voor behandeling in een woonvorm met bewoners die vanuit een klinische setting komen. Hierdoor wordt de overgang van de klinische intensieve behandeling (sterk therapeutisch milieu) naar een woonvorm wellicht minder groot. Het roept echter de vraag op wat behandeling in een dergelijke voorziening moet inhouden. Moet in de woonvorm een therapeutisch klimaat gecreëerd worden of volstaat het toevoegen van enkele behandelelementen? Tegenstanders zijn van mening dat behandeling niet thuis hoort in een woonvoorziening.

De meest gedeelde opvatting is dat het integreren van behandel-elementen in de begeleiding wenselijk is, maar dat een woonvoorziening geen behandelsetting moet worden. Dat zou ten koste gaan van de huiselijkheid en de woonsfeer. Begeleiders kunnen wel 'mee-behandelen' door begeleiding te bieden vanuit een behandeloptiek; onder andere door (veranderingen in) gedrag goed te observeren, een proactieve benadering omtrent middelengebruik, (laagdrempelige) groepsgesprekken en het consequent werken met signaleringsplannen.

BW Hoograven streeft naar een pedagogisch klimaat en benut hiervoor de huiskameroverleggen met de bewoners. Eerst kwamen daarin vooral huishoudelijke zaken ter sprake. Nu zijn de gesprekken inhoudelijk van karakter. Er wordt op een niet al te nadrukkelijke wijze ruimte geboden om bepaalde problemen in te brengen zodat bewoners hun hart kunnen luchten. Het gesprek kan gaan over persoonlijke problemen, valkuilen die bewoners tegen komen in het dagelijkse leven (bijvoorbeeld wat betreft middelengebruik of sociale relaties).

In een woonvorm van GGZ Noord Holland Noord met dubbele diagnose cliënten volgen bewoners vooroverwegingsgroepen of Libermanmodules. De ervaring is dat dit goed past binnen de woonvorm.

Sommige bewoners hebben in de kliniek al verslaving- of agressieregulatiemodules gevolgd. Dergelijke trainingen kunnen ook nuttig zijn als men verblijft in een woonvoorziening. De re-integratie in de samenleving brengt namelijk (opnieuw) allerlei angsten, verlangens, dromen, risico's en verleidingen met zich mee. Bewoners kunnen de groepsbijeenkomsten juist benutten om het omgaan met verslavingsproblemen openlijk te bespreken.

Kortom, behandeling en begeleiding liggen in de woonvorm nauw tegen elkaar aan. Bij de begeleiding van een complexe doelgroep die instroomt vanuit een sterk gestructureerde behandelsetting, is dat volgens deskundigen ook noodzakelijk omdat anders de overgang te groot is en een mislukking op de loer ligt.

Omgaan met delictgeschiedenis

Verschillende bewoners hebben een justitieel verleden. Het criminele gedrag hangt veelal nauw samen met de psychiatrische stoornis en het middelengebruik. In een kliniek voor intensieve behandeling is het gebruikelijk de gepleegde delicten (in groepssessies) te bespreken om op deze manier het recidiverisico te verminderen. Moet een woonvoorziening ook groepsbijeenkomsten organiseren waarin het delictgedrag centraal staat? Of is dat onderdeel van de (forensisch) psychiatrische behandeling en dus een stap te ver voor een woonvoorziening? Het is uiteraard niet de bedoeling dat waar in de kliniek openlijk en niet-stigmatiserend gesproken kan worden over delicten, in een beschermende woonvorm weer een taboe zou rusten op dit onderwerp. Een woonvorm heeft geen therapeutische inslag, maar kan dit onderwerp ook niet negeren. Duidelijke richtlijnen over hoe er wordt omgegaan met de delictgeschiedenis van bewoners zijn daarom onmisbaar. Bijvoorbeeld:

- Alle begeleiders zijn op de hoogte van de delictgeschiedenis van de bewoners omwille van de veiligheid;
- Tijdens de intake met een nieuwe bewoner komt de voorgeschiedenis standaard aan bod;
- De persoonlijk begeleiders bespreken de delictgeschiedenis in de individuele begeleidingsgesprekken, in het bijzonder als er signalen zijn die wijzen op een verhoogd risico. Begeleiders bespreken dan welke preventieve maatregelen zijn aangewezen en welke ondersteuning geboden moet worden;
- In de huiskameroverleggen wordt het onderwerp *low level* ter sprake gebracht onder de noemer van 'valkuilen';
- Gebruik het signaleringsplan en bijbehorend preventieplan om tijdig in te kunnen grijpen;
- Neem bij vermoedens van onraad contact op met de ambulante behandelaar.

Het is waardevol om je als begeleider goed in te lezen in de delictgeschiedenis, de psychiatrische achtergrond, de anamnese, en overige documenten van een bewoner. Deze informatie geeft inzicht in hoe de bewoner zich gedraagt en reageert in bepaalde situaties. Naast een groter begrip wordt bovendien duidelijk hoe goed of slecht de bewoners – gezien hun verleden – momenteel functioneren. Ook kunnen gedragingen of uitspraken van een bewoner gekoppeld worden aan iemands delictgeschiedenis en zijn begeleiders daardoor alert op eventuele risico's op herhaling. Een proactieve houding en werkwijze zijn van essentieel belang: het consequent observeren, ondersteunen, aanspreken, doorvragen, aftasten, ingrijpen, bewust wachten en (subtiel) sturen.

Oog voor groepsdynamica

In groepswoningen is de omgang en relatie tussen bewoners een belangrijk aandachtspunt voor de begeleiding. Vooral als bewoners onderling veel contact hebben, is de begeleiding meer op het groepsproces gericht. De begeleiding dient hierop goed zicht te hebben om in te kunnen grijpen of bij te sturen bij onderlinge irritaties, conflicten of ongewenste pikorde. De begeleiders observeren de groepsdynamica, interveniëren direct indien nodig en bespreken opvallendheden in individuele gesprekken met de bewoner.

Betrekken van sociale omgeving

De begeleiders hanteren een multisysteembenadering, waarbij het netwerk betrokken wordt bij de begeleiding en behandeling, dus zowel behandelaars en begeleiders als familieleden, vrienden, werkgever/begeleider en bij wijze van voorbeeld de voetbaltrainer. Vooral in de fase van maatschappelijk herstel speelt de omgeving een belangrijke rol, aangezien dan de begeleiding afgebouwd wordt en sommige taken weer meer op de schouders van het informele netwerk terecht komen. Manieren om familie en naastbetrokkenen bij de begeleiding te betrekken zijn onder andere:

- Regelmatig contact voor informatie-uitwisseling;
- Gebruik van Triadekaart/familiekaart waarmee de taken en rol van familie en professionals kunnen worden afgestemd;
- Organiseren van een familiedag;
- Familie of naastbetrokkenen met toestemming van de bewoner uitnodigen voor de bespreking van het begeleidingsplan;
- Verstrekken van informatie(materiaal) over de geboden zorg en psychiatrische stoornis aan familieleden of naastbetrokkenen;
- Input vragen (en benutten!) voor de begeleiding en het opstellen van signalerings- en preventieplannen (Van Erp, Place, Michon, 2009).

De begeleiders kunnen bewoners ondersteunen bij het versterken of uitbreiden van hun sociale relaties: een netwerkanalyse doen om te kijken welke oude contacten aangetrokken kunnen worden, algemene omgangsnormen bespreken, rollenspellen, oefengesprekken, bemiddelen, et cetera. Doelen om de sociale contacten te versterken en intieme relaties op te bouwen, blijken in de praktijk helaas lastig te realiseren terwijl veel bewoners daaraan sterke behoefte hebben.

Kortom, belangrijke begeleidingskenmerken bij een complexe doelgroep zijn:

- o 24-uursaanwezigheid en -beschikbaarheid
- o Structuur bieden
- o Dagbesteding
- o Vallen en opstaan principe
- o Subtiele manier van begrenzing en sturing: herstelondersteunend en directief
- o Methodisch werken
- o Behandlelementen
- o Vroegsignalering/signaleringsplan
- o Actieve begeleiding op het gebied van middelengebruik
- o Bemoeizorg
- o Afspraken over bespreken delictgeschiedenis
- o Oog voor groepsdynamica
- o Betrekken van sociale omgeving

4. Deskundig team

Voor de begeleiding van een doelgroep met meervoudige en complexe problemen is een stabiel en deskundig team noodzakelijk. In een kliniek werkt het personeel in een setting met camera's, beveiligers, piepers en voor patiënten niet-toegankelijke ruimtes. In een woonvoorziening zijn dergelijke faciliteiten meestal niet voorhanden (en ook niet wenselijk) en moeten begeleiders zich ook zonder deze beveiliging zeker en veilig voelen. Zij zullen door een goede vertrouwensrelatie, vroegsignalering, bemoeizorg en begeleiding op diverse leefgebieden veiligheid moeten creëren. Deskundige medewerkers en een goed personeelsbeleid zijn daarom des te belangrijk.

Team van persoonlijk begeleiders (hbo-niveau) en woonbegeleiders (mbo-niveau)

Er wordt vaak onderscheid gemaakt tussen algemeen woonbegeleiders en persoonlijk begeleiders. Woonbegeleiders nemen veelal de dagelijkse begeleiding op zich inclusief praktische en huishoudelijke taken (samen boodschappen doen, kamer opruimen, koken etc.). Persoonlijk begeleiders doen deze dingen vaak ook en zijn daarnaast ook mentor van een bewoner. Zij stellen samen met de bewoner een plan op met doelen op de verschillende levensgebieden. Sommige woonvoorzieningen hebben de huishoudelijke taken ondergebracht bij woonbegeleiders, andere woonvormen hebben hiervoor huishoudelijk medewerkers of schoonmakers in dienst.

De teamleden hebben bij voorkeur een zorggerelateerde hbo-opleiding afgerond. Sommige deskundigen zijn van mening dat mensen met een mbo-opleiding ook geschikt zijn om complexe kwetsbare mensen te begeleiden, mits zij veel ervaring hebben en beschikken over goede reflectieve vaardigheden en kunnen functioneren op hbo-niveau.

In Hoograven bestaat de dagelijkse begeleiding uit persoonlijk begeleiders, begeleiders, een woonbegeleider en een activiteitenbegeleider. Het team wordt aangestuurd door de coördinator zorg en het locatiehoofd. De woonbegeleider verricht veel administratieve en huishoudelijke taken en is later aan het team toegevoegd om de andere teamleden op dat gebied voor een deel te ontlasten. Persoonlijk begeleiders en begeleiders ondersteunen bewoners nog wel bij praktische zaken, maar in mindere mate. Samen de woonkamer schoonmaken draagt ook bij aan het opbouwen van een goede begeleidingsrelatie.

In Duurzaam Verblijf in Heiloo wordt gewerkt met drie niveaus van medewerkers; huishoudelijk begeleiders, groepsleiders en sociotherapeuten. Zij zijn allemaal aanwezig bij het teamoverleg. De voorkeur gaat uit naar sociaal psychiatrisch verpleegkundigen (hbo) die eveneens praktische of huishoudelijke ondersteuning bieden. Sommige hulpverleners vinden echter dat deze praktische aspecten niet bij hun functie horen.

In de woonvorm in Apeldoorn regelen hbo-geschoolde medewerkers ook praktische zaken. Contact wordt gezien als het centrale begeleidingaspect. Op basis daarvan kan een integraal begeleidingsplan worden opgesteld waarin alle begeleidingsaspecten samenkomen. In alle rapportages staat beschreven hoe het contact met de bewoner verloopt. Voor de informatievoorziening, het begeleidingsplan en vroegsignalering is het alledaagse contact heel belangrijk.

Personeelsbeleid op basis van vereiste eigenschappen en vaardigheden

Welke eigenschappen en vaardigheden zijn noodzakelijk voor het bieden van de juiste begeleiding? Deze vraag wordt in onderstaande paragraaf uiteengezet.

Wie is de ideale begeleider?

Medewerkers in een beschermende woonvorm moeten – aldus de SBWU – voldoen aan de 5B's: betrokken, betrouwbaar, betekenisgevend, bekwaam en bewust begeleiden. Een omschrijving van de ideale begeleider door samenwerkingspartners en begeleiders van de woonvoorziening in Hoograven leverde uiteenlopende eigenschappen op. Figuur 2 geeft hiervan een overzicht verdeeld in drie categorieën: persoonlijk, professioneel en relationeel. Opmerkelijk is dat voornamelijk veel eigenschappen op relationeel en persoonlijk vlak genoemd zijn en in mindere mate op professioneel gebied.

Betrokkenheid is een vereiste voor dit werk, maar tegelijkertijd een valkuil. Bij een te grote betrokkenheid hebben begeleiders minder professionele distantie die belangrijk is voor het beoordelen van situaties en risico's. Andere mogelijke gevolgen zijn dat begeleiders te veel overnemen van bewoners of meer risico lopen op uitval en *burn-out*. Het voorkomen van ziekteverzuim is uiteraard voor medewerkers zelf erg belangrijk, maar eveneens voor de bewoners. Indien een team langdurige ziekte niet kan opvangen met het eigen team, worden invallers van andere locaties of uitzendkrachten ingezet. Bewoners vinden dat over het algemeen niet prettig.

Wat moet de ideale begeleider nog meer in huis hebben?

Communicatieve vaardigheden zijn essentieel in het werk als begeleider. Begeleiders moeten goed kunnen argumenteren; uitleggen waarom iets niet kan, waarom het wenselijk is om op zoek te gaan naar dagbesteding of waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Vooral bij het handhaven van regels of in situaties waarin je de bewoner iets onthoudt, is het van belang dat begeleiders dit duidelijk toelichten en de achterliggende reden noemen. Het gaat echter niet alleen om *wat* je communiceert, maar ook om *hoe* je communiceert. Mensen pakken over het algemeen sneller dingen op als de manier van communiceren aansluit bij hun leerstijl en capaciteiten. Bij veel bewoners kan dat bijvoorbeeld door eenvoudige bewoordingen, veel herhaling, een rustige toon en niet te veel (nieuwe) informatie in één gesprek. Goede gespreksvaardigheden spelen een belangrijke rol in de begeleiding en motivering van bewoners. Begeleiders moeten in staat zijn anderen op een neutrale manier te adviseren en motiveren, zonder daarbij hun eigen mening of opvattingen op te leggen. Als begeleider moet je de cliënt centraal stellen en in dat opzicht enige distantie tonen. Dit wil niet zeggen dat cliënten mogen doen en laten wat ze willen. Een andere belangrijke vaardigheid is immers het stellen van grenzen ofwel regels hanteren en indien nodig gedrag begrenzen. Ook hierbij geldt dat de wijze waarop grenzen gesteld worden veel verschil uit kan maken. Kernbegrippen zijn duidelijkheid, consequentheid en volhardendheid. In de volgende situaties gebeurt dat bijvoorbeeld niet: iemand aanspreken op ongewenst gedrag zonder uitleg over de reden; de ene keer wel en de andere keer niet begrenzen; grenzen steeds iets oprekken; eerst nee zeggen en vervolgens toch ja zeggen of doen; negeren als iemand zich niet aan de regels of afspraken houdt. Het hanteren van regels betekent niet per definitie dat iemand per onmiddellijk gestraft moet worden, maar het ongewenste gedrag dient wel stellig ter sprake worden gebracht.

Vaak staan bewoners helemaal niet zo open voor gesprekken die confronterend kunnen zijn. Als begeleider is het belangrijk dat je het gesprek niet uit de weg gaat en de juiste

snaar weet te raken waardoor de bewoner zich gehoord voelt. Op die manier creëer je ruimte en heb je de mogelijkheid om het gesprek toe te leiden naar de wezenlijke dingen die spelen. Begeleiders zullen continu moeten inschatten wanneer een directieve aanpak vereist is en wanneer een meer impliciete, terughoudende aanpak volstaat.

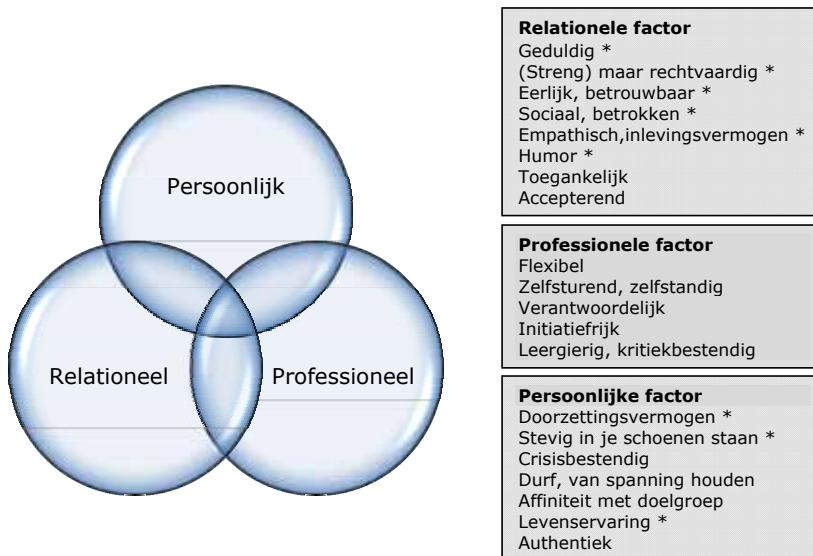
"Begeleiders moeten rechtvaardig, warm en streng zijn."

Relationele of sociale vaardigheden zijn onmisbaar in het werk. Begeleiders moeten goed kunnen invoegen, aansluiten, verleiden, meebuigen en vertrouwen kunnen wekken. Ook dienen medewerkers te beschikken over vaardigheden als observeren, verbanden leggen en inzicht hebben in de processen van verslaving en ziektebeelden. Begeleiders moeten een *helikopter view* hanteren; gedrag, gedachtes, interacties en psychopathologie met elkaar in verband brengen, en inzicht hebben in het proces dat een bewoner doormaakt en heeft doorgemaakt (verleden, heden en toekomst). Relationele vaardigheden zijn ook onmisbaar voor een goede samenwerking - zowel intern met cliënten en directe collega's als extern met ketenpartners.

"Geduldig zijn. Een beetje stoïcijns door kunnen gaan, zo van: 'we hebben een doel en daar gaan we voor' en je niet van de wijs laten brengen als het een keer niet lukt. Je moet tegen mislukkingen kunnen, want het lukt vaak niet in één keer."

Een andere belangrijke vaardigheid is het scheiden van werk en privé. De begeleiders hebben te maken met een doelgroep met complexe problemen die niet 1-2-3 opgelost zijn. Het is van belang dat begeleiders hiermee kunnen omgaan en deze problemen buiten werktijd kunnen loslaten. Verder speelt de balans tussen afstand en nabijheid een belangrijke rol. Begeleiders moeten goed kunnen beoordelen welke persoonlijke dingen ze wel en niet delen met bewoners.

Figuur 2. Overzicht eigenschappen (* betekent drie keer of meer genoemd)



Tot slot moeten begeleiders over de nodige vaardigheden beschikken om methodisch te kunnen werken. Het is allereerst goed om te bedenken dat een methodiek een belangrijk hulpmiddel is voor de bewoner én de begeleider. Tegelijkertijd blijft het een hulpmiddel. Veel hangt af van de ervaring en de vaardigheden van de begeleider. Begeleiders moeten kunnen omgaan met praktische dilemma's en een methodiek flexibel kunnen hanteren als de situatie daarom vraagt. Planmatig en doelgericht werken is uiteraard ook essentieel. Dat wil overigens niet zeggen dat methodisch werken een kwestie is van een voortgangsgesprek op de juiste tijden; de kunst is juist om soms impliciet, soms expliciet in te spelen op signalen, op flarden van gesprekken, et cetera. Methodisch werken vergt dus een integrale blik.

Gevarieerd team

Bij het aannemen van personeel ligt de focus op de vraag of iemand binnen het team past, goed aansluit bij de bewonersgroep, en specifieke kennis of vaardigheden heeft die nog betrekkelijk weinig aanwezig zijn in het team. Pluriformiteit is belangrijk: niet elke begeleider hoeft over dezelfde eigenschappen en vaardigheden te beschikken. Het is vooral van belang dat medewerkers op diverse manieren in contact weten te treden en een appèl weten te doen op de bewoners. Voor het bieden van goede begeleiding zijn enkele generalisten en ervaren medewerkers nodig. In het onderzoek wordt vaak aangegeven dat mensen die met een complexe doelgroep werken stevig in hun schoenen moeten staan. Soms wordt dit gekoppeld aan leeftijd en gaat de voorkeur uit naar ervaren medewerkers (niet jonger dan 24 jaar). Andere deskundigen vinden dat iemand vooral enige levenservaring moet hebben, ongeacht leeftijd. Bij de SBWU geldt voor begeleiders van een complexe doelgroep een minimumleeftijd van 24 jaar. Een gevarieerd team bestaat uit medewerkers met verschillende opleidingen en achtergronden. Een paar medewerkers die eerder hebben gewerkt met mensen met verslavingsproblemen, heeft sterk de voorkeur. In een team van gevarieerde samenstelling bestaat ook minder kans op beroepsdeformatie, waarbij bepaalde gewoontes sterk inslijten. Beroepsdeformatie kan op een zeker moment leiden tot het normaal gaan vinden van onacceptabel gedrag (zowel van collega's als van bewoners) of acceptatie van ongewenste uitlatingen en stigmatisering. Leidinggevendenden moeten hierop ingrijpen en teamleden hierop aanspreken. Het kan ook aanleiding geven tot een gesprek met bewoners en teamleden (constructieve confrontatie). Verder is het belangrijk om te zorgen voor voldoende evenwicht tussen mannen en vrouwen in het team.

Het streven is een team waarin medewerkers elkaar goed aanvullen. In onderstaand citaat verwoordt een bewoner hoe hij aankijkt tegen een ideaal team.

"Iedereen heeft een andere functie, een eigen functie. Eén begeleider die niet bang is om een conflict aan te gaan en waar je tegenaan schopt. En die schopt het hardst terug. Eén begeleider die met je over koetjes en kalfjes komt praten, waardoor je toch bij de kern komt. Eén begeleider die je meeneemt naar de tuin en praktisch begeleidt. Eén begeleider die meer een soort moederfunctie heeft. Een persoonlijk begeleider die neutraal is. Hij moet je namelijk over langere termijn kunnen begeleiden."

Specifieke trainingen en cursussen

Het is zaak te zorgen voor een geregeld programma voor deskundigheidsbevordering voor teamleden. Veel van de aanbevolen trainingen zijn gericht op het voorkomen van escalatie: tijdig signaleren van onrust en afwijkend gedrag, herkennen en inspelen op problemen in de groep, verbanden leggen tussen gedrag en psychiatrische stoornissen en het 'ombuigen' van verbale agressie. Deskundigheidsbevordering is voor het hele team essentieel en niet alleen voor de persoonlijk begeleiders. Er is een scala aan trainingen en cursussen die relevant zijn voor medewerkers:

- Psychopathologie en psychiatrie
- Omgaan met verslaving
- Verslaving en psychiatrie (dubbele diagnose)
- Kennis van middelen en de interactie tussen middelen en medicatie
- Groepsdynamica
- (Vroeg)signalering / observeren
- Omgaan met agressie (fysiek/verbaal) / de-escalerend werken
- Motiverende gespreksvoering of gesprekstechnieken
- Basiskennis over werking van medicatie
- Nabijheid en afstand
- Rehabilitatie en herstel
- Trajectbegeleiding
- Schuldhelpverlening
- Weerbaarheidstraining
- Methodisch werken
- Stage/meeloopdagen in kliniek
- Training interactievaardigheden
- Werken binnen justitiële kaders.

Motiverende gespreksvoering wordt veel gebruikt bij mensen met een dubbele diagnose. Het model heeft twee basisprincipes: 1) onvoorwaardelijke acceptatie; eigen referentiekader en voorkeuren loslaten, niet veroordelen, cliënt zelf laten beslissen en zijn keuzes respecteren; 2) constructieve confrontatie; bewustmaken van discrepantie tussen wensen en gedrag, blootleggen interne tegenstrijdigheden en bieden van feitelijke informatie (Prochaska & Diclemente, 1983). Vooral het tweede principe bleek van toegevoegde waarde voor BW Hoograven. Begeleiders in deze woonvoorziening – en mogelijk ook veel andere woonvoorzieningen – leggen in de begeleiding sterk accent op hun ondersteunende rol. Ze zijn belangstellend en zeer betrokken. Zij zijn minder getraind in het aannemen van een directieve houding en feedback geven via constructieve confrontatie. Dit is de zwakke schakel. Het ontbreekt aan constructieve confrontatie waarbij bewoners op hun gedrag worden aangesproken, op het juiste moment en op de juiste manier.

Reflectie, uitwisseling en feedback

Het werken met een complexe kwetsbare doelgroep vereist dat medewerkers reflecteren op hun eigen gedrag en open staan voor feedback van elkaar en leidinggevenden. Door het eigen handelen, denken en voelen te bespreken met collega's zijn medewerkers zich meer bewust van (tegen)overdracht. Het uitwisselen van ervaringen, het ventileren van

lastige situaties of spanningen en het van elkaar leren zijn belangrijk om een stabiel en gezond team te vormen. Reflectie, uitwisseling en feedback dragen bij aan het werkplezier en de draagkracht van medewerkers en komt de kwaliteit van de zorg ten goede.

Een instelling faciliteert dit door middel van intervisie, trainingen en teamoverleggen (waarin niet de bewoners centraal staan maar het functioneren en ervaringen van de medewerkers). *Coaching on the job* is een handzaam hulpmiddel. Begeleiders worden dan tijdens hun werkzaamheden ondersteund en begeleid. Ze krijgen tips en adviezen die ze direct kunnen oefenen en toepassen in de praktijk.

Om goed te kunnen profiteren van intervisie en uitwisseling moeten medewerkers zich kwetsbaar kunnen en durven opstellen. Onderling vertrouwen en een open sfeer in het team spelen daarbij een belangrijke rol.

Zorgvuldige schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht

Informatie-uitwisseling, zowel mondeling als schriftelijk, is uitermate belangrijk. Informatie over het reilen en zeilen van de groep en het functioneren van de bewoners biedt aanknopingspunten voor de begeleiding. Daarnaast is het nodig om in dezelfde lijn te kunnen voortbouwen op hetgeen collega's in een eerdere dienst hebben gesignaleerd, besproken of gedaan. Als informatie ontbreekt of onvolledig is, kunnen verkeerde interventies worden ingezet of niet de juiste prioriteiten worden gesteld. Ten behoeve van de veiligheid en de continuïteit houden medewerkers elkaar op de hoogte van ontwikkelingen van een bewoner en wijzen elkaar op (kleine) signalen die kunnen duiden op ontwrichting. Het team moet indien nodig één blok kunnen vormen. Bewoners kunnen namelijk misbruik maken van de gebrekkige informatie-uitwisseling in een team ('shoppen'). Maar bewoners kunnen even goed benadeeld worden als toezeggingen of afspraken over bepaalde privileges bijvoorbeeld niet zijn gecommuniceerd of gerapporteerd.

Zorgvuldige informatie-uitwisseling vindt plaats door voldoende aandacht te besteden aan de dagelijkse overdrachten, (half)jaarlijkse begeleidingsplanbesprekingen en teamvergaderingen. Daarnaast is het registreren en verslag doen van het functioneren van de bewoners onlosmakelijk verbonden met het werk als begeleider. Zonder duidelijke voortgangsrapportages en begeleidingsplannen verdwijnt in de loop van de tijd belangrijke informatie en kan geen consequente lijn worden getrokken in de begeleiding. Begeleidingsplannen bieden een belangrijk houvast, met name voor de bewoner om gericht te werken aan bepaalde, zelfgekozen doelen. Tot slot zullen begeleiders tijd moeten inplannen, zowel voor het *lezen* van de rapportages als voor de verslaglegging zelf – taken die er gemakkelijk bij inschieten door de waan van de dag.

Kortom, voor een deskundig team zijn de volgende voorwaarden van belang:

- Team van persoonlijk begeleiders (hbo-niveau) en begeleiders (mbo-niveau)
- Personeelsbeleid op basis van vereiste eigenschappen en vaardigheden
- Gevarieerd team
- Specifieke trainingen en cursussen
- Reflectie, uitwisseling en feedback
- Zorgvuldige schriftelijke en mondelinge informatieoverdracht

5. Samenwerking met ketenpartners: intensief en transparant

Voor bewoners met ernstige en meervoudige problemen is het geïntegreerd aanbieden van behandeling en begeleiding essentieel. Intensieve samenwerking tussen de begeleiders van de woonvoorziening en de (ambulante) behandelaar is hét sleutelwoord. In een studie naar de plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's (Plempers, 1998) werd een goede samenwerkingsrelatie ook bestempeld als één van de succesfactoren. Zorgvuldige informatie-uitwisseling, terugkeergarantie in crisissituaties en wederzijdse inzet van de beide ketenpartners (voorlichting, deskundigheidsbevordering, attitudeverandering, overleggen, wegnemen van vooroordelen e.d.) spelen een belangrijke rol. Deze en meer kenmerken komen in dit hoofdstuk aan bod.

Kennismaking en leren van elkaar

Het is van belang dat de medewerkers van de verschillende organisaties elkaar en elkaars organisatie leren kennen. Een presentatie over de visie en werkwijze van de woonvoorziening in het behandelteam en andersom is hiervoor een gemakkelijke en efficiënte manier. Ook wederzijdse meeloopdagen voor individuele medewerkers kunnen zeer nuttig zijn om de verschillen in cultuur en werkwijze te (h)erkennen en benutten. Daarnaast kunnen jaarlijkse uitwisselingsbijeenkomsten of studiedagen bijdragen aan een goede samenwerking. Doel hiervan is om een goede zorgketen te organiseren zodat de zorg zoals geboden door de verschillende samenwerkende organisaties goed op elkaar aansluit.

Duidelijke rolverdeling

Een goede samenwerking valt of staat met duidelijke afspraken over wie wat doet. Over het algemeen biedt een woonvoorziening de meer praktische woonbegeleiding en de behandelende ketenpartner de behandeling (terugvalpreventie, medicatie, therapieën). In het ene geval neemt de woonvorm de ondersteuning en begeleiding bij sociale contacten, dagbesteding of financiën voor haar rekening, in het andere geval worden de taken in de begeleiding op deze leefgebieden per cliënt verdeeld. Hoe de taakverdeling ook vormgegeven wordt, helderheid over ieders rol en verantwoordelijkheden is onontbeerlijk.

Afspraken over betrokkenheid behandel- en begeleidingsplan(bespreking)

De behandelaar wordt bij voorkeur betrokken bij de jaarlijkse begeleidingsplanbesprekingen ofwel door hierbij aanwezig te zijn ofwel door voorafgaand aan de bespreking input te leveren. Andersom geldt dit ook voor de behandelplanbesprekingen, waarbij de persoonlijk begeleider van de bewoner tijdens of voorafgaand aan de behandelplanbespreking informatie verstrekt over het functioneren van de bewoner. In de ideale situatie zijn het behandelplan en het begeleidingsplan geïntegreerd.

Goede informatie-uitwisseling

Goede informatie-uitwisseling is essentieel om de bewoner goed te kunnen begeleiden en behandelen. Vanzelfsprekend hebben de behandelaar en de persoonlijk begeleider van de woonvoorziening hierover regelmatig contact, zowel *face-to-face* als telefonisch of per e-mail. Kernbegrippen zijn korte lijnen, laagdrempeligheid en toegankelijkheid. Een vast aanspreekpunt of contactpersoon bij elke samenwerkingspartner, helpt om elkaar goed op de hoogte te houden.

Signalen doorgeven

Begeleiders vervullen een belangrijke rol in het opmerken van signalen die relevant kunnen zijn voor de behandeling. Bij veranderingen in gedrag of bij andere symptomen (psychisch of somatisch) is het van belang dat zij (tijdig) contact opnemen met de behandelaar van de desbetreffende cliënt. Andersom zal de behandelaar ook de medewerkers in de woonvoorziening goed op de hoogte moeten houden van veranderingen in medicatie, gemoedstoestand of andere opvallendheden bij bewoners. Ook hierover dienen duidelijke afspraken gemaakt te worden om misverstanden te vermijden.

Structureel overleg op casus- en beleidsniveau

Om elkaar regelmatig te informeren vindt naast de korte, informele contacten, structureel overleg plaats tussen de persoonlijk woonbegeleider en de behandelaar. In een werkoverleg – bijvoorbeeld maandelijks – wordt de stand van zaken omtrent de huidige bewoners besproken en worden eventuele nieuwe aanmeldingen besproken. Ook de onderlinge samenwerking, visie en beleidsontwikkelingen binnen de organisaties zijn gespreksonderwerpen die regelmatig aan bod kunnen komen. Het structureel evalueren vergroot de kans dat beide partijen hetzelfde doel voor ogen houden, de afspraken helder blijven en indien nodig (tijdig) bijgesteld kunnen worden.

Triangelwerkwijze

De begeleiders en de behandelende ketenpartner volgen de individuele cliënten nauwlettend. Voorwaarde is een zeer intensieve samenwerking. Naast de onderlinge contacten tussen de bewoner en begeleiders, de bewoner en behandelaar en de behandelaar en begeleiders vinden bij voorkeur ook evaluatiegesprekken met alle drie de partijen plaats. Op deze manier bestaat de mogelijkheid alle zaken gezamenlijk af te stemmen.

De persoonlijk begeleider van de BW Hoograven, de bewoner en de behandelaar hebben één keer in de zes weken een evaluatiegesprek. Hierin bespreken ze de ontwikkelingen op de verschillende leefgebieden. Ze evalueren de doelen en kijken wat er in de (nabije) toekomst nodig is. De cliënt neemt hieraan actief deel.

Wederzijdse terugkeergarantie

De terugplaatsgarantie is een zeer belangrijke samenwerkafpraak en houdt in dat een bewoner in geval van een ernstige crisis die niet goed kan worden opgevangen in de woonvoorziening, dezelfde dag terecht kan in de kliniek waar de bewoner eerder verbleef. Er vindt op dat moment geen discussie plaats over de vraag of een opname

noodzakelijk is. Als vanuit BW Hoograven wordt aangegeven dat er sprake is van een noodsituatie die een opname vereist, neemt de kliniek dit onmiddellijk serieus op.

Terugval in een psychose, middelengebruik, agressief of delictgedrag is bij mensen met ernstige en complexe psychiatrische en verslavingsproblemen niet volledig uit te sluiten. Indien sprake is van een crisissituatie is een heropname een ingrijpende maar belangrijke maatregel. Het biedt de mogelijkheid om bewoners die in de woonvoorziening tijdelijk niet te handhaven zijn, rust te bieden en te stabiliseren. De regeling creëert veiligheid en rust voor de bewoner zelf, maar ook voor de andere bewoners en de medewerkers.

Een groot voordeel van de terugkeergarantie is dat medewerkers makkelijker grenzen (durven) stellen en structuur bieden omdat ze de *back-up* van de kliniek hebben. Zonder deze afspraak - zo is de ervaring in Utrecht - gaan medewerkers te lang door met een bewoner en werd de bewoner in een later stadium vaak alsnog uitgeplaatst. Gevolg hiervan is vaak een dermate verstoorde relatie tussen het team en de bewoner dat de kans klein(er) wordt dat de bewoner kan terugkeren naar dezelfde woonvorm. De terugkeergarantie houdt niet alleen in dat de kliniek voor een bewoner in crisis een heropnameplek realiseert, maar ook dat de woonvoorziening garandeert de bewoner na de tijdelijke heropname weer huisvesting en begeleiding te bieden. Het gaat dus om een wederzijdse terugkeergarantie.

Elke terugplaatsing wordt naderhand geëvalueerd door de ketenpartners. Wat was de aard van de (crisis)situatie? Was opname noodzakelijk of konden nog andere stappen gezet worden? Had de crisissituatie voorkomen kunnen worden? Zijn er signalen van decompensatie over het hoofd gezien of verkeerd geïnterpreteerd? Hoe verliep de opname zelf? Wanneer kan de bewoner weer terug naar de woonvoorziening?

Tot slot kan een *time-out* bed voor één nacht of enkele nachten binnen de eigen organisatie handig zijn. Een dergelijke voorziening biedt uitkomst in situaties waarin (nog) geen sprake is van crisis, maar een korte uitplaatsing en een adempauze voor zowel de bewoner als de begeleiders of medebewoners wel wenselijk is.

"Terugval kan, mag en is een onlosmakelijk onderdeel van het proces. 300 dagen in de woonvorm in de samenleving en 65 dagen opgenomen in een kliniek, dan heb je toch ruim 300 dagen winst."

In Utrecht wordt regelmatig gebruikt gemaakt van de terugkeergarantie. Volgens de betrokkenen is juist het verkeer tussen de beschermende woonvorm en de kliniek een succesfactor van de werkwijze. Bewoners kunnen teruggeplaatst worden indien ze gedrag vertonen in de categorie 'rood' van het signaleringsplan. Soms geven bewoners zelf aan tijdelijk terug te willen om te voorkomen dat ze terugvallen. De duur van opname varieert veelal van een paar dagen tot een paar weken of maanden. In enkele gevallen leidt de terugkeer tot een definitieve opname.

Heldere criteria en afspraken over instroom en doorstroom

Voor de aanmeldingsprocedure en samenwerking met ketenpartners is het van belang de doelgroep van de woonvoorziening helder te definiëren. Op basis van inclusie- en

exclusiecriteria kan worden bepaald of een aangemelde cliënt past binnen de desbetreffende woonvorm. Daarnaast helpt een duidelijke doelgroepomschrijving om de huisregels, bejegeningaspecten, werkwijze, vereiste opleiding/bijscholing van personeel, et cetera, beter af te stemmen op de specifieke kenmerken van de doelgroep. Ook is het van belang dat met de verwijzer (kliniek) afgesproken welke (praktische) voorwaarden gelden voor de uitstroom naar een beschermende woonvorm.

De SBWU heeft bijvoorbeeld afgesproken met de kliniek dat voorafgaand aan de plaatsing een huisarts, tandarts en verzekering voor de bewoners is geregeld. Daarnaast hanteert de kliniek de volgende voorwaarden voor uitplaatsing en instroom; geen middelengebruik in de woonvorm, geregelde dagbesteding en een volledig signaleringsplan met concrete afspraken welke duidelijk zijn voor de cliënt en de begeleiding.

Voor de doorstroming naar vervolgvorzieningen (binnen of buiten de huidige instelling) of naar een zelfstandige woning, is het raadzaam om vast te stellen wanneer een bewoner kan uitstromen. Bijvoorbeeld onder welke voorwaarden kan een bewoner doorstromen naar een woonvorm waar meer zelfstandigheid een vereiste is? Het is tevens van belang dat er mogelijkheden gecreëerd worden voor een tijdelijke opvang van de bewoner in geval van terugval of (dreigende) crisis. In sommige gevallen is het noodzakelijk dat bewoners kunnen rekenen op een terugkeergarantie.

De persoonlijk begeleiders van BW Hoograven blijven tot twee maanden na uitstroom nauw betrokken bij de bewoner. Zij ondersteunen gedurende deze overgangsfase zowel de bewoner als de nieuwe begeleiders.

Samenwerkingsovereenkomst

Om de samenwerking met ketenpartners soepel te laten verlopen is het aan te bevelen met elke partner afspraken te maken over onder meer de aanmeldingsprocedure, voorwaarden, overgangsfase, frequentie van werkoverleggen, taken en verantwoordelijkheden. Een samenwerkingsprotocol geeft zowel de medewerkers en bewoners van de woonvoorziening als de verschillende samenwerkingspartners houvast en duidelijkheid. Een woonvoorziening krijgt veelal meldingen van meerdere partijen en kan ervoor kiezen om enkele basisafspraken te formuleren die voor alle samenwerkingsverbanden gelden en daarnaast per ketenpartner aanvullende of aangepaste afspraken te maken. De afspraken worden idealiter op schrift vastgelegd, maar zijn daarmee niet per definitie statisch. Tijdens de werkoverleggen worden de gemaakte afspraken geëvalueerd en indien nodig aangepast.

Kortom, elementen voor een intensieve transparante samenwerking zijn:

- Kennismaking en leren van elkaar
- Duidelijke rolverdeling
- Afspraken over betrokkenheid behandel- en begeleidingsplan(bespreking)
- Goede informatie-uitwisseling
- Triangelwerkwijze
- Wederzijdse terugkeergarantie
- Heldere criteria en afspraken over instroom en doorstroom
- Samenwerkingsovereenkomst

Nawoord

Landelijk bestaat een grote behoefte aan vervolgvorzieningen voor mensen die intensieve behandeling hebben ondergaan in een klinische voorziening zoals een forensische kliniek of een kliniek voor intensieve behandeling (KIB). Het gaat om mensen die naast psychiatrische en verslavingsproblemen, ook problemen hebben op het gebied van financiën, sociale contacten, politie/justitie. Een behoorlijke groep heeft een delictgeschiedenis en forse sociale problemen. Voor veel mensen kan een plek in een beschermende woonvorm om verschillende redenen een goede uitkomst bieden. Een beschermende woonvorm biedt een beschermend woonmilieu met voldoende toezicht en begeleiding. Het biedt sommige cliënten een veilige tussenstap op weg naar meer zelfstandigheid. Voor anderen is een beschermende woonvorm een definitieve woon- en begeleidingsvorm die hen enerzijds voldoende houvast biedt en anderzijds voldoende vrijheid om een menswaardig bestaan te leiden.

De groep mensen om wie het hier gaat wijkt echter af van de 'reguliere' groep van bewoners in een beschermende woonvorm. Staat bij de reguliere groep de psychische problematiek centraal waarvoor de nodige begeleiding vereist is, in de onderhavige groep vragen nog meer ernstige problemen de aandacht van de begeleiding. Niet zelden hebben verslavingsproblemen de overhand en moet een preventief beleid gevoerd worden om bepaalde veiligheidsrisico's te vermijden of in te perken. Dit vraagt om een doordacht beleid om een goede vervolgvorziening op te zetten met gekwalificeerd personeel en een uitstekende samenwerkingsrelatie met de behandelaars van de cliënten.

Welke ingrediënten zijn nodig om deze groep mensen adequate zorg te bieden in een woonvoorziening en te voorkomen dat ze tussen wal en schip belanden? In de voorliggende hoofdstukken is stilgestaan bij alle essentiële kenmerken om een goede vervolgvorziening te kunnen bieden voor mensen die het klinisch intensief verblijf mogelijk voorgoed achter zich kunnen laten.

Uiteraard is het voor cliënten geen eenvoudige stap om na een intensieve behandeling binnen een vrij strikt regime met eenduidige regels de overstap te maken naar beschermend wonen. Bewoners genieten daar veel meer vrijheid en beduidend minder regels. Er wordt veel meer appèl gedaan op hun vermogen om hun leven zelf weer richting te geven. Bovendien is de omgeving totaal veranderd. Waar cliënten in de kliniek redelijk van alle verleidingen van de buitenwereld verstoken zijn, liggen die verleidingen in een woonvorm om de hoek. Die overgang is enorm groot. Mensen gaan weer deelnemen aan de samenleving *in* de samenleving. Dit is een transitie die niet gemakkelijk is en zeker niet vanzelf gaat. Begeleiders en behandelaars moeten zich dit realiseren en daarop anticiperen.

Als laatste is het belangrijk om erop te wijzen dat er landelijk nog weinig onderzoek gedaan is naar de factoren die de overgang van een klinisch intensief verblijf naar een vervolgvorziening in positieve zin kunnen beïnvloeden. Er is geen gouden standaard voorhanden en evenmin is er een *evidence based* richtlijn. Het is zeer de vraag of de gouden standaard op te stellen valt. Belangrijker wellicht is het dat er een gedifferentieerd aanbod is aan vervolgvorzieningen met verschillende gradaties van

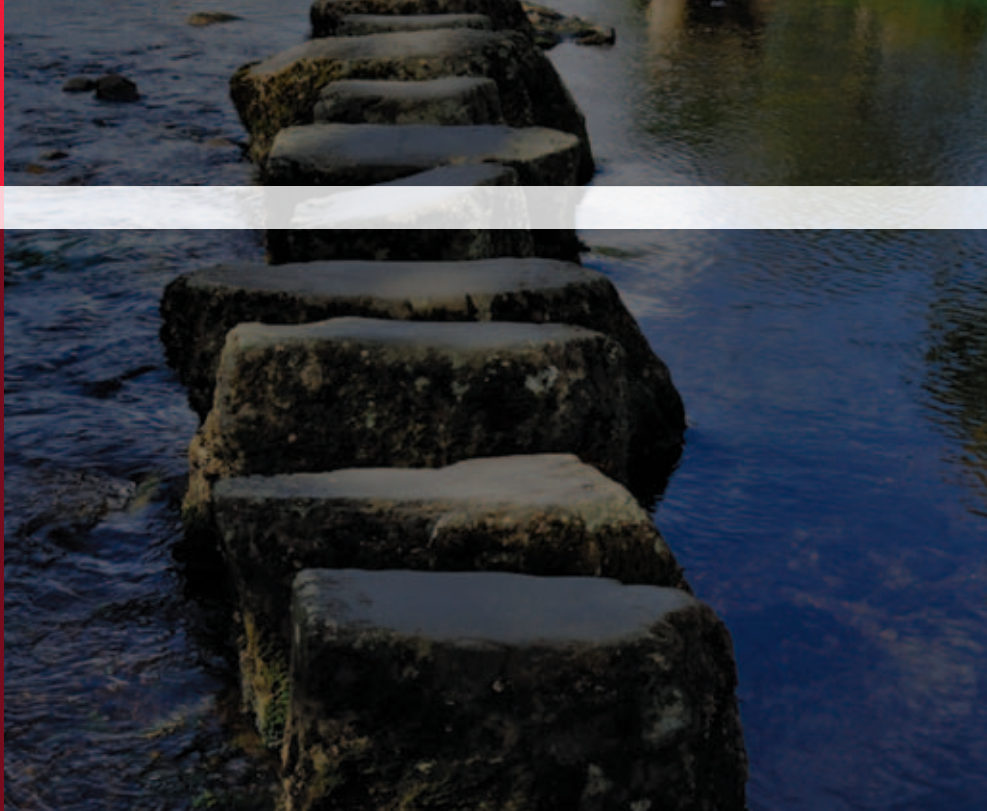
vrijheden voor cliënten. Per cliënt zal overwogen moeten worden wat voor hem de gouden standaard is: een eigen appartement of een gezinswoning, een besloten of open woonvoorziening, 24-uursbegeleiding of begeleiding op afstand, strikte abstinentie of niet, et cetera. Het is interessant om in de toekomst te onderzoeken of het mogelijk is om een aantal 'cliëntprofielen' op te stellen welke gekoppeld kunnen worden aan een bepaalde standaard van begeleiding en behandeling. En waar het vooral om gaat is dat cliënten de zorg krijgen die hen het beste past.

Literatuur

- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma.
- Bergeijk, J. van (2011). *Projectplan dagbesteding locatie Hoograven*. Utrecht: Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht.
- Boevink, W. (2008). Lijfsbehoud, levenskunst en lessen om (van) te leren. In Korevaar, L., & Dröes, J. (Red.), *Handboek Rehabilitatie voor Zorg en Welzijn*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Erp, N. van, Place, C., & H. Michon (2009). *Familieleden in de langdurige GGz deel 2: betrokkenheid in (F)ACT*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ietswaard, H. (2008). *Een begin in herstelondersteunend werken. Spoorzoekers over wegen naar herstel*. Utrecht: Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht.
- Korevaar, L., Dröes, J., & T. van Wel, (2010). *Methodebeschrijving van Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB). Databank Effectieve sociale interventies*. Utrecht: Movisie.
- Kroon, H. (2003). Zorgbehoefte-lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische problemen. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Neijmeijer, L., & A. Hendriksen (2009). *Toolkit herstelondersteunende zorg en sociale participatie*. Utrecht: Trimbos-instituut/Vilans.
- Oudenhoven, M. van (25 februari 2011). *Kliniek voor intensieve behandeling. Ketenzorg met de SBWU*. Presentatie op discussiebijeenkomst Zorg, behandeling en genormaliseerd wonen voor een complexe doelgroep en na een klinisch intensieve behandeling, Utrecht: Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht.
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., e.a. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the need of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167, 589-595.
- Place, C. (2011). *Een positieve kijk op de forensische zorg. Positieve psychologie biedt kansen voor preventie, behandeling en nazorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Place, C., & S. van Rooijen (2011). *"De begeleiders staan naast je" De begeleiding van bewoners met complexe psychiatrische en verslavingsproblemen in een beschermende woonvorm*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Plempers, E. (1998). *Terug in de maatschappij. Plaatsing en begeleiding van forensisch psychiatrische patiënten in RIBW's*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Prochaska, J.O., & C.C. Diclemente (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking – Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-195.

Rapp, C.A., & R.J. Goscha (2006). *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*. Oxford: University Press.

Werf, L.J., & A.W. Goedhart (1994). De Zorg-Aanbod-Schaal (ZAS). Een beoordelingsschaal voor zorg aan chronisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 36, 439-444.



Steeds meer instellingen voor beschermd of begeleid wonen krijgen te maken met een complexe doelgroep: cliënten met ernstige langdurige psychiatrische en verslavingsproblemen en daarnaast problemen op verschillende levensgebieden. Sommigen hebben voorafgaand aan hun verblijf in een woonvoorziening intensieve behandeling gehad in een kliniek intensieve behandeling (KIB), forensisch psychiatrische afdeling (FPA) of een andere gestructureerde behandelsetting.

De overgang van een klinisch intensief verblijf naar een beschermende woonvorm is erg groot. Waar cliënten in de kliniek redelijk van alle verleidingen van de buitenwereld verstoken zijn, liggen die verleidingen in een woonvorm om de hoek. De gestructureerde kaders vanuit de kliniek met een voorspelbaar dagritme zijn niet meer aanwezig en bewoners zijn veel meer op zichzelf aangewezen hetgeen het nodige vraagt aan zelfdiscipline en zelfcontrole. Dit stelt uiteraard ook hoge eisen aan de begeleiding van de beschermende woonvorm.

Welke ingrediënten zijn nodig om deze groep mensen adequate zorg te bieden in een woonvoorziening en te voorkomen dat ze tussen wal en schip belanden? In dit boekje staan we stil bij de belangrijkste kenmerken om een goede vervolgvoorziening te kunnen bieden voor mensen die het klinisch intensief verblijf mogelijk voorgoed achter zich kunnen laten.