

Resultaten quickscan

Behoeftepeiling dubbele problematiek
in het Beschermd Wonen



Inhoudsopgave

Inleiding	2
Ontwikkelingen in het veld.....	4
Positieve ontwikkelingen in de ondersteuning van bewoners met dubbele problematiek	4
Voorwaarden voor goede begeleiding bij dubbele problematiek	5
Knelpunten	7
Conclusies	10
Behoeften.....	11
Nodig	11
Colofon	12

Inleiding

- ▶ *“We willen toe naar een andere benadering. Zoals bij terugval. Hoe ga jij nu weer verder, hoe kunnen wij jou behoeden voor een volgende terugval? De benadering moet meer mensgericht zijn, met meer wederkerigheid in de relatie. Als je als begeleider al begint met strakke regels en consequenties, raak je de aansluiting kwijt. De insteek is nu meer: wat kunnen we doen voor deze persoon i.p.v. die persoon moet hier weg want hij houdt zich niet aan de regels.” – Professional BW.*
- ▶ *“We zijn allemaal op ons eigen eilandje aan het pionieren. Er is veel harddruggebruik op de locaties. Het officiële beleid was sterk gericht op sancties. Maar het beleid werd in de praktijk niet zo uitgevoerd. Er ligt nu een concept voor een nieuwe beleidsvisie. We bekijken het tegenwoordig vanuit een andere bril. [...] Als je te strikt op de regels gaat zitten, maak je het contact tussen jou en de bewoner kapot. En wat bereik je ermee? Een detox behandeling is duur en zwaar. Van sommige mensen weet je dat ze toch weer terugvallen. Vaak is er sprake van een ernstig trauma waarvoor eigenlijk behandeling nodig is. De bewoner wil er niet aan, het is te zwaar om doorheen te gaan”. – Professional BW.*





- ▶ *“Het is een grote uitdaging te werken met cliënten die alcohol en drugs gebruiken. Vooral bij het groepswonen. Heel belangrijk wat je als werker uitstraalt.”*
– Professional BW.
- ▶ *De oude richtlijnen omtrent DD sloten niet meer aan op de praktijk; hierbij werd middelengebruik vooral gezien vanuit de bril van ‘escalerend gedrag’. “Middelengebruik werd 1-op-1 verbonden aan escalerend gedrag en hoog risico op criminaliteit. Zo willen we er niet meer naar kijken, dat past niet in onze nieuwe visie waarin de krachtanaanpak centraal staat. Het middelengebruik hoeft niet op de voorgrond te staan. De insteek is nu: er is middelengebruik, maar dat hoeft niet direct te leiden tot escalerend gedrag. De begeleiding wordt zo normaal mogelijk ingestoken, vanuit de vraag: hoe kunnen we met de begeleiding goed aansluiten bij de behoeften van de cliënten waarbij middelengebruik speelt? Hierbij staan de levensgebieden voorop en niet het middelengebruik. We kijken: hoe gaat het met iemands werk? Pas in tweede instantie kijken we: hebben eventuele moeilijkheden die zich voordoen te maken met het middelengebruik?”* – Professional BW

Een groot deel van de mensen met een psychische aandoening gebruikt ook middelen (verder ‘dubbele problematiek’ genoemd). Ook in het beschermd wonen komt dubbele problematiek veelvuldig voor. Hoe hiermee wordt omgegaan in beleid en dagelijks handelen verschilt tussen instellingen. Uit eerder onderzoek komt naar voren dat dubbele problematiek veel uitdagingen met zich meebrengt: zo is de samenwerking met behandelaren uit de ggz en de verslavingszorg niet altijd optimaal, ontbreekt er kennis over dubbele problematiek bij woonbegeleiders en is het zoeken naar passende woonvormen.

Tien jaar na verschijnen van de Handreiking geïntegreerde behandeling¹ en twintig jaar na de eerste behoeftepeiling² deed het Trimbos-instituut een verkennende rondgang als update van de wensen en behoeften van professionals in het beschermd wonen. Hoe ervaren zij de dagelijkse begeleiding van bewoners met dubbele problematiek; wat gaat er goed en welke



knelpunten komen zij tegen? Doel van de quickscan is in beeld te brengen wat nodig is om de ondersteuning van mensen met dubbele problematiek te verbeteren. Het betreft een kleinschalig verkennend onderzoek dat geen volledig beeld van de huidige situatie geeft. Het is bedoeld als startpunt voor verder onderzoek en/of productontwikkeling.

Drie organisaties voor beschermd wonen deden mee: één geïntegreerde ggz-instelling en twee bovenregionaal werkende RIBW's, verdeeld over het land.

Er is gesproken met bewoners (5), teamleiders/beleidsmedewerkers (6) en woonbegeleiders (8)³, waaronder ook ervaringsdeskundige zorgprofessionals. De bevindingen zijn voorgelegd in een online werkbijeenkomst met een deel van de geïnterviewde zorgprofessionals.

1 Wamel, A. van (2012). Handreiking Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten. Trimbos-instituut.

2 Meeuwissen, J., Kroon, H., Eland, A. (2001). Een basisprogramma voor cliënten met een dubbele diagnose. Trimbos-instituut.

3 Met deze worden o.a. bedoeld: woonbegeleiders, persoonlijk begeleiders en ggz-agogen.



Ontwikkelingen in het veld

Er is veel gaande in het werkveld van Beschermd Wonen (BW). De Wet Langdurige Zorg is per 1-1-2021 gewijzigd⁴. Hierdoor verandert de financiering en wettelijke basis van de zorg voor een groot deel van de bewoners van BW. Dit leidt tot minder doorstroom op de locaties en daarmee een andere woondynamiek: het brengt voor een deel van de cliënten de 'rust' van een permanente indicatie, maar er zijn ook zorgen dat de benadering van hoop en herstel onder druk komt te staan. Organisaties zien de voordelen van financiële bestaanszekerheid en breiden soms hun aanbod uit met (meer) dagbesteding. Overall groeit de toestroom naar het beschermd wonen, deels vanwege afbouw van klinische bedden. In combinatie met de krappe woningmarkt zorgt dit voor knelpunten. Ook de krapte op de (zorg)arbeidsmarkt en de wachtlijsten in de ggz zijn verder toegenomen. Dit alles verhoogt de druk op het beschermd wonen.

Positieve ontwikkelingen in de ondersteuning van bewoners met dubbele problematiek

- ▶ *"Bij deze locatie werkt het zo. We bespreken het gebruik met de bewoners. Zeggen: ik kan ruiken dat je hebt geblowd, wat is de reden? We hebben de ervaringsdeskundigen die dat gesprek vanuit hun eigen beleving heel goed kunnen vertellen en delen. [...] Ze kennen het gebruik. Dat zorgt voor verbinding. Ze kunnen tips geven en handvatten. Hoe kom je eruit? Dat is mooi om te zien. Het gebruik mag er zijn, mag besproken worden bij ons. Je wordt er niet op afgerekend, er is geen oordeel. We zetten de ED ook in voor thema-avonden onderling. Het gebruik is bij ons geen stigma." – Woonbegeleider.*

⁴ De Wet Langdurige Zorg is vanaf deze datum onder voorwaarden ook (ruimer) toegankelijk voor mensen met chronische psychische problematiek.

- ▶ *"Wij hebben geen gedoogbeleid, maar er is wel gebruik. Dat was elke keer een grote strijd. Je hebt gebruikt; wat zijn de consequenties. Was je de hele tijd die strijd aan het voeren. Je kunt er nu open en eerlijk over zijn. Je client vertrouwen door het gesprek aan te gaan. Daardoor delen ze ook meer. Het is maatwerk, sommigen gebruiken wel en anderen niet. Dat je soms ruis krijgt. Je hebt maatwerk en plan van aanpak wat wel en niet kan. Er wordt onderling over gepraat. Waarom mag die dat wel en die het niet." – Professional BW.*
- ▶ *"Hier heeft iedereen zijn eigen afspraken. De een blowt omdat ie pijn heeft en ander om een andere reden. Er zijn ook mensen met een kwade dronk. Dan is er agressie-training om te volgen. Maar dat is het ook wel akelig als je als begeleider 's avonds alleen werkt en je weet dat van diegene. Soms moet je het ook laten knappen. Dan moet je als organisatie zeggen: tot hier en niet verder. Soms is de harde manier de enige. Dit zijn onze regels en daar heb je je aan te houden." – Professional BW.*





Uit de rondgang bij de drie instellingen blijkt dat het beleid ten aanzien van bewoners met dubbele problematiek hier volop in ontwikkeling is. Er is vooral een omslag gaande in het denken over en benaderen van middelengebruik. De aanpak is geïntegreerd, wat wil zeggen dat er in de begeleiding aandacht is voor beide problemen en voor de samenhang daartussen. De instellingen werken vanuit de herstelgerichte benadering, die in de zorg steeds meer omarmd wordt (zie ook de Zorgstandaard Generieke Module Herstelondersteuning⁵). Daarbij staan de capaciteiten en ontwikkelwensen van de persoon voorop. Voor een goede kwaliteit van leven is het belangrijk om te kunnen meedoen in de maatschappij, door (vrijwilligers)werk, een opleiding of andere zinvolle bezigheid. Daarnaast is verbonden zijn met anderen belangrijk. Abstinentie of het verminderen van middelengebruik kan onderdeel van de ontwikkelwens zijn, maar is geen doel op zich.

- ▶ *Er is heel veel handelingsverlegenheid. En van daaruit gaan begeleiders soms teveel op de regels zitten. De begeleiders nemen het van de teamleider niet altijd aan*



“Hier is minder controle. Meer controle is voor mij ook niet nodig. Ik zou het irritant vinden om iedere dag zulk soort controle te krijgen.”

5. Introductie - Herstelondersteuning | GGZ Standaarden

(‘je hebt makkelijk praten’). We hebben een ervaringsdeskundige aandachtsfunctionaris die bij de verslavingszorg heeft gewerkt. – Professional BW.

- ▶ *“Als het met een bewoner niet meer gaat, dan is het in mijn optiek belangrijk om dat te scheiden van het middelengebruik, omdat je anders het gesprek over het gebruik misschien wat vertroebelt. We zijn ook bezig met een opschalingsrichtlijn. Die is er voor elke begeleidingssituatie waarbij je er met normale begeleiding niet meer uitkomt, om te kunnen zien welke stappen je kunt zetten om te de-escaleren. Waar we naartoe willen is dat er bij onveilige situaties meer personele inzet is, maar ik denk dat het belangrijk is om daarbij geen onderscheid te maken in of de situatie door middelengebruik óf door verward gedrag is ontstaan.” – Professional BW.*

Deze omslag in denken krijgt bij de drie praktijken op verschillende manieren vorm:

- Via het organiseren van discussiebijeenkomsten over middelengebruik tussen professionals onderling, maar ook tussen bewoners en professionals;
- Via neerslag in de nieuwe visiedocumenten, beleidsplannen en handelingsprotocollen.
- Door oprichting van kennis- en expertplatforms, een aandachtsfunctionaris, interne ‘advijsteams’ met specifieke middelenexpertise of een ‘leernetwerk dubbele diagnose’;
- Door het betrekken van ervaringsdeskundige experts, ook bij beleidsadvies.

Voorwaarden voor goede begeleiding bij dubbele problematiek

- ▶ *“Ga bij jezelf na wat je vindt van een verslaving en hoe je daarin staat. De eerste stap is naar jezelf kijken. Als dat niet goed zit, dan voelen cliënten dat ook en dan raak je ze kwijt.” Professional BW*
- ▶ *Bij een bewoner hebben we een ‘positiviteitsplan’ gemaakt. Hij heeft een brief geschreven aan zichzelf: wat zou ik willen bereiken. Aan zichzelf gericht en opgestuurd,*



als zichzelf ondertekend. Dat is een hele tijd goed gegaan. Een ander idee zijn post-its met positieve spreuken, complimenten. Er zijn bewoners die dat in een kunstwerk hebben opgepakt. Het belangrijkste is het zorgen voor een vertrouwensband. De vraag: hoe kunnen we je helpen om verder te komen. We gaan naast je staan. – Professional BW

- ▶ *“Dagbesteding staat hoog op de agenda. Aantal mensen werkt 5 dagen in de week. Anderen hebben dagbesteding op locatie. We hebben nu een aantal locaties waar trajectbegeleiders werken met expertise in participatie. Zij gaan samen met de bewoners naar plekken kijken waar ze zouden kunnen werken. Dat helpt echt. Een van deze collega's is altijd aan het netwerken en kijken naar mogelijkheden, opleidingen.”*
– Professional BW

Uit gesprekken met bewoners en hun begeleiders blijkt dat er een **basis van vertrouwen** nodig is tussen beiden. Dit vertrouwen is een belangrijke voorwaarde voor een positief en veilig woon- en werkklimaat. Bewoners moeten open kunnen zijn over hun gebruik. Daar horen eenduidige en heldere regels bij. Het vertrouwen verdwijnt zodra er risico's kleven aan deze openheid, zoals het risico om de woonplek kwijt te raken. De inzet van ervaringsdeskundigen helpt om bewoners en begeleiders te verbinden. Voor bewoners zijn ze een laagdrempelig aanspreekpunt. Zij vinden hier vaak herkenning. Voor professionals zijn zij een laagdrempelige vraagbaak. Bewoners en professionals zijn blij dat er een actieve discussie wordt gevoerd over de houding ten opzichte van middelengebruik op de locaties. **Kennis over middelengebruik en psychische aandoeningen** – en over de interactie hiertussen – is een tweede belangrijke voorwaarde voor goede zorg. Binnen de organisaties is soms bijscholing mogelijk en wordt intern expertise gedeeld. Het helpt als een aantal extra ervaren collega's als vraagbaak kunnen dienen en als er ervaringsdeskundigheid in huis is.

- ▶ *We moeten beter aansluiten op de mens. Present zijn. Er is ook een tekort aan personeel die het elkaar kunnen leren. En tekort aan mannen, vaders, rolmodellen. [...] We hebben veel stagiaires en jonge mensen zonder verslavingskennis. Het komt voor*



Een wandelgroep hebben zou ook wel fijn zijn; of andere manieren om er even op uit te gaan. Gewoon lekker met zijn allen naar buiten gaan. Maar dat heeft ook wel met tijd te maken. We missen het, maar we hebben er te weinig tijd voor en dat is wel balen.”

dat ze denken dat cliënten met gebruik hier niet horen. We missen soms ook wel de passie en motivatie bij de jonge starters. [...]Maar meestal is het ook angst voor het onbekende. De oude generatie is soms ook dominant in het 'zorgen voor', in plaats van 'zorgen dat'. Die omslag moeten we samen maken. Om herstelondersteunend te werken. – Professional BW.

- ▶ *“Bij middelengebruik zijn de psychische problemen vaak ook meer aanwezig. Het heeft invloed op elkaar, je zit dan meer op gedrag reguleren. In je achterhoofd denk je: komt dit wel/niet door gebruik. Is het gebruik of de psyche die op de voorgrond staat? Daar zou ik wel meer handvatten in willen. – Professional BW*
- ▶ *De overtuigingen van het personeel vormen de grootste uitdaging. Het taboe, een gevoelig punt. Wat is het gewenste leven? We moeten dat zien vanuit de visie van de cliënt. Maar we zeggen ook: het is altijd beter om niet te gebruiken. Moeten we actief ondersteunen op minderen als het gebruik bij iemands eigen gewenste leven past? Daar verschillen begeleiders in. – Professional BW*



Tabel 1 Genoemde succesfactoren

	Bewoners	Begeleiders	Teamleiders/management
Zorg en begeleiding	Ervaringsdeskundige om mee te praten Begeleiders die luisteren en meedenken	Ervaringsdeskundige in goed bereikbaar adviesteam Signaleringsplan op maat	Geïntegreerde aanpak begeleiding
Sfeer	Vertrouwen tussen bewoner en begeleider Onderlinge steun en gezelschap tussen bewoners		
Gebruik	Open dialoog over gebruik	Open blik m.b.t. middelengebruik bij collega's Bewoners durven eerlijk te zijn over gebruik	Actieve discussie over visie wordt gevoerd Bewoners kunnen open zijn over middelengebruik en ook vragen stellen aan begeleiding
Beleid	Realistische en duidelijke regels Eenduidigheid/consequent zijn	Dry house (bewust geen middelengebruik)	Nieuwe beleidsvorming is in wording, vanuit dialoog (visie)
Kennis en vaardigheden		Scholing over middelengebruik en wisselwerking Expertise is in huis of makkelijk te raadplegen	Scholing over middelengebruik en wisselwerking
Samenwerking		Dagbestedingsplekken beschikbaar	
Context	Rustige veilige omgeving		

Knelpunten

- ▶ *"Ik deed een ambulante bezoeken, het spul lag op tafel. Hij heeft het opgeruimd. De regel is: er is niks of je ruimt het in elk geval op. Maar wat als je weet dat het op de kamer is, maar je ziet het niet? Moet je de politie inschakelen? De mensen wonen vrijwillig bij ons. Er zijn huisregels en er zijn de standaard waarden en normen. Dat spreken we samen af en we veroordelen niet. We zitten in een herstelondersteunende rol. Als trajectbegeleider is het soms wel moeilijk want je wilt de relatie goed houden. [...] We moeten ook kijken naar de veiligheid voor andere bewoners." – Professional BW*
- ▶ *"Afspraak is: als je onder invloed bent, kom je niet in de groep. Maar dan is iemand aan het koken, en het gaat allemaal prima, maar hij is wel onder invloed. Moet je iemand dan zo streng aanspreken, ik ben geen politieagent.." – Professional BW*
- ▶ *Het is in de begeleiding ook lastig als je niets in handen hebt. Stel je spreekt een afbouwschema van vijf naar vier naar drie bier per dag af. En als iemand dan zegt: ik red het niet. Dan kun je zeggen: we hadden toch een afspraak. Maar verder? Iemand heeft eigen regie en autonomie. In dat stukje zou het mooi zijn als je wat alternatieven hebt. – Professional BW*
- ▶ *"Ik zie begeleiders in verschillende woonvormen, die als laatste personen in de schakel heel veel verantwoordelijkheid krijgen. Begeleiders staan soms echt alleen in hele heftige situaties, waarbij bijvoorbeeld de politie niet wil komen helpen omdat ze het nut daarvan niet inzien. Ook behandelaren leggen soms veel verantwoordelijkheid neer bij de begeleiders; ze willen bijvoorbeeld soms niet behandelen als middelengebruik (in bepaalde mate) toegelaten wordt door begeleiders. Dus soms staat beschermd wonen denk ik wel een beetje alleen en dat zou kunnen verbeteren. – Professional BW.*



- *Als een Wlz client vastloopt, bij voorbeeld door overtreden van regels rond drugsgebruik, hebben we wel een probleem. Een Wmo client kan nog naar de maatschappelijke opvang, maar waar moet een Wlz client naartoe? Soms help je iemand indirect doordat hij even helemaal naar de bodem gaat en daarna pas open staat voor hulp en behandeling. Maar hoever laat je dan vallen? Het is niet goed als mensen op straat komen te staan vanuit de hulpverlening, wij vinden dat we voor iedereen hier binnen verantwoordelijk zijn. [...] Dit is hun woonplek, dit is waar ze leven. – Professional BW.*

*Wat hier helpt is dat ik overal open over kan zijn.”
Interviewer: “Heb je hier vaak gesprekken?” Cliënt: “Ja, elke dag. Elke dag komt hier iemand langs van de begeleiding. Dan voeren we een gesprek ja. Ik vind dat wel gezellig.”*



Ondanks de positieve ontwikkelingen, laat de rondgang ook knel- en verbeterpunten zien:

- Door personeelskrapte staat de bezetting op locaties onder druk. Dat betekent ook dat de openheid, veiligheid en het onderling vertrouwen onder druk staan.
- Door inzet van tijdelijke krachten is de overdracht vaak gebrekkig en ontstaan er verschillende interpretaties van de regels en afspraken.
- Professionals merken dat er grote verschillen tussen collega's onderling bestaan in houding en handelen ten opzichte van middelengebruik. Er wordt ook verschillend aangekeken tegen middelengebruik ('wat moet mogen' en 'wat vind ik daar zelf van?'). Soms worstelen zij met de eigen normen en waarden. Bewoners voelen dat.
- Op de werkvloer is sprake van handelingsverlegenheid. Vaak komt dit doordat professionals onzeker zijn over hun kennis op het gebied van dubbele problematiek.
- Professionals worstelen met dilemma's rond de keuzevrijheid van bewoners. En over wettelijke mogelijkheden en beperkingen ('wat mag'). Wanneer is het nodig om in te grijpen als er zorgen zijn? Er is de verantwoordelijkheid om bewoners te beschermen en tegelijkertijd de noodzaak voor 'eigen regie'. Welke handvatten zijn er om door te pakken als dat nodig is? Wat als het recht van de één een gevaar vormt voor de ander? Hoe de veiligheid te waarborgen van de bewoner zelf, van medebewoners en van professionals?
- Dit geldt ook voor de buurt en omwonenden: er moet gewerkt worden aan meer verbinding en begrip.

De verschillen in visie en kennistekorten zien de professionals ook terug in de samenwerking tussen de BW-instelling met andere partijen, zoals de huisarts, de verslavingszorg en de ggz. Er zijn verbeterpunten in de samenwerking. Op individueel niveau zijn er vaak goede afspraken en samenwerkingsrelaties, maar structurele afspraken ontbreken. Het is dan niet altijd duidelijk waar de grenzen van de verantwoordelijkheden liggen. Verder is er een gebrek aan (uit of door)plaatsingsmogelijkheden, wat de druk op locaties opvoert.



“Ik gebruik recreatief en voor mijn plezier, niet uit verslaving. Ik kan het er met de begeleiders over hebben. Ze hebben vooral kennis vanuit boekjes, maar zijn niet echt op de hoogte van de praktijk.”

► *We missen input vanuit verslavingsartsen of behandelaren. We zijn geen behandelaren, maar soms hebben de bewoners wel dat idee. Dan blijven dingen liggen die allang opgepakt hadden kunnen worden. Maar we zouden ook wel meer ondersteuning vanuit de verslavingszorg willen krijgen. Voorbeeld: iemand in detox komt na 4 dagen alweer terug, wij verwachten dat verslavingsarts in gesprek gaat om plan te maken: wat gaan we dan doen en voorkomen dat je terugval krijgt. Dat plan is er soms niet. – Professional BW.*

► *Belangrijk is een terugvalpreventieplan. Waar de stappen in staan bij welk gedrag kun je dingen herkennen. Soms komen mensen terug uit detox en willen verandering van medicatie als steuntje in de rug. Dan is er wel vaak onduidelijkheid over wie nu wat doet. De ggz, wat doen zij en wat doet de verslavingszorg daarin? Die afstemming is belangrijk. – Professional BW.*

Tabel 2: Genoemde knelpunten

	Bewoners	Begeleiders	Teamleiders/management
Zorg & begeleiding	Te geringe aanwezigheid van de begeleiding in de woning / te beperkt toezicht op veiligheid Begeleiders treden soms onvoldoende op, of niet consequent / laten zich manipuleren	Dilemma's rond eigen regie en veiligheid/ingrijpen Te weinig tijd voor kwaliteit, positieve aandacht, leuke activiteiten	Handelingsverlegenheid Geringe diversiteit op de werkvloer vanuit schaarste (mannen, oudere medewerkers) Veranderende doelgroep, veranderende behoeften (ouderdom/somatische problematiek)
Sfeer	Onderling conflicten over geld	Onveilige situaties door dealen	
Gebruik	Verleiding door gebruik (en dealen) van anderen	Verleiding door gebruik (en dealen) van anderen	Botsende overtuigingen over middelengebruik
Beleid	Onduidelijkheid over regels, ongelijke behandeling, ongelijke handhaving / sancties	Onduidelijkheid regels rond eigen regie / wanneer ingrijpen	Wettelijke kaders zijn beperkend
Kennis en vaardigheden		Te geringe scholing	Begeleiders hebben te weinig kennis en handvatten vanuit opleiding
Samenwerking		Behandelaren behandelen soms niet door huisbeleid Onduidelijkheid over taken, rollen en verantwoordelijkheden	Verschillende visies vanuit ketenpartners Huisarts weet (te) weinig over middelengebruik waardoor lastig samenwerken
Context			Spanningen met omwonenden/de buurt Druk vanuit de gemeente voor doorstroming



Conclusies

► *“We zijn wel positief bezig, zitten in een goede vibe.” – Professional BW.*


De benadering van cliënten met dubbele problematiek is in de afgelopen tien jaar behoorlijk veranderd. De visie van herstel-/krachtgericht werken wordt breed omarmd. Het middelengebruik en de psychische problematiek worden veelal in samenhang gezien en benaderd. In de begeleiding ligt de nadruk steeds meer op verbetering van de kwaliteit van leven: door middel van dagbesteding, zingeving en sociale relaties. Het accent ligt daardoor steeds minder op beheersing van het middelengebruik. Deze aanpak is geland in de nieuwe visiedocumenten, beleidsplannen en handelingsprotocollen van de instellingen. De implementatie ervan is in volle gang, waardoor er een sfeer van vernieuwing heerst.

Tegelijkertijd staat een aantal knelpunten van tien jaar geleden nog steeds overeind. De krapte op de woningmarkt en de wachtlijsten in de ggz zijn alleen maar toegenomen, wat de mogelijkheden in wonen en behandelen beperkt. Het personeelstekort leidt tot krapte in bezetting. Dit maakt teams kwetsbaar. Het beperkt ook de mogelijkheden voor bijscholing en kennisdeling.

Daarnaast leven er op de werkvloer nog steeds grote verschillen in attitude ten aanzien van middelengebruik. En ook de kennis over middelengebruik en de samenwerking met psychische problematiek schiet nog vaak tekort. De opleidingen voorzien hier nog onvoldoende in. Het gebrek aan kennis en een gedeelde visie leidt tot handelingsverlegenheid op de werkvloer. Bewoners ervaren onduidelijkheid en ongelijkheid in (handhaving van) de regels. Dit gebrek aan houvast, kan leiden tot (wederzijdse) gevoelens van onveiligheid en onrechtvaardigheid. Ook in de samenwerking met ketenpartners vallen cliënten soms nog tussen wal en schip. Verder biedt de (sociale) woonomgeving maar zelden een ‘warm welkom’ voor de bewoners waardoor bewoners moeilijk aansluiting vinden.

De verkenning wijst uit dat er bij professionals behoefte is aan meer (toepasbare) kennis en handvatten in de begeleiding van bewoners met dubbele problematiek. Over de manier waarop psychische aandoeningen en middelengebruik elkaar beïnvloeden. En over vraagstukken rond veiligheid, autonomie en bevoegdheden. Ook wensen BW-aanbieders duidelijke(re) afspraken met ketenpartners over de samenwerking en regie. Overall is er de wens actief te werken aan een gezamenlijke gedragen visie ten aanzien van middelengebruik en dilemma's rond zorg, veiligheid en autonomie. De inzet van ervaringskennis is hierin een belangrijke sleutel.

Het werkveld is in beweging. De veelheid aan creatieve nieuwe initiatieven ten aanzien van dubbele problematiek is hoopgevend. Zo zijn er intervisieavonden waarbij bewoners en professionals open met elkaar over middelengebruik praten, interne expertiseteams met (verslavings)ervaringsdeskundigheid, een leernetwerk dubbele diagnose in oprichting en



Op de groep mag je niet samen blowen. En ook niet samen zuipen, zegt Dirk. Hij vindt dat wel wat hypocriet, want iedereen drinkt samen. Het gebeurt toch wel. Dirk mag op de groep zijn als hij geblowd heeft, terwijl dat eigenlijk tegen de regels is. De ander vindt dat niet helemaal eerlijk: “Waarom mag hij wel stoned zijn en ik niet? Daarin zit een onrechtvaardigheid. Terwijl: als ik blow, heb ik geen herbelevingen meer.”



succesvolle allianties met buurtkamers en participatieprojecten. Op woonplekken waar de geïntegreerde en herstelgerichte aanpak echt wordt omarmd, zijn bewoners tevreden over de begeleiding. Niet alleen door de grotere 'vrijheid' ten aanzien van het gebruik, maar vooral doordat eerlijkheid en realistische verwachtingen een vertrouwensband scheppen. Dit scheidt de zo noodzakelijke basis voor veilig wonen, leven en persoonlijke ontwikkeling.

Behoeften

► *"In de ideale situatie heb je een gedragen gezamenlijk visie waarbij sancties/ straffen helemaal verdwijnen. We werken niet meer vanuit het beheersmatige, maar vanuit de herstel gedachte, we hebben oog voor elkaar, we zien naar elkaar om. Wij snappen onze doelgroep, wij weten hoe moeilijk het is en sluiten daarbij aan. De bewoners moeten daarin kunnen meedenken en meebeslissen. Dat rigide gedoe moet eraf. Ook niet meer dat verschil tussen harddrugs en andere drugs, wij hebben expertise op het gebied van verslaving. Er mogen locatieverschillen zijn, maar wel in lijn met de visie van de organisatie." – Professional BW*



Nodig

Kortom, wat hebben professionals in het beschermd wonen nodig om de ondersteuning bij dubbele problematiek te verbeteren?



- 1 In open dialoog een gezamenlijk gedragen visie ontwikkelen ten aanzien van middelengebruik, autonomie en veiligheid en werken aan de attitudes;**
- 2 Deze visie vertalen in concrete handvatten voor dagelijks handelen, waarbij ook de bewoners worden betrokken;**
- 3 Deze visie aanhoudend uitdragen en (blijven) toetsen aan de attitudes;**
- 4 Structureel meer tijd nemen voor intervisie in het team, met daarbij nadrukkelijk aandacht voor de onderwerpen middelengebruik, autonomie en veiligheid;**
- 5 Toegankelijk maken van kennis en praktische handvatten over de combinatie van middelengebruik en psychische problematiek;**
- 6 Werken aan verbetering van de samenwerking door duidelijke(r) rolverdeling met ketenpartners;**
- 7 Aansluiting zoeken met de woonomgeving.**

Colofon

Uitvoering

Dit onderzoek is uitgevoerd door Anneke van Wamel, Bram Zwanenburg en Ankie Lempens. Het project is geïnitieerd vanuit het Landelijk Expertise Centrum Dubbele Diagnose (LEDD) en mogelijk gemaakt door het Trimbos-instituut.

Met dank aan

Teams en bewoners van Leviaan, Emergis en Woonzorgnet

Meer informatie

Zie voor meer informatie over dubbele diagnose en over het Landelijk Expertise Centrum Dubbele Diagnose: Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) - Trimbos-instituut ; Home - Ledd. Of neem contact op met Anneke van Wamel of Ankie Lempens: awamel@trimbos.nl, alempens@trimbos.nl

Trimbos-instituut
Da Costakade 45
Postbus 725
3500 AS Utrecht
T: 030 - 297 11 00

Vormgeving

Canon Nederland N.V.

Artikelnummer: AF2055

© 2023, **Trimbos-instituut, Utrecht.**

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