

Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose

Handreiking

Christien Muusse
Anneke van Wamel
Sonja van Rooijen

Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose

Handreiking



Colofon

Financier
Ministerie van VWS

Projectleiding
Sonja van Rooijen

Projectuitvoering
Christien Muusse
Anneke van Wamel

Met medewerking van:
Ton Verspoor
Martijn Kole

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.

Deze uitgave is te downloaden via www.trimbos.nl/webwinkel met artikelnummer **AF1189**.

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

© 2012, Trimbos-instituut, Utrecht.

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

Inhoud

1	Introductie: aanleiding en totstandkoming van deze handreiking	5
1.1	Aanleiding en doel van de handreiking	5
1.2	Het samenstellen van de handreiking	6
1.3	Leeswijzer	9
	DEEL 1: Organisatie van de begeleiding	10
2	Passende woonvormen	11
2.1	Inleiding	11
2.2	Cliëntniveau: Plaatsing in een passende voorziening	11
2.3	Beleid: Aanbod van gedifferentieerde woonvoorzieningen	12
2.3.1	Gefaseerde woonvoorzieningen	13
2.3.2	Innovatieve wooninitiatieven	18
2.3.3	Woonvormen voor specifieke doelgroepen	21
2.4	Organisatorisch: Organisatie van verschillende woonvormen	22
2.5	Samenvattend	24
3	De samenwerking met (keten) partners	25
3.1	Inleiding	25
3.2	Samenwerking tussen begeleiding en behandeling	25
3.2.1	Hoe geef je samenwerking vorm?	26
3.3	Samenwerking binnen de regio	31
3.4	Wijkgerichte samenwerking	33
3.5	Samenvattend	33
4	Deskundig team	35
4.1	Inleiding	35
4.2	Samenstelling van een deskundig team	35
4.3	Ondersteuning van personeel	37
5	Implementatie van een gespecialiseerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose	39
5.1	Inleiding	39
5.2	Het implementatie of veranderproces	39
	Deel II: het inhoudelijk vormgeven van begeleiding	43
6	Vormgeven aan herstelgeoriënteerde ondersteuning	45
6.1	Inleiding	45
6.2	Herstel als visie	45
6.3	Vormgeven aan herstelgeoriënteerde zorg: methodisch werken	47
6.3.1	Herstel Ondersteunende Zorg (HOZ)	48
6.4	Andere methodieken die herstelgeoriënteerde zorg ondersteunen:	54
6.4.1	Presentiebenadering:	54
6.4.2	Rehabilitatiegericht werken	56
6.4.3	Zelfhulp & lotgenotencontact	57
6.4.4	Krachtgericht werken	60
6.5	Dilemma's	61
6.6	Voorwaarden voor herstelgerichte zorg	63
7	Inhoud van de begeleiding	65
7.1	Inleiding	65

7.2	Vormgeven aan begeleiding	65
7.2.1	Structuur	65
7.2.2	Dagbesteding	66
7.2.3	Maatschappelijke participatie & sociale contacten	69
8	Focus op dubbele diagnose	73
8.1	Inleiding	73
8.2	Inhoudelijke focus op dubbele diagnose	73
8.3	Veiligheid & Omgang met gebruik	78
8.3.1	Omgang met gebruik	79
8.3.2	Veiligheid en beheersbaarheid: preventie en sancties	80
	Bijlagen	88
	Literatuur	89

1 Introductie: aanleiding en totstandkoming van deze handreiking

1.1 Aanleiding en doel van de handreiking

Voor mensen die naast hun psychiatrische problemen middelen gebruiken zijn niet altijd geschikte woonvoorzieningen voorhanden. In de behandeling van deze groep zogenaamde 'dubbele diagnose cliënten' is de afgelopen decennia veel ontwikkeld, maar in praktijk blijkt ook steeds weer dat er nog veel stappen moeten worden gezet om werkelijk te kunnen spreken van een geïntegreerd behandel- en ondersteuningsaanbod voor deze groep. Als het gaat om wonen geldt verslavingsproblematiek bijvoorbeeld nog vaak als contra-indicatie, of is er onvoldoende kennis en kunde voorhanden om deze groep bewoners de juiste begeleiding te bieden. Tegelijkertijd is het onmiskenbaar dat de reguliere woonvoorzieningen in de GGZ steeds meer cliënten huisvesten met psychiatrische problemen en comorbide (onderling nauw verweven) verslavingsproblemen. Woonbegeleiders hebben dikwijls onvoldoende kennis op het terrein van verslavingszorg en de begeleiding en behandeling van cliënten met dubbele diagnose problematiek. Het gevolg is dat dubbele diagnose cliënten in woonvormen wonen die daar niet op zijn ingericht en waar de zorg niet specifiek is afgestemd op hun problemen.

Het Trimbos-instituut heeft daarom in nauwe samenwerking met het LEDD (Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose) een handreiking samengesteld voor woonbegeleiders, behandelaars en managers die te maken hebben met mensen met een dubbele diagnose binnen woonvoorzieningen. Doel is dat de handreiking een goede stimulans en praktische handvatten biedt om de begeleiding en behandeling in woonvoorzieningen beter af te stemmen op de specifieke problemen van deze groep. De handreiking is gefinancierd door VWS.

Achtergrond

Het verlies van huisvesting is een groot probleem voor cliënten met een dubbele diagnose. Onderzoek laat zien dat cliënten met een dubbele diagnose veel kwetsbaarder zijn voor dakloosheid dan andere risicogroepen (Mueser e.a. 2011). ACT-teams (ambulant en outreachend) voorzien veelal in de begeleiding van de meest kwetsbare groep, cliënten die dikwijls bemoezorg behoeven omdat zij anders verstoken blijven van hulp. ACT-teams hebben veel belang bij een goede 'achterdeur', dat wil zeggen huisvesting met woonbegeleiding en gespecialiseerde woonvoorzieningen voor dubbele diagnose cliënten. Gedeeltelijk gaat het dan om zelfstandige huisvesting met intensieve woonbegeleiding. Onderzoek toont echter aan dat een grote groep cliënten met een dubbele diagnose voordeel heeft bij beschermd wonen, waaronder cliënten waarbij andere interventies niet aansloegen (Brunette 2004, Drake 2008). Woonvoorzieningen bieden structuur, ondersteuning en veiligheid (Tsai et al, 2010). Huisvesting en intensieve begeleiding zijn beide belangrijk om cliënten bij een behandeling te betrekken, gericht te werken aan verslavingsproblemen maar ook om hen te beschermen tegen het leven op straat en de verleidingen van middelenmisbruik. Een veilige en beschermde leefomgeving is daarom een belangrijk kenmerk van een effectieve geïntegreerde behandeling voor dubbele diagnose (Mueser et al, 2011; Brunette 2004).

Het aanbod op dit terrein is voor cliënten met een dubbele diagnose echter nog niet toereikend. Er zijn betrekkelijk weinig gespecialiseerde woonvoorzieningen voor cliënten met een dubbele diagnose. De reguliere woonvoorzieningen worden tegelijkertijd steeds meer geconfronteerd met dubbele diagnose cliënten en zien zich daarbij voor belangrijke vra-

gen gesteld. Enerzijds liggen er vragen op het terrein van veiligheid en beheersbaarheid. Soms hebben woonvormen geen huisregels (of provisorisch opgestelde) over gebruik of is er onvoldoende visie op wat wel en niet toelaatbaar is en verschilt het beleid per medewerker. Er is dikwijls sprake van overlast door dealers en gebruikers rond de woningen waardoor de veiligheid van bewoners en personeel in gevaar komt. Omwonenden ervaren overlast hetgeen het imago van cliënten met een dubbele diagnose en de acceptatie van woonvoorzieningen in de wijk niet ten goede komt. Anderzijds ontbreekt het ook vaak aan goed doordachte en adequate begeleidingsvormen, met name hoe het beste kan worden omgegaan met verslavingsproblemen. Hierdoor worden kansen gemist om deze groep mensen passende begeleiding te geven bij de complexe problemen waar ze mee kampen. Een verbreding en verdieping van het hulpaanbod zal uiteindelijk ook de beheersbaarheid verbeteren.

Reikwijdte handreiking

Deze handreiking richt zich op het bieden van ondersteuning en woonbegeleiding aan cliënten met verslaving en psychiatrische problemen binnen woonvoorzieningen waar deze cliënten verblijven. Deze woonvoorzieningen kunnen zich bijvoorbeeld bevinden binnen de maatschappelijke opvang, de verslavingszorg, de GGZ en RIBW's. De handreiking richt zich op de specifieke vraagstukken die binnen voorzieningen spelen rond deze groep, bijvoorbeeld met betrekking tot beheersbaarheid en begeleiding, maar ook op meer organisatorische vraagstukken over hoe te komen tot een passend woningaanbod voor deze groep. Hiermee richt de handreiking zich in eerste instantie niet op het bieden van ambulante woonbegeleiding aan mensen die zelfstandig wonen, hoewel hier wel aan wordt gerefereerd als het gaat over het tot stand brengen van een sluitend aanbod op het gebied van wonen.

In deze handreiking wordt het bieden van passende woonvoorzieningen gezien als onderdeel van de behandeling van cliënten met een dubbele diagnose. In die zin wordt behandeling breed opgevat: de klinische behandeling is onderdeel van een gehele benadering waar ook wonen deel van uit maakt. Stabiele huisvesting is dan te zien als essentiële stap in het bieden van passende behandeling aan deze groep cliënten, juist omdat deze groep vaak niet kan terugvallen op een ondersteunend netwerk en de vraag naar veilige huisvesting daardoor actueel wordt. Bovendien is deze groep gevoelig voor dak en thuisloosheid, waardoor het vaak moeilijk is mensen in een behandeling te betrekken.

Hoewel het op praktijkniveau vaak belangrijk is wonen en zorg te beschouwen als twee aparte domeinen (bijvoorbeeld als het gaat om zogenaamde 'zorgmijders'), is op organisatorisch niveau de samenhang tussen twee domeinen voor deze groep nauw verweven en vraagt dit om een goede samenwerking in de keten.

1.2 Het samenstellen van de handreiking

De handreiking is in nauw overleg met het veld samengesteld. Volgend op deze handreiking worden zogenaamde 'praktijkwerkplaatsen' georganiseerd met thematische bijeenkomsten voor woonbegeleiders, behandelaars en leidinggevenden om aldus de woonbegeleiding voor cliënten met een dubbele diagnose te verbeteren en te professionaliseren.

Inventarisatie

Deze handreiking is samengesteld op basis van de ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan en op basis van wat bekend is over toepasbare strategieën en veelbelovende interventies en aan de hand van bestaand materiaal. Onderdeel van het proces was een inventarisatie (quickscan) onder instellingen binnen de verslavingszorg, GGZ, maatschappelijke opvang en beschermd wonen om een beeld te krijgen van de verschillende voor-

zelingen die met deze problematiek te maken hebben. Voor de inventarisatie is een oproep gedaan via verschillende kanalen, waar uitgebreid op is gereageerd. Uiteindelijk is met teamleiders dan wel medewerkers van 21 voorzieningen waar mensen met een dubbele diagnose verblijven, een telefonisch interview afgenomen. De interviews gingen in op de praktijk van de voorzieningen, en veelbelovende initiatieven en knelpunten binnen bestaande woonvoorzieningen. Er is in de meeste gevallen gesproken met de teamleider, soms ook met een medewerker of met een betrokken manager. Bij de selectie is er gekeken naar de spreiding over verschillende sectoren (RIBW, GGZ/VZ, MO) en specifieke insteek van een voorziening om zo een zo gedifferentieerd mogelijk beeld van de voorzieningen, waar mensen met een dubbele diagnose worden opgevangen, te geven. Om deze reden zijn ook een aantal voorzieningen actief benaderd om aan de inventarisatie deel te nemen. Uiteindelijk is gesproken met respondenten vanuit:

- (RI)BW: 6
- ACT team: 1
- Langdurig verblijf GGZ: 2
- Housing First project: 1
- Woonvoorziening onderdeel van verslavingszorg: 3
- Woonvoorziening onderdeel van GGZ/ geïntegreerde instelling: 6
- MO voorziening: 2

Uitkomsten inventarisatie

Om de resultaten uit de interviews te kunnen analyseren is op een gestructureerde wijze verslag gelegd van de gesprekken waarin aandacht was voor de volgende onderwerpen: doel, doelgroep, aanpak, resultaten & kritische succesfactoren. Van de analyse is verslag gedaan in een tussentijds verslag en visiedocument, dat u kunt vinden in de bijlagen (op www.ledd.nl).

De belangrijkste conclusies die naar voren kwamen uit de inventarisatie waren:

- Er is behoefte aan een meer gedifferentieerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose. Hierdoor wordt het makkelijker om binnen de voorzieningen passende begeleiding te bieden. Daarnaast is dit belangrijk voor het vergroten van de beheersbaarheid en veiligheid, omdat mensen minder snel met regels worden geconfronteerd waar ze niet aan kunnen voldoen.
- Bij voorkeur moet er per regio een gedifferentieerd aanbod zijn. Dit vraagt om een goede samenwerking tussen verschillende instellingen, bijvoorbeeld tussen MO organisaties en RIBW's. Modellen voor gefaseerd wonen zoals het onderscheid tussen wet, damp en dry kunnen handvatten bieden deze differentiatie vorm te geven.
- Bij een gedifferentieerd aanbod moet er oog zijn voor een goede toeleiding zodat mensen ook echt op de plek komen die het beste aansluit bij hun wensen en mogelijkheden. Een aantal instellingen is bezig dit traject te verbeteren: van deze ervaringen kunnen anderen profijt hebben.
- Uit meer en betere samenwerking met behandelaren valt winst te halen, het kan de kwaliteit van ondersteuning verbeteren, maar ook een rol spelen in beheersbaarheid en veiligheid: het kan helpen bij het voorkomen van escalaties en maakt het mogelijk beter te reageren op incidenten.

- Binnen woonvoorzieningen is een groeiende behoefte aan specifieke voorzieningen voor doelgroepen met specifieke begeleidingsvragen zoals ouderen, jongeren en mensen met een cognitieve beperking (LVB of NAH).
- In de samenwerking met partners zoals woningbouw en behandelinstellingen (VZ en GGZ) moet oog zijn voor de specifieke rol van woonvoorzieningen: het bieden van begeleiding en ondersteuning. Te vaak fungeren woonvoorzieningen als plek waar een groep cliënten verblijft die iedereen liever niet binnen heeft, of mensen die steeds weer uitvallen in andere trajecten doordat er sprake is van onderdiagnostiek. Ook is het soms moeilijk om mensen bij een crisis opgenomen te krijgen en wordt er door behandelaren niet voldoende outreachend gewerkt.
- In bejegening van deze groep moet het gaan om de relatie en individueel maatwerk, maar ook om een heldere communicatie over verwachtingen en het stellen van grenzen. Het één hoort bij het ander. Methodisch werken kan hierbij ondersteunend zijn. Ook een heldere en gedeelde visie over verslaving is hierbij belangrijk.
- Woonvoorzieningen kunnen bij mensen met een dubbele diagnose meer inzetten op herstelondersteunende zorg en rehabilitatie. Door de crisisgevoeligheid waar de DD doelgroep vaak mee kampt, is hier in praktijk vaak te weinig aandacht voor. Dit geldt meer algemeen voor de zorg voor deze doelgroep: juist woonvoorzieningen zouden hier een leidende rol in kunnen nemen.
- Initiatieven gericht op individueel wonen zoals Housing First en Skaeve Huse bieden een belangrijke aanvulling op het bestaande aanbod. Zeker voor cliënten die in collectieve woonvoorzieningen slecht blijken te functioneren, bijvoorbeeld door een persoonlijkheidsstoornis.

Terugkoppeling

Op een discussiebijeenkomst op 20 april werden de eerste resultaten van deze inventarisatie voorgelegd aan een aantal betrokken mensen uit het veld: woonbegeleiders, managers, teamhoofden en betrokken koepelorganisaties. De resultaten werden gepresenteerd en de aanwezigen gaven input voor het verder vormgeven van de handreiking. Belangrijke punten hierbij waren:

- Samenwerking met ketenpartners: zowel inhoudelijk als het organiseren hiervan. Wie heeft de regie? Het aanmeldingstraject is daarbij belangrijk. Bij meer samenwerking hoort ook een beter geïntegreerde begeleiding en behandeling en organisatie en afstemming in de keten: wat is nodig om cliëntgericht te werken? Er wordt ook genoemd dat je hierbij kan kijken naar het niveau van de wijk: daar moet je elkaar vinden. De handreiking moet daarom ook bekend worden gemaakt onder de ketenpartners.
- Bejegening: De cliënt moet het vertrekpunt zijn. Maar hoe doe je dat? Hoe geef je vorm aan principes als herstel en inzet van ervaringsdeskundigheid? Hierbij komt ook het begrip handelingsverlegenheid ter sprake. Wanneer grijp je in?
- Organisatorisch en financieel kader: De ontwikkeling is dat de zwaarte van de doelgroep binnen woonvoorzieningen toeneemt, dit vraagt om andere vaardigheden van het personeel en scholing. Ook hebben de huidige bezuinigingen en wijzigingen in financiering grote invloed op de manier waarop de begeleiding van deze groep vorm krijgt. Niet alleen doordat de doelgroep in de voorziening verandert, maar bijvoorbeeld ook door bezuinigingen op dagbesteding.
- Er is aandacht nodig voor specifieke groepen: jongeren, ouderen en mensen met somatische problemen.

Cliëntenbijeenkomst

Bij het samenstellen van de handreiking is er een bijeenkomst geweest met cliëntvertegenwoordigers/medewerkers van bureau herstel. Zij hebben vooral meegedacht over het hoofdstuk over herstelgeoriënteerde zorg en hebben gepleit dit als leidend principe te beschouwen, juist bij de groep mensen die kampt met een dubbele diagnose.

Vervolg

Volgend op het verschijnen van deze handreiking zal een aantal bijeenkomsten worden georganiseerd waarin thema's die in deze handreiking centraal staan verder worden uitgediept. Op deze bijeenkomsten zal naast kennisoverdracht ook ruimte zijn voor het uitwisselen van ervaringen. De bijeenkomsten vergroten de aansluiting van deze handreiking met de praktijk van het bieden van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose.

1.3 Leeswijzer

Deze handreiking beschrijft een aantal 'good practices' en biedt informatie over bruikbare strategieën en veelbelovende interventies om de begeleiding aan cliënten met een dubbele diagnose vorm te geven. Daarnaast biedt het een overzicht van bruikbare materialen die voorhanden zijn.

De handreiking is opgebouwd uit twee delen: deel 1 gaat over de organisatorische punten die van belang zijn bij de organisatie van de begeleiding van mensen met een dubbele diagnose. Er wordt ingegaan op het tot stand brengen van een passend woningaanbod voor mensen met een dubbele diagnose, op de samenwerking met ketenpartners, op het samenstellen van een deskundig team en op het implementeren van een meer geïntegreerd aanbod.

Deel 2 gaat in op het inhoudelijk vormgeven van woonbegeleiding. Aan bod komt de inhoud van de begeleiding die gegeven wordt in verschillende voorzieningen, waarin we waar nodig steeds specificaties aanbrenge voor verschillende typen woonvoorzieningen voor deze doelgroep. Hoofdstuk 6 gaat over de mogelijkheden van woonvoorzieningen om herstelgericht te werken, hoofdstuk 7 gaat in op het inhoudelijk vormgeven van woonbegeleiding aan deze groep en hoofdstuk 8 gaat in op de samenhang tussen psychiatrische problematiek en middelengebruik en de mogelijkheden en voorwaarden hier de geboden begeleiding op af te stemmen. In elk hoofdstuk wordt verwezen naar aanvullende informatie en materiaal.

Naast de vraagstukken op praktijk- en organisatorisch niveau, is het beleidskader waarbinnen woonvoorzieningen vorm krijgen natuurlijk van belang. Bijvoorbeeld de wijzigingen in financiering bij de overheveling van AWBZ gelden naar de WMO en ook de geplande verdere ambulantisering van de zorg zoals deze is vastgelegd in het convenant Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ 2012-2014. Deze beleidskaders vallen buiten deze handreiking, maar er zal waar nodig aan worden gerefereerd.

DEEL 1: Organisatie van de begeleiding

In dit deel gaan we in op de organisatorische aspecten die van belang zijn om de woonbegeleiding van mensen met een dubbele diagnose vorm te geven. Daarbij gaan we in op vier aspecten:

Het organiseren van passende woonvormen voor deze groep (hoofdstuk 2) de samenwerking met ketenpartners (hoofdstuk 3) en het samenstellen van een deskundig team (hoofdstuk 4). In het laatste hoofdstuk van dit deel gaan we in op verschillende aspecten in het verandertraject om een meer gespecialiseerd woningaanbod voor mensen met een dubbele diagnose vorm te geven (hoofdstuk 5).

2 Passende woonvormen

2.1 Inleiding

Zoals in de inleiding genoemd is het bieden van passende huisvesting een essentiële stap in het bieden van een geïntegreerde behandeling aan mensen die kampen met dubbele diagnostiek. Onder *passende huisvesting* verstaan we een woonvorm waarbij zowel de vorm als ook de begeleiding die geboden wordt, aansluit bij de wensen en mogelijkheden van iemand en ondersteunend is aan iemands individuele herstelproces. Passende huisvesting is belangrijk omdat juist deze groep mensen kwetsbaar blijkt voor dak- en thuisloosheid en dat instabiele huisvesting ook belemmerend werkt bij het betrekken en betrokken houden van mensen bij een behandeling. Bovendien is passende huisvesting belangrijk bij vraagstukken rond veiligheid en beheersbaarheid. De combinatie van verslaving en psychiatrische beperkingen maakt dit in de praktijk soms lastig: in veel reguliere RIBW's geldt gebruik bijvoorbeeld als een contra-indicatie.

Zowel in de inventarisatie die is verricht voor deze handreiking, als ook in andere publicaties wordt steeds weer benadrukt dat bij het bieden van woonbegeleiding het streven een op het individu afgestemd begeleidingstraject moet zijn. Als het gaat om cliënten met een dubbele diagnose wordt daarbij ook benadrukt dat niet één soort 'dubbele diagnose voorziening' het antwoord is op de woonvraag van deze groep. De aard en de ernst van zowel psychiatrische als verslavingsproblemen (als ook problemen op andere levensgebieden) kunnen immers sterk verschillen en daarbij dus de wensen en mogelijkheden omtrent wonen.

Om te komen tot een op het individu aangepast begeleidingstraject gaat het dus niet alleen om een individuele aanpak in de begeleiding zelf, maar ook om het tot stand brengen van een *gedifferentieerd aanbod* van woonvoorzieningen: voorzieningen die verschillen in de regels omtrent gebruik, mate van zelfstandigheid of het soort begeleiding dat geboden wordt. Tussen deze voorzieningen is een goede doorstroom noodzakelijk, omdat je alleen op die manier kan inspelen op ontwikkelingen die bewoners doormaken en dus echt een passende begeleiding kan vormgeven.

In de afgelopen jaren is op dit gebied veel beleid ontwikkeld. In het 'plan van aanpak dak en thuislozen' (Rijk 2006 & 2011) wordt bijvoorbeeld ingegaan op het in zorg krijgen van dak- en thuislozen en de doorstroom vanuit de maatschappelijke opvang naar zelfstandige woonvormen. Dit beleid wordt ook jaarlijks gemonitord. In dit hoofdstuk wordt daarom regelmatig aan dit document gerefereerd, maar daarbij wordt steeds bekeken wat er specifiek nodig is voor de groep mensen die kampt met verslaving en psychiatrische problemen. In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de drie aspecten die nodig zijn om dit te kunnen realiseren:

- Cliëntniveau: plaatsing in passende woonvorm;
- Instellingsniveau: aanbod van gedifferentieerde woonvoorzieningen voor cliënten met een dubbele diagnose;
- Beleidsniveau: plek van woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose op de woonladder.

2.2 Cliëntniveau: Plaatsing in een passende voorziening

In de inventarisatie onder woonvoorzieningen die voor deze handreiking is verricht komt de plaatsing van bewoners met dubbele diagnose problematiek in een woonvoorziening naar voren als één van de knelpunten. Het plaatsen van iemand in een woonvoorziening die niet aansluit bij zijn of haar mogelijkheden en wensen kan leiden tot frustratie en ook

tot problemen rond beheersbaarheid en veiligheid. Daarnaast wordt gesignaleerd dat het bij cliënten met een dubbele diagnose vaak gaat om een groep mensen die veel instellingen liever zien gaan dan komen: dit kan de doorstroom belemmeren, bijvoorbeeld omdat 'stabiliteit' voorop staat en niet de hulp- of begeleidingsbehoefte van een cliënt. Om vorm te kunnen geven aan een individueel begeleidingstraject is het van belang om in het primaire proces bij de plaatsing van iemand in een woonvoorziening aandacht te hebben voor de volgende aspecten:

- Goede diagnostiek: bij cliënten die steeds weer uitvallen ontbreekt het vaak aan een zorgvuldig vastgestelde diagnose, waardoor de hulpvraag en problematiek onvoldoende in beeld zijn. Goede afstemming met behandelaren is hierbij van belang.
- Passende zorg/ begeleidingsprogramma's voor specifieke groepen die regelmatig worden geëvalueerd. Hierbij moet aandacht zijn voor de samenhang tussen psychiatrische problemen en middelengebruik.
- Monitoring: er moet systematisch worden bekeken of iemand nog steeds op de meest geschikte plek zit: wat zijn iemands wensen en wat zijn de mogelijkheden? Hierbij moet de focus liggen op de toekomst en niet het verleden. Bij deze doelgroep moet er daarbij specifiek aandacht zijn voor de motivatie en wensen ten opzichte van het gebruik van middelen en alcohol. Voorkomen moet worden dat doorstroom stagneert omdat iemand 'stabiel' en onderdak is.
- Cliënt centraal: De focus moet liggen op de mogelijkheden van iemand en het aanbod moet uitgaan van zijn of haar wensen. Bij zowel cliënt als instelling moet helder zijn hoe te handelen bij gebruik. Daarnaast moet een tijdelijke terugval mogelijk zijn. Naast een geïntegreerde aanpak van de dubbele problematiek, zijn presentie, krachtgericht, of herstelondersteunend werken hierbij goede methodieken. Dit wordt verder uitgewerkt in hoofdstuk 6.

2.3 Beleid: Aanbod van gedifferentieerde woonvoorzieningen

Het plaatsen van mensen met een dubbele diagnose in een passende woonvorm vraagt niet alleen om individuele aandacht bij de plaatsing (wat zijn iemands wensen, wat is de diagnose, welk soort begeleiding is gewenst?), maar cruciaal is ook om toegang te hebben tot een gedifferentieerd aanbod van woonvoorzieningen. Uit zowel de inventarisatie als in het plan van aanpak dak- en thuislozen (Rijk, 2011) wordt gesignaleerd dat dit nog niet in alle regio's voldoende voorhanden is. Ook vanuit behandelaren komt het signaal dat het soms lastig is cliënten met een dubbele diagnose geplaatst te krijgen in een woonvoorziening, bijvoorbeeld omdat gebruik een contra-indicatie is. Hieronder noemen we drie manieren om te differentiëren in woonvoorzieningen die juist voor de groep mensen met dubbele diagnostiek relevant kunnen zijn. Uitgangspunt is daarbij de geïntegreerde aanpak: een aanpak waarin gelijktijdig aandacht is voor zowel de verslaving als de psychiatrische problematiek. We bespreken allereerst het opzetten van meer gefaseerde woonvoorzieningen als belangrijk principe om een gedifferentieerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose vorm te geven. Daarnaast gaan we in op enkele innovatieve wooninitiatieven die uitgaan van het concept 'gewoon wonen' en worden voorzieningen voor specifieke doelgroepen uitgelicht.

Meer informatie

- **Plan van aanpak dak- & thuislozen:** Sinds 2006 zetten de G4 in op het plan van aanpak dak & thuislozen. Doel is dakloosheid terugdringen en de doorstroom in de maatschappelijke opvang verbeteren: www.rijksoverheid.nl.
- **Monitor plan van aanpak:** De uitvoering van het plan van aanpak door de G4 wordt jaarlijks gemonitord). De monitor is terug te vinden op www.trimbos.nl.
- **Stedelijk kompas:** ook voor centrumgemeenten wordt het plan van aanpak gemonitord: www.trimbos.nl.
- Vugt, M. & M. Tuynman (2011). *Instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten in de MO en RIBW*. verslag van een conceptmapping. Utrecht: Trimbos-instituut.

2.3.1 Gefaseerde woonvoorzieningen

In de behandeling van cliënten met een dubbele diagnose wordt een geïntegreerd behandelmodel geadviseerd, waarbij gelijktijdig en in onderlinge samenhang aandacht wordt besteed aan de psychiatrische en verslavingsproblematiek. Een van de modellen om dit vorm te geven is IDDT (Integrated Dual Disorder Treatment).

Wat is IDDT?

Integrated dual disorder treatment (IDDT) is een evidence based practice die de kwaliteit van leven van mensen met een dubbele diagnose wil verbeteren. Tegen deze achtergrond werd in de Verenigde Staten begin jaren negentig door het Dartmouth Psychiatric Research Center het model 'Integrated Dual Disorder Treatment' (IDDT) ontworpen.

De principes van geïntegreerde zorg zijn: het aanbieden van zorg vanuit één team dat werkt vanuit één locatie en beide stoornissen gelijktijdig behandelt. Het zorgaanbod sluit aan bij motivatie voor verandering bij de patiënt. IDDT is multidisciplinair en combineert farmacologische (medicatie), psychologische, educatieve en sociale interventies om in te spelen op de behoeften van cliënten en hun familieleden. IDDT maakt zich sterk voor patiënt - en familiebetrokkenheid bij hulpverlening, voor stabiele huisvesting als een noodzakelijke voorwaarde voor herstel en benadrukt dat werk voor veel cliënten een reële mogelijkheid is waar op in moet worden gezet. Belangrijke uitgangspunten van dit model zijn het hebben van aandacht voor de samenhang tussen verslaving en psychiatrische problematiek en het aansluiten bij de (motivatie) fase van een cliënt voor de problemen waar hij mee te maken heeft. Hierbij wordt de behandeling opgedeeld in vier fasen, analoog aan de motivatiefasen voor gedragsverandering van Proschaska en Diclemente.

De behandel fasen zijn:

- **Contact maken:** Iemand is niet gemotiveerd iets aan zijn problemen te doen of ervaart geen problemen. Doel van de behandeling is vooral het betrekken van iemand in behandeling en het opbouwen van een behandelrelatie. Dit kan o.a. door het bieden van basale zorg.
- **Overtuigen:** Iemand is betrokken bij de behandeling, maar nog niet gemotiveerd zijn gedrag te veranderen. Doel van de behandeling is het prikkelen van de eigen motivatie van de cliënt voor verdere behandeling, het inzetten van motiverende gespreksvoering is hierbij belangrijk.
- **Actieve behandel fase:** Cliënt heeft de motivatie om zijn gedrag te veranderen, de behandeling ondersteunt dit, bijvoorbeeld door het aanleren van vaardigheden.

- **Terugvalpreventie fase:** Als iemand in staat is het nieuw aangeleerde gedrag langere tijd vol te houden spreken we over consolidatie. Doel van de behandeling is dan vooral dit nieuwe gedrag te ondersteunen en terugval te voorkomen.

In de praktijk doorlopen mensen natuurlijk niet netjes deze fasen, maar door dit proces te beschrijven als een cirkel waarin mensen soms ook terugvallen of opnieuw beginnen, wordt inzichtelijk dat het voor behandeling belangrijk is met de interventies aan te sluiten bij hun motivatiefase.

Geïntegreerde behandeling

- IDDT: meer informatie over dit model voor een geïntegreerde aanpak en behandeling van dubbele diagnose is terug te vinden op www.ledd.nl.
- Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E, Fox, L. (2011). Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling. Utrecht: de Tijdstroom.
- Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp(2003). Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling. Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg: www.ledd.nl/producten.

Het principe van fasegericht aanbieden van begeleiding en behandeling kan ook toegepast worden op wonen. Deze visie volgend hebben mensen met een dubbele diagnose behoefte aan verschillende soorten van huisvesting, waarin de regels en de begeleiding aansluiten bij hun motivatie van gedragsverandering en de fase in het eigen herstelproces. Binnen IDDT wordt daarom onderscheid gemaakt in Wet, Damp en Dry Housing. Deze woonvormen verschillen onderling op twee (met elkaar samenhangende) gebieden:

- Regels en houding omtrent gebruik: van zeer tolerant naar ondersteuning bij abstinentie. Als het bijvoorbeeld van te voren duidelijk is dat iemand niet gemotiveerd is of niet in staat is om zich aan gestelde regels te houden zal het moeilijk worden voor iemand om zich binnen die woonvoorziening te handhaven. Ook kan het dat iemand die juist wil stoppen met gebruik behoefte heeft aan een veilige woonomgeving waar uit wordt gegaan van het abstinentieprincipe, zodat de verleiding om weer te gaan gebruiken wordt beperkt.
- Geboden begeleiding: verschillende motivatiefases vragen ook om verschillende vormen van begeleiding. Gefaseerde voorzieningen variëren van het bieden van basale ondersteuning en outreach, (met vaak 24 uren aanwezigheid), tot een minder intensieve woonbegeleiding waarin de nadruk ligt op het zetten van stappen naar rehabilitatie & herstel. Schematisch weergegeven ziet dat er als volgt uit:

Aansluitend geheel van huisvestingsmogelijkheden voor cliënten met een dubbele diagnose

Soort huisvesting	Tolerantie van het middelengebruik	Behandelstadium	Belangrijkste functies van de huisvesting
Wet housing	Betrekkelijk tolerant	Contact maken overtuigen	<ul style="list-style-type: none"> - Onderdak en veiligheid; - Stabiele huisvesting; - Tolerantie van middelengebruik, om gemakkelijker contact te kunnen maken met de cliënt.
Damp housing	gedogen	Overtuigen, actieve behandeling	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiele huisvesting die bepaalde grenzen stelt aan het middelengebruik; - Ondersteuning van cliënten bij het onderzoeken van de effecten van het middelengebruik op hun leven; - Grenzen stellen aan het middelengebruik en de eerste stappen naar beperking en abstinentie stimuleren.
Dry housing	Middelengebruik niet toestaan	Actieve behandeling, terugvalpreventie	<ul style="list-style-type: none"> - Stabiele huisvesting die cliënten helpt om een leefstijl van abstinentie te handhaven; - Losmaken van een sociaal netwerk dat kampt met problematisch middelengebruik; - Sociale ondersteuning van anderen die ervoor kiezen om middelen-vrij te zijn; - Werken aan het bevorderen van andere levensgebieden, zoals werk en sociale contacten.

(Bron: Mueser e.a., 2011)

In het kort:

Bij het vormgeven van een gedifferentieerd woningaanbod voor mensen met een dubbele diagnose zijn de uitgangspunten van geïntegreerde zorg belangrijk. Dit betekent dat er voor mensen met een dubbele diagnose wordt gewerkt aan een woningaanbod waarin aandacht is voor de samenhang tussen verslaving en psychiatrie en waarin onderling gedifferentieerd wordt in de regels omtrent gebruik en de begeleiding die geboden wordt (volgens het model van wet-damp-dry housing).

Voordelen hiervan zijn:

- Ondersteunen van het individuele herstelproces van bewoners: gefaseerde woonvoorzieningen sluiten aan op motivatie en wensen van iemand omtrent zijn of haar middelengebruik;
- Beheersbaarheid en veiligheidsvraagstukken: een gefaseerd aanbod voorkomt dat mensen geplaatst worden in voorzieningen waarbij van te voren eigenlijk al duidelijk is dat iemand zich niet aan de huisregels over gebruik kan of wil houden;
- Opbouwen behandelrelatie: Goed kijken naar een passend woonaanbod kan zowel begeleiders als bewoners een hoop frustratie en conflicten besparen;
- Toegankelijkheid en continuïteit van woonbegeleiding: vaak is juist gebruik in de praktijk een exclusie criterium en een barrière om passende huisvesting te vinden, het overtreden van regels kan leiden tot schorsing en uitplaatsing naar de nachtopvang.

Overigens is het natuurlijk geen vereiste dat alle cliënten met een dubbele diagnose terecht komen in een gespecialiseerde, gefaseerde dubbele diagnose voorziening. Ook binnen niet gespecialiseerde voorzieningen kunnen mensen met dubbele diagnostiek vormgeven aan het eigen herstelproces. Dit kan voor sommige mensen zelfs voordelen hebben: een reguliere woonvoorziening is bijvoorbeeld minder stigmatiserend, of de draagkracht van een groep is groter als niet alle bewoners kampen met problemen rond middelengebruik. Maar het uitgangspunt moet zijn dat gespecialiseerde voorzieningen voorhanden zijn voor dié groep cliënten met een dubbele diagnose, die zich moeilijk of niet weet te handhaven in andere voorzieningen. Het is wel belangrijk dat in de begeleiding van cliënten met een dubbele diagnose binnen in reguliere voorzieningen aandacht is voor de samenhang tussen hun psychiatrische en verslavingsproblemen.

Hieronder geven we een voorbeeld van een praktijk waarin gefaseerde woonvormen worden aangeboden. Het gaat om woonvoorzieningen bij BoumanGGZ¹ die zowel damp als dry voorzieningen aanbieden. Een voorziening waar gebruik wordt getolereerd hebben zij niet: hiervoor zal aansluiting moeten worden gezocht met een MO voorziening. Ook bij andere instellingen die gefaseerde woonvormen aanboden zagen we bij de inventarisatie dat hierbij vaak niet alle 'fasen' voorhanden zijn binnen één instelling: er is of geen voorziening voor mensen die nog midden in gebruik zitten, of er ontbreekt juist een voorziening die gericht is op abstinentie. Als er goede samenwerking is met ketenpartners in de regio die dit wel aanbieden hoeft dit niet bezwaarlijk te zijn. Belangrijk is dan om na te

¹ BoumanGGZ is per 1 juli 2012 op bestuurlijk niveau gefuseerd met Delta. Beide instellingen vallen onder Antes.

denken over hoe een volledig aanbod binnen een regio kan worden gecreëerd voor mensen die kampen met middelengebruik, binnen een instelling, of met instellingen gezamenlijk.

Praktijkvoorbeeld gefaseerd wonen

Context:

Bouman GGZ beheert 11 woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose. Negen voorzieningen bieden intensieve begeleiding en twee ambulante begeleiding. De woonvoorzieningen zijn gestart bij het sluiten van de Keilenweg: de voorzieningen waren in eerste instantie erop gericht om deze vrouwen opvang te bieden. Later zijn er ook voorzieningen gekomen voor de mannen die betrokken waren bij deze vrouwen en zelf ook kampten met verslaving en psychiatrische problemen. De woonvoorzieningen zijn bedoeld voor mensen met langdurige verslaving en psychiatrische problematiek die vaak jarenlang dak- of thuisloos zijn geweest. 50% heeft een licht verstandelijke beperking, vaak ook niet aangeboren hersenletsel (NAH) door gebruik.

Gefaseerd woningaanbod:

Bouman biedt voorzieningen aan die gesplitst zijn in mate van gebruik:

- 1) Voorzieningen voor mensen met gecontroleerd gebruik, waarover afspraken zijn gemaakt in het behandelplan. Om te kijken of een patiënt zich houdt aan de afspraak rond gebruik, wordt er soms gebruik gemaakt van UC's, de intensiteit daarvan kan verschillen en de uitkomsten zijn aanleiding voor gesprek;
- 2) Voorzieningen waar gebruik op de locatie niet is toegestaan en waar het doel is om gebruik te minderen. Iemand kan bijvoorbeeld de afspraak maken 1x in de maand nog te gebruiken;
- 3) Voorzieningen waar gebruik niet is toegestaan. Bij terugval wordt soms iemand teruggeplaatst in een kliniek, maar kan dan later terugkeren. Uitgangspunt bij sancties en bij terugval is dat de voorziening een beschermde omgeving moet zijn, zowel voor een individu, maar ook voor een groep. Als iemands gedrag het beschermde karakter bedreigt en het gedrag niet verbetert, kan iemand in het uiterste geval worden uitgeplaatst. Ze zijn wel ingesteld op terugval en ze trainen begeleiders om risicofactoren voor gebruik te herkennen, ook met behulp van bewoners.

Begeleiding

- Uitgangspunt in de begeleiding is 'iemand erbij halen'. Hiervoor wordt met iemand een traject opgesteld. Praktisch betekent dat dat woonbegeleiders zelf zoveel mogelijk aanwezig zijn in de huiskamer en gesprekken aangaan, zodat medewerkers weten wat er speelt en dingen vroegtijdig kunnen signaleren. Methodieken die worden toegepast zijn MGv, seeking safety en de presentiebenadering. Het is volgens de respondent juist bij deze groep bewoners belangrijk om een goed aanbod te hebben en helder te communiceren. De verleiding is soms groot om met deze doelgroep bepaald gedrag te tolereren, maar dat werkt uiteindelijk averechts. Hierbij is ook de wisselwerking tussen behandeling/begeleiding belangrijk: als je vanuit behandelaars weet wat er bij iemand speelt, kan je daar als woonbegeleider op inspelen.

Andere belangrijke uitgangspunten in de begeleiding die Bouman biedt zijn:

- Wonen- werken & behandelen wordt gezien als drie-eenheid. Omdat Bouman GGZ

een grote organisatie is wordt er veel georganiseerd maar er zijn ook werkprojecten buiten de instelling. Voor mensen die moeite hebben buiten de locatie te werken worden er juist op de locaties zelf activiteiten georganiseerd. Belangrijk is daarbij dat de begeleiding volhoudt dit aan te bieden: dan komen mensen uit nieuwsgierigheid eens kijken en komen ze later ook zelf;

- Contact met de wijk: De doelgroep wordt niet met gejuich ontvangen, maar Bouman heeft hiervoor verschillende initiatieven: een veegploeg, groenvoorziening maar ook beheerscommissies (met bewoners) die soms op de locaties zelf vergaderen. Ook is er 1x per jaar een open huis: ze organiseren dan een barbecue. Ook doen ze zoveel mogelijk mee aan buurtactiviteiten zoals een voetbalmiddag.

Woonvoorzieningen gespecialiseerd naar specifiek middel

Uit de inventarisatie komt naar voren dat een aantal instellingen voorziet in voorzieningen die specifiek gericht zijn op mensen met een alcoholverslaving of hard drugs verslaving. De reden hiervan is de andere (straat)cultuur die middelengebruik of alcohol met zich meebrengt en ook de andere eisen die dit aan de begeleiding stelt. Genoemd wordt bijvoorbeeld dat mensen met een alcoholprobleem onder invloed veel moeilijker aanspreekbaar zijn dan andere groepen gebruikers. Bavo Europoort heeft een voorziening specifiek gericht op mensen die alleen blowen. In deze 'blow voorziening' is harddrug gebruik niet toegestaan: op deze manier wordt een plek gecreëerd waar mensen kunnen loskomen van de harddrugscene, ook als ze nog niet gemotiveerd zijn om volledig met middelengebruik te stoppen.

2.3.2 Innovatieve wooninitiatieven

De hieronder genoemde wooninitiatieven gaan uit van het principe mensen zo snel mogelijk zelfstandige huisvesting te bieden en daarna te kijken welke begeleiding nodig is. Achterliggend idee is dat door juist te beginnen met een zelfstandige woning iemand wordt aangesproken op zijn vaardigheden. Zeker voor een groep mensen die kampt met een dubbele diagnose zijn deze initiatieven interessant omdat zij door de combinatie van psychiatrische problemen en/ of problematisch middelengebruik soms slecht functioneren in groepsvoorzieningen en vaak kampen met terugval of uitval.

Housing First

Het Housing First concept is geïnspireerd op '*Pathways to Housing*': een New York's huisvestingsproject dat is gestart in 1992, waarbij overlastgevende dak- en thuislozen met psychiatrische problemen werden gehuisvest in reguliere appartementen (Henskens & Van Rooijen 2008). Eerst wordt gezorgd voor stabiele huisvesting en daaromheen wordt indien nodig zorg en begeleiding georganiseerd. In de praktijk wordt dit model verschillend vormgegeven: in de nu bestaande Nederlandse praktijken worden voor het krijgen van een zelfstandige woning vaak de voorwaarden verbonden van inkomensbeheer en het accepteren van woonbegeleiding. Vaak staat een huurcontract eerst op naam van een begeleidende instantie, na verloop van tijd kan een woning op de naam van de klant worden overgeschreven (omklappen).

In de evaluatie die is uitgevoerd onder woonvoorzieningen in het kader van deze handreiking wordt Housing First relatief vaak genoemd als passend alternatief voor die groep mensen die binnen het reguliere aanbod van (collectieve) woonvoorzieningen binnen de MO, GGZ en RIBW's geen aansluiting kunnen vinden en steeds weer dakloos (dreigen te) worden. Bijvoorbeeld door de verslaving en/ of persoonlijkheidsproblematiek waar deze

groep mee kampt. Vooral het individuele aspect van intensieve woonbegeleiding en de zekerheid van huisvesting kan voor een specifieke doelgroep belangrijk zijn. Deze intensieve vorm van ambulante woonbegeleiding lijkt voor de complexe groep mensen die kampt met een dubbele diagnose een waardevolle aanvulling te zijn op het bestaande woningaanbod voor deze groep. Maar ook dit model is niet de oplossing voor iedereen: eenzaamheid kan voor sommigen een groot probleem te zijn. Ook zijn nog niet in elke regio dergelijke voorzieningen (voldoende) aanwezig (Rijk, 2011).

Evaluatie Housing First Discus Amsterdam

Er is evaluatieonderzoek verschenen over werkzaamheid van het Housing First project dat sinds 2006 loopt in Amsterdam (Maas et al. 2012). Het project is een initiatief van Jellinek, Mentrum (beide onderdeel van Arkin), woningcorporatie de Alliantie Amsterdam en HVO-Querido. Doel van dit project is het opheffen van dak- en thuisloosheid bij een moeilijk te reguleren groep en het vergroten van hun maatschappelijke participatie. De focus is op de eigen kracht en verantwoordelijkheid van de bewoners. Uit de evaluatie blijkt dat Housing First vooral wordt ingezet voor mensen met meervoudige en complexe problemen, waaronder psychiatrische en verslavingsproblematiek. Sociaal demografisch is de bewonersgroep vergelijkbaar met daklozen populaties: een lage opleiding, een uitkering, schulden en een geschiedenis van feitelijke dakloosheid. Ook het gebruik van middelen is vergelijkbaar en bewoners kampen met relatief zware gezondheidsproblemen.

Een van de doelstellingen van het Housing First project in Amsterdam is het vergroten van de maatschappelijke participatie, uit de evaluatie blijkt echter dat de sociale contacten van bewoners nu nog bescheiden zijn en veel bewoners kampen met eenzaamheid. Relatief veel bewoners hebben wel een vorm van dagbesteding. Positieve resultaten uit het onderzoek zijn een relatief lage uitval en een ervaren verbetering van kwaliteit van leven door de bewoners. Ook overlast klachten zijn er nauwelijks. Gewezen wordt op het belang van een integrale aanpak en samenwerking in de keten, vanwege de complexe problematiek van deze doelgroep (ibid).

Meer informatie over dit onderzoek: <http://www.werkplaatsoxo.nl/>

Skaeve Huse

Een andere vorm van zelfstandig wonen voor een complexe groep mensen die moeilijk plaatsbaar is, zijn Skaeve Huse. Skaeve Huse zijn eenpersoonswooneenheden, vaak containerwoningen, die zich bevinden op een locatie op enige afstand (75-100 m) van een woonwijk. In tegenstelling tot Housing First wonen mensen dus niet in reguliere woningen in een woonwijk. Het SEV heeft deze woonvorm in samenwerking met de Federatie Opvang in Nederland geïntroduceerd en ook geëvalueerd (Singelenberg 2010). Skaeve Huse zijn bedoeld voor mensen die ernstige woonoverlast veroorzaken en niet terecht kunnen of willen in gebruikelijke vormen van begeleid wonen.

In de evaluatie die is uitgevoerd onder woonvoorzieningen in het kader van deze handreiking worden ook Skaeve Huse genoemd als alternatief voor de groep die steeds weer uitvalt uit de reguliere voorzieningen: het gaat dan met name om de zorgcliënten die niet in een groep passen. Hulpverleners zien dit als een goed alternatief voor het uitplaatsen naar de nachtopvang van deze groep. Als nadeel wordt genoemd dat door het concept van Skaeve Huse mensen letterlijk 'buiten de maatschappij' worden geplaatst en het maatschappelijke participatie dus in de weg kan staan. Ook is er een aantal knelpun-

ten, dat vooral te maken heeft met de toewijzing en uitstroom. In de evaluatie van SEV wordt er op gewezen dat Skaeve Huse in 2010 geen vaste plek hebben in de lokale woonladder van gemeenten en vaak een projectstatus behouden. Daardoor is de samenwerking met de rest van de keten vaak niet goed en zijn de mogelijkheden tot uitstroom beperkt. Ook in de interviews wordt dit genoemd. In een interview met een woningbouwvereniging wordt bijvoorbeeld genoemd dat deze zich met Skaeve Huse vooral richt op de mogelijkheid tot uitplaatsing van mensen die extreme burenoverlast geven, terwijl de GGZ behoefte heeft aan toegang tot deze voorzieningen voor mensen die niet plaatsbaar zijn binnen reguliere RIBW's of andere woonvoorzieningen binnen de GGZ. Hierbij zijn de belangen van de ketenpartners dus deels tegenstrijdig. Een alternatief dat hiervoor wel wordt genoemd is het ontwikkelen van meer zelfstandige woningen op voormalige GGZ terreinen met een vorm van begeleiding. 'Stichting huisjes' richt zich specifiek op de ondersteuning van deze woonvorm, maar deze initiatieven lijken vooralsnog niet breed van de grond te zijn komen.

Skaeve Huse

Het model Skaeve Huse is afkomstig uit Denemarken en wordt daar in veel gemeenten ingezet. Experimenten met Skaeve Huse zijn in Nederland o.a. opgezet in Arnhem, Kampen, Amsterdam, Tilburg en Maastricht. In het 'Deense model' staat het wonen los van begeleiding. Wel is er toezicht door een terreinbeheerder. In de Nederlandse pilots is tot nu toe vaak een koppeling gemaakt met verplichte begeleiding en het huurcontract.

De belangrijkste conclusies uit de evaluatie van de Nederlandse Skaeve Huse projecten zijn:

- De overlast in de buurt neemt af door plaatsing van mensen in een Skaeve Huse;
- De overlast in de aangrenzende buurt neemt niet toe zolang er voldoende afstand is tot de woonwijk;
- De bewoners ervaren de vorm van huisvesting over het algemeen als positief: zij komen tot rust door de stabiele woonsituatie en de ruimte die ze hebben;
- Betrokken hulpverleners, woningbouw en gemeente zijn ook positief: zij zien Skaeve Huse als belangrijke aanvulling op de woonladder, namelijk als een vorm van 'last resort'.

Knelpunten zijn:

- Het is in de praktijk lastig geschikte locaties voor een Skaeve Huse project te vinden;
- Skaeve Huse zijn niet verankerd in de woonladder, waardoor doorstroom wordt bemoeilijkt.

(Bron: Singelenberg, 2010)

Meer informatie over Skaeve Huse is te vinden op www.sev.nl en www.opvang.nl. Hier is ook de evaluatie over Skaeve Huse terug te vinden.

In het kort:

De nieuwe wooninitiatieven 'Housing First' en 'Skaeve Huse' hebben een aantal kenmerken gemeen:

- Ze werken vanuit het idee dat eerst zelfstandige huisvesting wordt geboden en dan wordt gekeken wat passende begeleiding is;
- Ze bieden een nieuwe vorm van huisvesting, die vaak beter aansluit op de wensen en mogelijkheden van mensen die slecht functioneren in groepsvoorzieningen;
- Ze vormen een aanvulling op de bestaande woonladder, met name voor mensen die voorheen (bij gebrek aan alternatief) werden uitplaatst naar de nachtopvang.

2.3.3 Woonvormen voor specifieke doelgroepen

Naast woningen die specifieke huisregels hanteren rond middelengebruik, of nieuwe initiatieven aan de onderkant van de woonladder, is er ook behoefte aan woonvoorzieningen die zich richten op een specifieke doelgroep. Het meest genoemd worden:

Woningen voor ouderen/ somatische zorg

Woonvoorzieningen zien steeds meer bewoners met zowel verslaving als psychiatrische problematiek die op hogere leeftijd zijn en daardoor andere zorgbehoeftes krijgen. Een rol hierbij speelt dat mensen met een langdurige verslaving eerder 'oud' zijn: ze ontwikkelen vaker op jongere leeftijd somatische klachten. Bewoners hebben dan meer ondersteuning nodig bij ADL en daar zijn de reguliere woonvoorzieningen niet op ingesteld. De reguliere voorzieningen die deze ondersteuning wel bieden, zoals verpleeg- en verzorgingshuizen, zijn weer niet ingesteld op de omgang met bewoners met verslavingsproblematiek. Er zijn een aantal initiatieven voor deze doelgroep opgezet, zoals specifieke hostels voor oudere langdurig verslaafde dak- en thuislozen (Woodstock, Den Haag, Parnassia) en verpleegafdelingen die zich hebben gespecialiseerd op deze doelgroep (Aesopus in Rotterdam), maar deze zijn nog niet voorhanden in elke regio.

Woonvoorzieningen voor jongeren

Ook voor jongeren met een dubbele diagnose is er behoefte aan gespecialiseerde voorzieningen. De toegang hiertoe is nu vaak nog beperkt en als deze er is kan de leeftijdsgrens die wordt gehanteerd voor jongeren en volwassenenzorg soms zorgen voor een breuk in het zorgaanbod. Ook de financiering van huisvesting levert vaak problemen op. Een ander gesignaleerd probleem is dat de groep 'oudere jongeren' (23+) weliswaar terecht kan in specifieke dubbele diagnose voorzieningen voor volwassenen, maar dat dit niet altijd de meest wenselijke plek is: als voorbeeld wordt een aantal keren genoemd dat je een jongere liever niet in een woonvoorziening plaatst met mensen die 20 jaar chronisch verslaafd zijn. Een specifieke groep die de aandacht vraagt zijn zwerfjongeren: deze zijn bij veel gemeentes en hulpverleningsinstanties nog niet goed in beeld, maar hier is sinds 2009 wel specifieke aandacht voor middels het plan van aanpak zwerfjongeren.

Meer informatie over specifieke ondersteuning voor jongeren:

- Databank praktijkvoorbeelden zwerfjongeren: in deze database zijn praktijkbeschrijvingen specifiek gericht op (zwerf) jongeren te vinden: www.movisie.nl;
- Plan van aanpak zwerfjongeren: www.opvang.nl;
- Stichting zwerfjongeren Nederland: www.zwerfjongeren.nl.

Woonvoorzieningen voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB)

Het bieden van passende woonbegeleiding voor cliënten die naast hun verslaving- en psychiatrische problematiek ook te maken hebben met een licht verstandelijke beperking (de zogenaamde triple diagnose) is vaak lastig. Dit kan gaan om een aangeboren beperking, of een cognitieve beperking als gevolg van middelengebruik of de psychiatrische stoornis (NAH). Er zijn geen exacte cijfers bekend over de prevalentie van LVB binnen de (langdurige) GGZ, omdat dit nog niet standaard wordt getest. Schattingen lopen uiteen van 10 tot 40 % van de cliëntenpopulatie (Neijmeijer e.a., 2010). Uit een inventariserend onderzoek blijkt dat cognitieve beperkingen ook niet altijd worden herkend, bijvoorbeeld omdat de groep die middelen gebruikt vaak wel 'street wise' is, of omdat signalen als psychiatrische symptomen worden geïnterpreteerd.

Deze groep is niet altijd gebaat bij de aanpak die wordt gehanteerd voor cliënten met een dubbele diagnose, bijvoorbeeld omdat deze groep behoefte heeft aan meer structuur, kaders en duidelijkheid. In Amsterdam wordt er bijvoorbeeld door het Leger des Heils daarom een laagdrempelige opvangvoorziening (Domus+) opgestart, specifiek voor deze groep, maar dergelijke voorzieningen zijn nog niet overal beschikbaar. Doorstromen is voor deze groep dan ook vaak een probleem: als duidelijk is dat er sprake is van LVB geldt dit vaak als exclusiecriteria voor andere woonvoorzieningen. Bij het ontwikkelen van voorzieningen voor deze doelgroep is het belangrijk dat er zowel expertise over verslaving en psychiatrie als expertise vanuit de VG sector aanwezig is (ibid). De VG sector zelf biedt ook steeds meer woonbegeleiding aan mensen met een verstandelijke beperking en verslaving.

Meer informatie over LVB en dubbele diagnose

- Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ, een verkennend onderzoek: (Neijmeijer e.a., 2010) Trimbos-instituut, www.trimbos.nl/webwinkel;
- TRIP Een reis door de wereld van drank en drugs voor LVG jongeren: bordspel over middelen specifiek voor jongeren met een LVG, www.trimbos.nl/webwinkel.

In het kort:

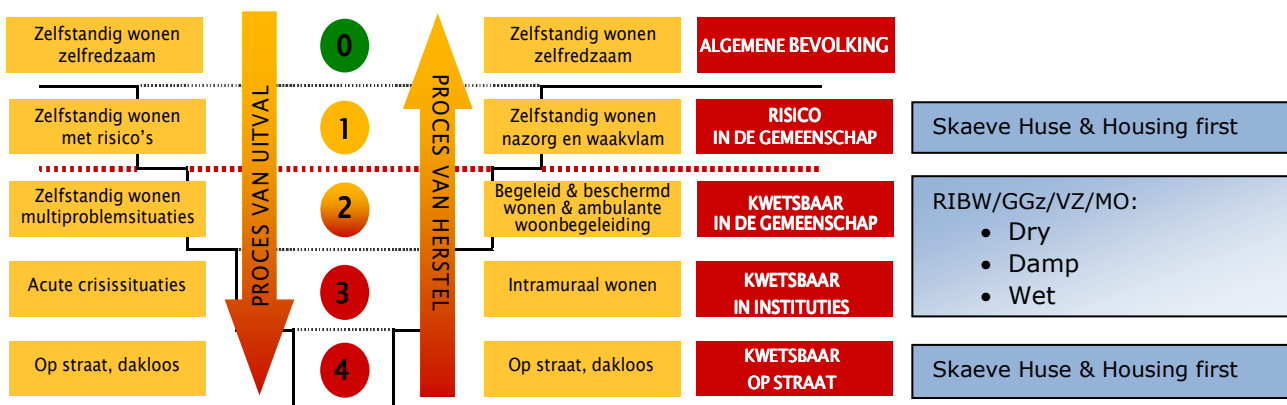
In veel regio's is behoefte aan specifieke voorzieningen voor bijvoorbeeld jongeren, ouderen, of mensen met een LVB die ook kampen met een dubbele diagnose.

Om dit vorm te geven is het noodzakelijk dat:

- Er wordt samengewerkt in de regio bij het opzetten van dergelijke voorzieningen;
- Er wordt samengewerkt tussen sectoren om te komen tot een passende begeleiding van deze groep.

2.4 Organisatorisch: Organisatie van verschillende woonvormen

Het aanbod van woonvoorzieningen voor mensen in een kwetsbare positie is veelal versnipperd. Om het aanbod van woonvoorzieningen per regio te ordenen zijn er verschillende woonladders in omloop. De woonladder die gehanteerd wordt in het plan van aanpak dak- en thuislozen van de rijksoverheid is afkomstig van Judith Wolf (2006) en combineert verschillende treden op de woonladder met het proces van uitval en herstel van cliënten. Hieronder is in de woonladder aangegeven hoe verschillende dubbele diagnose woonvoorzieningen binnen deze woonladder kunnen worden geplaatst:



bron: Judith Wolf (2006)

Gefaseerde voorzieningen zijn vooral van toepassing voor begeleid en beschermd woonvormen en in eniger mate voor intramurale voorzieningen. Betrokken partijen zijn dan de instellingen die dergelijke woonvormen aanbieden: de MO, de GGZ en VZ en de RIBW's. Dit betekent niet dat op de andere treden van de woonladder geen specifieke zorg voor DD problematiek gevraagd is, maar het gaat dan veel meer om ambulante begeleiding en zorg, zoals bijvoorbeeld gegeven door ambulante woonbegeleiding en (F)ACT teams, of bemoeizorg teams bij het in zorg krijgen van dak en thuislozen. Opvallend is de positie van de nieuwe wooninitiatieven op de woonladder: deze zijn zowel te zien als een vorm van zelfstandig wonen met enige vorm van begeleiding (nazorg en waakvlam) als laagdrempelige woonvorm voor mensen die kampen met dak & thuisloosheid. Kenmerkend is immers dat het niet noodzakelijk is alle stappen op de woonladder te doorlopen om in een dergelijke woonvoorziening terecht te komen.

Belangrijk is dat **alle niveaus** van de woonladder toegankelijk zijn voor mensen die kampen met een dubbele diagnose en dus niet uitsluitend de woonvoorzieningen in 'het souterrain' van de woonladder, zoals hostelvoorzieningen. Ook in latere fases van het proces van herstel is aandacht voor de samenhang tussen verslaving en psychiatrische problemen immers gewenst, juist om dit herstelproces te ondersteunen. Overigens is het zoals gezegd geen vereiste dat iemand met een dubbele diagnose terecht komt in een gespecialiseerde voorziening: het uitgangspunt moet wel zijn dat dergelijke voorzieningen voorhanden zijn voor die groep cliënten met een dubbele diagnose die zich moeilijk, (of niet) weet te handhaven in andere voorzieningen, (mede) door een gebrek aan de juiste begeleiding.

In het kort

- Om daadwerkelijk te komen tot een goed sluitend aanbod voor deze doelgroep is samenwerking tussen de verschillende instanties van groot belang. Zowel in de inventarisatie voor dit project als in het plan van aanpak dak- en thuislozen wordt gesignaleerd dat het zorg- en woonaanbod dat voorhanden is nog teveel versnipperd is en te weinig samenhang vertoont. Het denken over gefaseerde woonvormen kan zowel binnen instellingen als ook tussen verschillende partners in de regio houvast geven.
- Doorstroom tussen woonvoorzieningen is een knelpunt: niet alle woonvoorzieningen zijn toegankelijk voor mensen die kampen met problematisch middelengebruik. Ook de doorstroom naar zelfstandig wonen (met begeleiding) is vaak moeilijk, bijvoorbeeld omdat woningbouwverenigingen onvoldoende woningen beschikbaar stellen voor deze doelgroep. Doorstroom is een belangrijk speerpunt van de 2de fase van het plan van aanpak dak- en thuislozen. De gemeente heeft hierin een duidelijke verantwoordelijkheid, maar ook een goede samenwerking in de keten is hiervoor belangrijk.

2.5 Samenvattend

Voor een passend woningaanbod voor mensen met een dubbele diagnose zijn acties nodig op cliëntniveau, instellingsniveau en beleidsniveau.

Op *cliëntniveau* moet gekeken worden wat het meest passende aanbod is voor iemand. Hierbij moeten de wensen van cliënten centraal staan en de focus moet liggen op toekomst en niet verleden.

Op *instellingsniveau* is hiervoor een gedifferentieerd aanbod van woonvoorzieningen nodig. Focus hierbij moet zijn dat er voor cliënten met een dubbele diagnose een geïntegreerd begeleidingsaanbod voorhanden moet zijn: hiermee wordt bedoeld dat iemand begeleiding krijgt voor zowel verslaving als psychiatrische problemen, afgestemd op de motivatiefase van de cliënt. Het tot stand brengen van een gedifferentieerd woningaanbod, bijvoorbeeld volgens het model wet-damp-dry, is hiervoor een voorwaarde.

Op *beleidsniveau* vraagt een passend aanbod voor deze doelgroep dat alle treden van de woonladder toegankelijk zijn voor mensen met een dubbele diagnose. Op alle niveaus moet een geïntegreerd aanbod van zorg en behandeling voorhanden zijn. Voor intramurale voorzieningen en voorzieningen voor beschermd en begeleid wonen kan het model van fasegericht wonen, afkomstig vanuit IDDT, hier een bruikbaar handvat voor zijn. Dit vraagt wel om een goede samenwerking tussen ketenpartners. Hier gaan we in hoofdstuk 3 dieper op in.

3 De samenwerking met (keten) partners

3.1 Inleiding

Bij het vormgeven van passende woonvormen voor mensen met een dubbele diagnose is het van belang dat er een aanbod is van gespecialiseerde huisvesting, waarin aandacht is voor de samenhang tussen verslavings- en psychiatrische problemen. Er zijn veel partijen die betrokken moeten worden om te komen tot een dergelijk samenhangend en gespecialiseerd aanbod. Het gaat om:

- Samenwerking met behandelaren: vooral uit de VZ en GGZ;
- Samenwerking in de regio: met (andere) instellingen voor beschermd en begeleid wonen maar ook samenwerking met de GGD, politie, woningbouwverenigingen en de gemeente;
- Samenwerking op wijkniveau: het inbedden van woonvoorzieningen in de wijk en aansluiting bij andere maatschappelijke initiatieven is van belang om vorm te geven aan begeleiding op alle levensgebieden.

3.2 Samenwerking tussen begeleiding en behandeling

Noodzaak

Een goede afstemming tussen de begeleiding in de woonvoorzieningen en de behandeling vanuit de GGZ/VZ is wenselijk om de volgende redenen:

- Bij instroom: juiste diagnose, inschatting motivatie en vaardigheden door behandelaren is belangrijk voor een goede plaatsing in een woonvoorziening.
- Tijdens de begeleiding:
 - Eenduidige boodschap naar cliënt/bewoner;
 - Geïntegreerde aanpak van problemen;
 - Voorkomen van escalaties;
 - Monitoren en een eenduidige reactie bij incidenten;
 - Gebruik maken van elkaars expertise.
- Bieden van perspectief: goede afspraken over doorstroom en een focus op mogelijkheden.

De manier waarop de relatie tussen behandelen en begeleiding vorm wordt gegeven in de bevraagde woonvoorzieningen verschilt. Bij de meeste instellingen vindt samenwerking alleen op incidentele basis plaats. Er wordt weliswaar onderschreven dat een meer intensieve samenwerking belangrijk is, maar er wordt een aantal knelpunten benoemd om dit vorm te geven:

Knelpunten

- Logistieke redenen: als cliënten bij veel verschillende zorgaanbieders in zorg zijn is het lastig om bij behandel & begeleidingsplan besprekingen aanwezig te zijn. Ook financieringsstructuren belemmeren soms een goede samenwerking;
- Verschil in visie op dubbele diagnose;
- Cliënten met een dubbele diagnose zijn door hun complexe problematiek en gedrag volgens een aantal respondenten een groep waar vaak niemand verantwoordelijkheid voor wil nemen. Zo gauw ze onder dak zijn in een woonvoorziening verdwijnen ze daardoor bij behandelaren (vaak) uit beeld. De woonvoorziening heeft dan het gevoel dat het probleem bij hen wordt neergelegd, terwijl ze er zijn voor begeleiding en niet voor behandeling. Er moet voor worden gewaakt dat woonvoor-

zoningen niet een 'vergaarbak' worden voor mensen die elders niet goed functioneren, woonvoorzoningen moeten er zijn voor mensen die een hulpvraag hebben op het gebied van wonen en aanvullende problemen;

- Bij een crisis is het vaak moeilijk om iemand opgenomen te krijgen, omdat instellingen niet zitten te wachten op mensen uit deze, vaak complexe, doelgroep;
- Bij zowel benadelaren als begeleiders is vaak niet duidelijk wat de verwachtingen en mogelijkheden over en weer zijn: wat verwachten behandelaars van een woonvoorziening en vice versa? Dit kan lijden tot teleurstellingen en moeilijker contact.

3.2.1 Hoe geef je samenwerking vorm?

Mensen met een dubbele diagnose kampen met complexe, langdurige problematiek. Samenwerking tussen behandelaars vanuit de GGZ en VZ en woonvoorzoningen moet daarom een gestructureerde vorm hebben. Wel kan de vorm van samenwerking verschillen in de verschillende fases in het proces van herstel: bij iemand die in een reguliere BW woont en gereguleerd gebruikt, zal de samenwerking een minder intensief en ander karakter hebben dan bij iemand die vaak kampt met crises en terugval. Van belang is een samenwerking met korte lijnen waarbij beide partijen het gemeenschappelijk belang zien. Voorzoningen die deel uitmaken van een instelling voor GGZ- of verslavingszorg kunnen gemakkelijker gebruik maken van het behandelaanbod van deze instelling, bijvoorbeeld de mogelijkheid van een time-out in een kliniek, of de mogelijkheid dat bewoners gebruik maken van behandelmodules. Juist de voorzieningen die aangewezen zijn op externe partners moeten extra investeren om de samenwerking vorm te geven, zowel zorginhoudelijk als op beleidsniveau.

Uit de inventarisatie komt een aantal aspecten naar voren dat van belang is om een gestructureerde samenwerking tussen begeleiding en behandeling vorm te geven:

Van aanmelding tot plaatsing: stappenplan

Voor de plaatsing in een woonvoorziening is het van belang dat voor alle partijen duidelijk is wat de zorgbehoefte van iemand is: hiermee kan 'verkeerde bedden problematiek' worden voorkomen, dat wil zeggen iemand die in een woonvoorziening zit waar hij of zij intensieve, te weinig, of niet de juiste vorm van begeleiding ontvangt. Hiervoor is een goede indicatiestelling noodzakelijk, die kan verschillen per setting. De overgang vanuit een kliniek zal bijvoorbeeld anders zijn dan vanuit een nachtopvang. Punten waar altijd aan gedacht moet worden zijn:

- Voldoet iemand aan de inclusie- en exclusiecriteria van een voorziening?
- Is duidelijk wat de zorgvraag en eventuele diagnose is?
- Welke woonvoorziening past daarbij?
- Sluit het soort voorziening (groepsvoorziening, individueel, zelfstandig) aan bij de wensen en mogelijkheden van iemand?
- Sluiten de huisregels omtrent gebruik aan bij de wensen en mogelijkheden?
- Heeft het team de juiste kennis en vaardigheden in huis om iemand met een dubbele diagnose problematiek begeleiding te bieden?

Praktijkvoorbeeld

Er is in 2011 een handreiking verschenen voor een woonvormen waar woonbegeleiding wordt geboden aan verslaafde bewoners na een intensieve klinische behandeling (Place & Van Rooijen 2011). De handreiking is gebaseerd op de ervaringen in de BW Hoograven van de SBWU: een beschermde woonvorm waar onder andere cliënten afkomstig uit de Van der Hoeven kliniek verblijven. Om in aanmerking te kunnen komen voor een plek in deze beschermende woonvorm moeten mensen daadwerkelijk toe zijn aan een volgende stap, maar het gaat om mensen die nog te gevoelig zijn voor verslaving om in een reguliere BW te worden geplaatst. Het hieronder beschreven stappenplan is dus specifiek gericht op de overgang van een klinische situatie naar een BW, maar de stappen kunnen meer in het algemeen ook bruikbaar zijn voor aanmelding en plaatsingsprocedures binnen andere situaties, zoals een plaatsing vanuit een andere woonvoorziening, vanuit detentie, of een plaatsing vanuit de MO. In de handreiking wordt het volgende stappenplan voor aanmelding en plaatsing gepresenteerd:

Stap 1. Voorbespreking mogelijke plaatsing: Cliënten die in aanmerking komen voor een overplaatsing naar een beschermende woonvorm worden besproken tijdens een werkoverleg tussen de kliniek en de woonvoorziening. Er gelden een aantal exclusiecriteria en voorwaarden. 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. Kennismakingsgesprek: 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. Intake bij de BW: 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. Definitief besluit plaatsing: Er wordt een definitief besluit genomen over de plaatsing.

Stap 5. Eindevaluatie: 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 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. Gefaseerd instromen: 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. Kennismaking met team: 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. Gezamenlijk plaatsingsgesprek en overdracht: In een gezamenlijk opnamegesprek wordt alles nogmaals doorgesproken. Hierin worden ook de financiën en de papieren 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. In schema:



(Naar Place & Van Rooijen 2011)

Afstemming begeleiding en behandeling: Een geïntegreerd behandel- en begeleidingsplan

Goede afstemming tussen begeleiding en behandeling vraagt om een gestructureerde vorm van overleg waarin duidelijk is wat de taken en verwachtingen over en weer zijn. Het gezamenlijk opstellen en evalueren van begeleidings- en behandelplannen is hiervoor een goede vorm.

Ook zijn er goede ervaringen met een gezamenlijk signaleringsplan, juist omdat het bij deze groep vaak gaat om mensen met langdurige en complexe problematiek die gevoelig zijn voor terugval. Een signaleringsplan dient deel uit te maken van een begeleidings-/behandelplan en is tot stand gekomen door goede afstemming tussen cliënt, begeleiding & behandeling. Bij bijvoorbeeld een terugval kan dit een handvat zijn voor een gezamenlijke evaluatie en richting van handelen. Belangrijk is dat het signaleringsplan echt op die manier in de praktijk wordt gehanteerd en niet 'op de plank blijft liggen'.

Om te komen tot goede begeleiding van bewoners met een dubbele diagnose is het belangrijk continu te investeren in de relatie tussen behandelaren en begeleiders, zodat je bij crisis goed samen kan optrekken. In de inventarisatie is bijvoorbeeld gesproken met een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang die voor een aantal dagen een psychiater en SPV-er in huis heeft. De ervaring daar is dat dit in deze context drempelverlagend werkt voor bewoners om betrokken te worden bij de behandeling en bovendien zorgt het voor goede interne afstemming, bijvoorbeeld bij een crisis.

Ook afspraken over time-out en crisisopnames zijn belangrijk bij de afstemming van begeleiding en behandeling. Voor een woonvoorziening is het vaak lastig om bij een crisis iemand opgenomen te krijgen. Dit terwijl de problematiek van deze groep bewoners vaak te complex is om door woonbegeleiders op te vangen. Er moeten goede afspraken zijn over de mogelijkheden voor tijdelijke opnames en detox, waarbij contact wordt onderhouden met de woonvoorziening, zodat de terugkomst goed verloopt.

Praktijkvoorbeeld samenwerking behandelaren en begeleiding: Bavo Euro-poort Rotterdam

Gefaseerd aanbod:

Bavo Europoort biedt in Rotterdam verschillende woonvormen aan voor dubbele diagnose cliënten. Ze werken nauw samen met het FACT team van dezelfde organisatie. De woonvoorzieningen vormen een gefaseerd aanbod:

- Fase 1 (intensieve begeleiding, actieve verslaving);
- Fase 2 (grotere zelfstandigheid, stabiel gebruik);
- Speciale 'blow voorzieningen'.

Mensen stromen altijd in een 1^{ste} fase woning in en kunnen vanuit daar doorstromen naar de 2^{de} fase. Dit kan 1 maand duren, of veel langer, afhankelijk van de mogelijkheid stabiel te zijn in verslaving en psychiatrische problemen. In een fase 2 woning is het de bedoeling dat mensen gebruik meer onder controle hebben. Bij één locatie is ook een zelfstandige eenheid, waar iemand al meer kan oefenen met zelfstandig wonen. Op deze manier is er een fasegericht woonaanbod voor deze groep met de mogelijkheid tot doorstroom. Doel van de voorzieningen is het bieden van een passende woonvorm voor deze doelgroep door een goede samenwerking tussen begeleiding en behandeling en samenhang in de geboden interventies.

Doelgroep:

De voorzieningen zijn bedoeld voor volwassen mannen met psychiatrische problematiek op as 1 en een hard/softdrug verslaving. Voor verschillende voorzieningen gelden andere criteria met betrekking tot verslaving en psychiatrische problemen:

- Fase 1 woningen: gaat om mensen met actieve verslavingsproblematiek, hier is 24 uur begeleiding aanwezig;

-Fase 2 woningen: bij bewoners moeten zowel de verslavingsproblematiek als de psychiatrie stabiel zijn. Begeleiding is van 7.30 tot 21.30 en mensen moeten in staat zijn zelf de medicatie te beheren;

-In blow woningen mag je wel blowen, maar geen andere middelen gebruiken.

Samenwerking met behandelaren:

Binnen de woonvoorzieningen van Bavo Europort is er nauw contact met behandelaren van het FACT team van dezelfde organisatie. Dit bestaat uit:

- Patiënten van de woonvorm zijn allemaal in zorg bij het lokale FACT team;
- Het FACT team bezoekt dagelijks de woonvormen;
- Wekelijks zijn er groeps gesprekken op de woonvoorziening, begeleid door een behandelaar van het FACT team;
- Wekelijks vindt gezamenlijke casuïstiek bespreking plaats;
- Er wordt gewerkt met een geïntegreerd begeleidings- & behandelplan;
- Woon- en FACT team verzorgen gezamenlijk de intake;
- Woon- en FACT team hanteren een gezamenlijk sanctie & uitzetbeleid;
- Het FACT team verzorgt deskundigheidsbevordering voor het woonteam;
- Alle patiënten worden gescreend & gediagnosticeerd door een jaarlijkse ROM meting.

Gedeelde visie op de samenhang tussen verslaving en psychiatrie en visie op herstel

Om te zorgen voor een eenduidige boodschap naar een bewoner toe is het belangrijk dat een woonvoorziening en behandelaren een eenduidige boodschap uitdragen over de samenhang rond gebruik en psychiatrie. Het is bijvoorbeeld niet wenselijk dat een woonvoorziening een restrictief beleid op het gebied van middelen hanteert, terwijl de behandeling inzet op het bespreekbaar maken van middelen en gecontroleerd gebruik.

Daarnaast is een gedeelde visie op perspectief en herstel van belang om te zorgen dat de nadruk in de begeleiding blijft op herstel en het bieden van perspectief. De financiële structuur, maar ook de beheersbaarheid van voorzieningen kan leiden tot zogenaamde 'perverse prikkels': iemand stroomt dan bijvoorbeeld niet door naar zelfstandig wonen omdat een woonvoorziening gebaat is bij meer stabiele cliënten voor groepsdynamiek, of bij een volledige bezettingsgraad. Behandelaren kunnen geneigd zijn iemand 'te laten zitten waar hij zit' als de situatie rustig is. Zowel behandelaren en begeleiders kunnen door goede samenwerking zorgen dat cliënten worden ondersteund vanuit de visie van herstel en het bieden van perspectief. Dit betekent dat er oog moet zijn voor de ontwikkeling en mogelijkheden van cliënten: is er de mogelijkheid dat iemand doorstroomt naar een andere voorziening die mogelijk beter aansluit, of naar zelfstandig wonen? De wensen en doelen van bewoners/ cliënten zelf staan daarbij centraal.

In het kort:

Goede samenwerking tussen behandeling en begeleiding is om de volgende redenen van belang:

- Bij instroom: juiste diagnose is belangrijk voor goede plaatsing;
- Tijdens de begeleiding: eenduidige boodschap naar cliënt/ bewoner & voorkomen van escalaties;

- Bieden van perspectief: goede afspraken over doorstroom en een focus op mogelijkheden.

Een goede samenwerking vraagt om korte lijnen waarbij alle betrokken partijen zijn gefocust op het gemeenschappelijk belang. In praktijk vraagt dit om:

1. Zorgvuldige plaatsing:

Een goede indicatiestelling waarbij aandacht is voor de volgende vragen:

- Voldoet iemand aan de inclusie- en exclusiecriteria van een voorziening?
- Is duidelijk wat de zorgvraag en eventuele diagnose is?
- Welke woonvoorziening past daarbij?
- Sluit het soort voorziening (groepsvoorziening, individueel, zelfstandig) aan bij de wensen en mogelijkheden van iemand?
- Sluiten de huisregels omtrent gebruik aan bij de wensen en mogelijkheden?
- Heeft het team de juiste kennis en vaardigheden in huis om iemand met een dubbele diagnose problematiek begeleiding te bieden?

Om te zorgen voor een warme overdracht vanuit een andere voorziening kan gebruik gemaakt worden van het stappenplan zoals beschreven op blz. 28.

2. Goede afstemming tussen begeleiding en behandeling:

Een goede samenwerking tussen behandeling en begeleiding komt tot stand door:

- Een geïntegreerd behandel en begeleidingsplan dat door alle betrokken partijen (begeleider, behandelaar & cliënt) wordt ondertekend en dat regelmatig wordt geëvalueerd in aanwezigheid van deze partijen;
- Werken met een gezamenlijk signaleringsplan;
- Continue afstemming en contact tussen begeleiders en behandelaren;
- Duidelijke afspraken over time-outs, detox en crisisopnames: tijdens een opname moet het contact met een woonvoorziening worden behouden zodat de terugkomst goed verloopt.

3. Een gedeelde visie op psychiatrie, verslaving & herstel:

Een eenduidige visie op de samenhang tussen gebruik en psychiatrie, vanuit de visie van herstel zorgt voor een eenduidige boodschap naar bewoners. Bovendien kan het voorkomen dat de nadruk blijft liggen op ondersteuning van herstel en het bieden van perspectief en niet op beheersbaarheid en stabiliteit.

3.3 Samenwerking binnen de regio

Afspraken over toegankelijke plekken voor mensen met een dubbele diagnose

Zoals hierboven geschetst is het van belang dat er een woningaanbod is voor cliënten met een dubbele diagnose dat aansluit op hun wensen en mogelijkheden en waarin in de begeleiding aandacht is voor de samenhang tussen de psychiatrische problemen van bewoners en hun gebruik. Dat vraagt om een 'gedifferentieerd' aanbod van woonvoorzieningen. Maar niet elke instelling hoeft natuurlijk alle soorten woonvoorzieningen zelf aan te bieden: goede afstemming in de regio over voorzieningen, onderlinge overplaatsing, doorstroom en helderheid over in- en exclusie criteria zijn dan van belang. Ook behandelaren hebben behoefte aan een dergelijk overzicht, zodat ze weten waar ze mogelijk een

cliënt kunnen plaatsen. Voor een dergelijk overzicht is afstemming in de regio gevraagd, mogelijk kunnen centrumgemeenten hierin een leidende rol spelen (zie plan van aanpak).

Samenwerking andere ketenpartners

Als het gaat om ketenpartners zijn niet alleen andere woonaanbieders en behandelinstellingen relevant. Omdat het gaat om een complexe groep is ook een goede afstemming met politie, woningbouwcoöperaties, GGD, jeugdzorg, reclassering etc. van belang. Om dit vorm te geven zijn inmiddels in verschillende gemeentes ervaringen opgedaan met overlegstructuren. Een voorbeeld hiervan zijn de lokale zorgnetwerken in Rotterdam:

Praktijkvoorbeeld overleg in de regio: Lokale Zorgnetwerken Rotterdam

De lokale zorgnetwerken (LZN) in Rotterdam bieden hulpverlening aan mensen met complexe problemen, die vragen om intensieve samenwerking tussen hulpverlenende instanties. Doel is de hulp te bieden zo vroeg mogelijk en zoveel mogelijk in de directe leefomgeving van de cliënt. De lokale zorgnetwerken worden gecoördineerd door de GGD. Per wijk kan het verschillen welke partijen vertegenwoordigd zijn in een LZN, vaak gaat het om:

- Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg;
- Wijkpolitie;
- Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW);
- Woningcorporaties;
- Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SoZaWe);
- Gespecialiseerde thuiszorg;
- Ouderenwerk.

Daarnaast onderhoudt het netwerk goede contacten met andere zorgverleners of organisaties in de wijk, zoals huisartsen en bewonersverenigingen, maar ook met partners buiten de wijk. Zij kunnen snel en effectief worden ingeschakeld als de problematiek van een cliënt dat vereist. Omgekeerd kunnen deze instellingen het Lokale Zorgnetwerk vroegtijdig attenderen op mensen in de wijk met wie het niet goed gaat.

Elk Lokaal Zorgnetwerk bestaat uit een coördinator, een kerngroep van hulp- en dienstverleners uit de wijk en de nodige contacten met andere zorgverleners en instellingen in en buiten de wijk. De kerngroep vormt de spil van het netwerk. Zij komt regelmatig bijeen om nieuwe aanmeldingen te bespreken om een gezamenlijk Plan van Aanpak op te stellen. Ook bewaakt de kerngroep de uitvoering van de Plannen van Aanpak en past ze aan, indien nodig. Het contact met een cliënt wordt pas afgesloten wanneer begeleiding niet meer nodig is, of wanneer de zorg is overgedragen aan één hulpverleningsinstantie.

(bron: factsheet LZN, GGD Rotterdam Rijnmond 2007)

Meer informatie over lokale zorgnetwerken:

- www.ggdrotterdamrijnmond.nl;
- Henskens, R & T. de Krijger (2009). *Koersen op coördinatie. Kwaliteit en effectiviteit van ketenzorg binnen de Rotterdamse lokale zorgnetwerken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

3.4 Wijkgerichte samenwerking

Een wijkgerichte samenwerking is van belang bij het bieden van een goede woonbegeleiding aan cliënten met een dubbele diagnose. Gedoeld wordt dan op een benadering die niet alleen afstemming met (zorg)ketenpartners omvat, maar ook een goede inbedding in de buurt. Eenzaamheid wordt door veel respondenten in de inventarisatie benoemd als een van de knelpunten in de begeleiding van deze groep. Een goede inbedding in de wijk is van belang om vorm te kunnen geven aan doelen op levensgebieden als dagbesteding, sociale contacten en zingeving.

Gedacht kan worden aan activiteiten in de wijk, zoals buurtbarbecues, een voetbaltoernooi en werkprojecten in de wijk. Maar ook contact met reguliere zorginitiatieven op wijkniveau zijn belangrijk, zodat deze contacten er zijn als iemand de stap maakt naar meer zelfstandig wonen. In het plan van aanpak dak- en thuislozen (Rijk, 2011) wordt dit punt genoemd omdat het ontbreken van een sociaal netwerk een van de risicofactoren is voor het ontstaan van dakloosheid. Maatschappelijke steunsystemen zijn een van de methodieken om hier vorm aan te geven. Meer informatie over MSS is te vinden in hoofdstuk 7.

3.5 Samenvattend

Bij het bieden van een begeleidingstraject moet het uitgangspunt zijn om aan te sluiten bij het herstelproces van de cliënt: doorstromingsmogelijkheden zijn hiervoor essentieel, maar in de praktijk vaak nog een knelpunt. Noodzakelijk is een goede afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij deze groep cliënten: omdat het vaak gaat om complexe problematiek zijn dit naast behandelaren vaak ook reclassering, politie, jeugdzorg, de GGD etc.

Tussen behandelaren en woonbegeleiding is een structurele samenwerking noodzakelijk met korte lijnen, vastgelegd in een geïntegreerd behandel/ begeleidingsplan. Deze samenwerking kan een meer of minder intensief karakter hebben, afhankelijk van de aard van de problematiek. Ook bij plaatsing is een goede afstemming en overdracht van belang.

Samenwerking met andere partners in de regio en op wijkniveau kan zorgen voor een betere afstemming en doorstroom, waardoor de toegankelijkheid van voorzieningen voor deze groep cliënten zal toenemen. Hiermee wordt ook de mogelijkheid deze groep bewoners ondersteuning te bieden, gericht op mogelijkheden en het bieden van perspectief, vergroot.

4 Deskundig team

4.1 Inleiding

Zowel binnen de GGZ als binnen de verslavingszorg is vaak te weinig kennis aanwezig om cliënten met een dubbele diagnostiek goed te behandelen. Een geïntegreerde aanpak, met een multidisciplinair team dat zowel over kennis met betrekking tot verslaving als psychiatrie beschikt, is daarom gewenst. In hoofdstuk 2 is hiervoor het IDDT model geïntroduceerd dat handvatten biedt een dergelijke aanpak vorm te geven. Niet alleen binnen behandelteams, maar ook binnen woonvoorzieningen vraagt de groep bewoners met een dubbele problematiek om personeel dat geschoold is in zowel verslaving als psychiatrie als ook in de samenhang hier tussen. Maar voor het samenstellen van een deskundig team is meer nodig: het vraagt ook affiniteit van de medewerkers met de doelgroep en een gedeelde visie op dubbele diagnose problematiek.

4.2 Samenstelling van een deskundig team

Samenstelling

Bij de samenstelling van een deskundig team voor een dubbele diagnose woonvoorziening zijn de volgende punten van belang:

- Inzetten van een multidisciplinair team: Dit is binnen woonvormen voor mensen met een dubbele diagnose van belang omdat bewoners kampen met problemen op verschillende levensgebieden. Speciale aandacht hierbij moet uitgaan naar de aanwezigheid van expertise over verslaving en psychiatrie (en de onderlinge samenhang) in het team. In een team dat georiënteerd is op GGZ problematiek kan dat door het aanstellen van een verslavingsdeskundige, in een woonvoorziening binnen de verslavingszorg moet gewaarborgd worden dat kennis over psychopathologie voldoende is gewaarborgd.
- Inzet van ervaringsdeskundigen: zij spreken 'dezelfde taal' en bieden hoop en perspectief. Dit onderwerp wordt nader toegelicht in hoofdstuk 6.
- Specifiek (hoger) opgeleid personeel: De ervaring is dat de zwaarte van de doelgroep binnen woonvoorzieningen toeneemt, onder andere door de wijzigingen in financieringsstructuren. Dit vraagt ook om meer hoger opgeleid personeel zoals SPV-ers die bijvoorbeeld ook een rol kunnen spelen op het gebied van verslavingscounseling (deze zou ook bijvoorbeeld op consultatie basis kunnen werken).
- Gevarieerd team: om aan te sluiten bij bewoners van een voorziening is pluriformiteit van belang. De teamleden beschikken over verschillende eigenschappen en vaardigheden waardoor op verschillende manieren contact met bewoners kan worden gelegd en medewerkers elkaar hierin aanvullen.

Basiskwaliteiten

Het werken in een woonvoorziening waar mensen met een dubbele diagnose verblijven vraagt om een aantal specifieke vaardigheden van het personeel, waarbij de samenstelling van een team, maar ook door training en onderlinge feedback aandacht aan moet worden besteed:

- Affiniteit met de doelgroep: medewerkers moeten in staat zijn en gemotiveerd zijn om te werken met een groep waar het bij vorderingen vaak gaat om kleine stappen en in staat zijn te werken met een doelgroep die regelmatig kampt met terug-

val. Bovendien moeten ze de visie van de woonvoorziening rond dubbele diagnose onderschrijven, bijvoorbeeld als het gaat om het tolereren van gebruik.

- Vaardig zijn in het benaderen van deze doelgroep: medewerkers moeten in staat zijn om te balanceren tussen het bieden van duidelijke kaders om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen en tegelijkertijd bewoners niet te dicht op de huid te zitten omdat dit vaak vooral weerstand oproept. Het gaat ook om het balanceren om het behouden van deze afstand maar tegelijkertijd nabij kunnen zijn en op een gelijkwaardige manier bewoners het gevoel te kunnen geven er voor ze te zijn en echt te luisteren. Het gaat om het betrekken van cliënten zonder ze te overvragen.
- Attitude: in het omgaan met bewoners moeten begeleiders niet alleen kijken naar gedrag, maar ook steeds de vraag stellen waarom iemand iets doet, bijvoorbeeld waarom iemand gebruikt. Een begeleider moet oog hebben voor het verleden en heden van bewoners en hierover in gesprek gaan. Juist bij een groep cliënten die vaak moeilijkheden heeft in het aangaan van relaties kan dit van groot belang zijn.
- Reflecteren op eigen handelen: Begeleiders moeten in het werken met deze groep soms hun eigen referentiekader kunnen loslaten en de keuzes van bewoners, ook het lijden wat daarbij komt, kunnen accepteren. Het is van belang dat begeleiders zich bewust zijn van de vraag wat dat met hen zelf doet en wat de motivatie is voor het handelen. Soms betekent begeleiden ook iets niét doen.

In het kort

De volgende vragen kunnen van belang zijn bij het samenstellen van een deskundig team:

- Wat is de doelgroep en doelstelling van een voorziening?
- Welke specifieke expertise is daarvoor nodig?
 - Is het team multidisciplinair: heeft het voldoende kennis en vaardigheden in huis om bewoners op verschillende levensgebieden te ondersteunen?
 - Is er voldoende specifieke kennis in huis over psychiatrie en/ of verslaving en de samenhang hier tussen?
 - Is het inzetten van een ervaringsdeskundige een meerwaarde voor het team? Waarom wel/ niet?
- Hebben medewerkers affiniteit met de doelgroep van de voorziening?
- Zijn medewerkers in staat om bewoners te begeleiden met de juiste attitude? Bijvoorbeeld door het afwisselen tussen het bieden van duidelijke kaders om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen en tegelijkertijd bewoners niet te dicht op de huid te zitten omdat dit vaak weerstand oproept?

Meer info:

In *'De stap naar buiten'* (Place & Van Rooijen 2011) wordt verslag gelegd van een onderzoek naar een woonvorm die onderdak biedt aan mensen die een klinische intensieve behandeling hebben ondergaan. Hierin wordt ook veel aandacht besteed aan het samenstellen van een deskundig team en de kwaliteiten waar medewerkers aan moeten voldoen.

4.3 Ondersteuning van personeel

Intervisie

Om te komen tot een deskundig team is het ondersteunen van het personeel van belang. Wat hebben medewerkers nodig om te werken in een woonvoorziening? Er moet aandacht zijn voor het voorkomen van 'zorgverlamming'. Soms gaat het werken met mensen met een dubbele diagnose gepaard met negatieve ervaringen zoals uitschelden, maar ook de vaak maar kleine vorderingen die bewoners maken en de regelmatige terugvallen kunnen voor medewerkers leiden tot frustratie. In het team moet hiervoor aandacht zijn. Van belang is een veilige omgeving waar je als medewerker ook dilemma's in het verlenen van ondersteuning kan bespreken, bijvoorbeeld door middel van intervisie.

Scholing

Zowel in het ondersteunen van personeel als in het bieden van kwalitatief goede begeleiding is scholing van belang. In de huidige woonvoorzieningen is nog veel te verbeteren op het gebied van de kennis over psychiatrie en verslaving en de samenhang daartussen. Meer scholing op dit gebied kan helpen een slag te slaan in het werkelijk bieden van op het individu afgestemde begeleiding omdat medewerkers dan meer inzicht hebben in de problematiek van bewoners. Ook is het van belang dat een omgeving wordt gecreëerd waar van elkaar, maar ook van de bewoners, kan worden geleerd. Op het gebied van verslaving hebben bewoners bijvoorbeeld zelf vaak veel expertise. Opvallend is dat nog in weinig instellingen specifieke training wordt aangeboden op het gebied van dubbele diagnostiek. Wel wordt gesignaleerd dat het aanbod hiervoor niet altijd aansluit: omdat woonbegeleiders veelal een MBO niveau hebben, sluiten niet alle trainingen aan.

Lerende organisatie

Bij scholing is het belangrijk na te denken over de manier waarop kennis in een organisatie wordt behouden. Mogelijkheden om dit te doen zijn:

- Delen van expertise binnen de instelling: in de inventarisatie is gesproken met een team dat veel affiniteit en ervaring heeft met het begeleiden van mensen met een dubbele diagnose. Dit team deelt deze kennis door het bieden van supervisie aan andere teams, ook kunnen teams met vragen rond dubbele diagnose bij hen terecht. De ervaring is dat dit team instellingsbreed een voorbeeldfunctie heeft. Ze maken bijvoorbeeld de angst die vaak leeft voor gebruikende bewoners bespreekbaar.
- Samenwerking met behandelaren: een goede samenwerking tussen behandelaren en woonbegeleiding kan ook inhouden dat kennis over en weer wordt uitgewisseld. Woonbegeleiders hebben veel kennis en zicht op het dagelijkse functioneren van bewoners, behandelaren kunnen hun kennis over psychiatrie en verslaving delen, bijvoorbeeld door het geven van psycho-educatie aan woonbegeleiders of woonbegeleiders kunnen aanschuiven bij intervisie bijeenkomsten.
- Visie op verslaving en psychiatrie: uit de ervaringen die zijn opgedaan door het LEDD en het Trimbos-instituut met het implementeren van geïntegreerd behandelen wordt duidelijk dat alleen scholing niet genoeg is om te komen tot een degelijke aanpak van dubbele diagnostiek. Belangrijk is ook dat er binnen een instelling een gedeelde visie is op verslaving en psychiatrie. Hiervoor is vaak meer nodig dan een scholingsaanbod alleen: het vraagt vaak om een cultuuromslag in het denken en werken met mensen die zowel kampen met verslavings- als psychiatri-

sche problemen. In hoofdstuk 5 wordt dieper ingegaan op de stappen die nodig zijn bij een dergelijk veranderings- of implementatietraject.

Meer informatie over scholing

- Het landelijk expertise centrum dubbele diagnose (LEDD) biedt verschillende cursussen aan op het gebied van dubbele diagnose en motiverende gespreksvoering die ook geschikt zijn voor woonbegeleiders: www.ledd.nl.
- Stichting Mainline, een organisatie voor harm reduction, heeft een specifieke cursus ontwikkeld voor RIBW's over middelen en psychiatrie: www.mainline.nl.
- Op www.ledd.nl is diverse informatie te downloaden over geïntegreerd werken dat een scholingsaanbod kan ondersteunen. o.a.:
 - Toolkit IDDT
 - Werkboek IDDT
 - Poster 'Fasegericht werken'

5 Implementatie van een gespecialiseerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose

5.1 Inleiding

Het vormgeven van een woonaanbod specifiek toegesneden op mensen met een dubbele diagnose is te beschouwen als een implementatie- of veranderproces. Met het implementeren van een meer geïntegreerd behandelaanbod binnen VZ en GGZ instellingen is inmiddels veel ervaring opgedaan. In dit hoofdstuk benoemen we de stappen die belangrijk zijn in een dergelijk implementatieproces die ook relevant zijn bij het verder vormgeven van gespecialiseerd woonaanbod voor dubbele diagnose cliënten. Hierbij maken we gebruik van de *'Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten'*, die tegelijkertijd met deze handreiking verschijnt en is terug te vinden op www.ledd.nl.

5.2 Het implementatie of veranderproces

In de *'Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten'* worden schematisch alle stappen bij het implementeren van een geïntegreerd zorgaanbod voor dubbele diagnose cliënten aangegeven. De stappen in dit schema kunnen ook van belang zijn bij het ontwikkelen van een specifiek woonaanbod voor deze groep. Hieronder zijn de stappen aangepast en kort toegelicht.

Belangrijk is dat het bij dergelijke veranderprocessen niet alleen gaat om het organisatorisch vormgeven van een gedifferentieerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose, maar ook om het vormgeven aan de inhoud van de begeleiding. Deel II van deze handreiking gaat daar dieper op in.

Alle stappen van het implementatieproces in vogelvlucht



A. De start

De uitgangssituatie van organisaties die aan het begin staan om een specifiek aanbod voor mensen met een dubbele diagnose te ontwikkelen, hebben vaak nog een traditionele benadering van deze problematiek. Verslaving wordt bijvoorbeeld als exclusie criterium gehanteerd, of mensen met verslavingsproblematiek worden standaard in woonvoorzieningen binnen de laagdrempelige maatschappelijke opvang geplaatst. De impuls om na te denken over een andere manier om met deze groep bewoners om te gaan is vaak afkomstig van een min of meer gedwongen 'onderbreking' in de dagelijkse gang van zaken. Bij woonvormen gaat het dan bijvoorbeeld om een hoog personeelsverloop, veel uitplaatsingen of agressie-incidenten of een veranderende populatie binnen de bestaande beschermde woonvormen.

B. Consensus bereiken

In deze fase staat het afwegen van de voor- en nadelen van het opstarten/ implementeren van een specifiek woningaanbod voor dubbele diagnose centraal. Ook moet er in kaart worden gebracht wat de vragen, zorgen en aandachtspunten zijn van de diverse betrokkenen. In deze fase kan het waardevol zijn om ervaringen en informatie in te winnen bij collega-instellingen en/of een expertisecentrum. Deze activiteiten dragen bij om duidelijkheid te krijgen over de mogelijkheden om een gespecialiseerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose op te zetten. Contact leggen met instellingen die dezelfde weg hebben afgelegd heeft als groot voordeel dat niet dezelfde fouten worden gemaakt die zij mogelijk gemaakt hebben.

C. Motiveren

Na afronding van de vorige stappen gaat het er nu om medewerkers te motiveren voor invoering van een specifiek dubbele diagnose woningaanbod. Het aanstellen van een interne aandachtsfunctionaris die het proces monitort en de voortgang bewaakt is hierbij een belangrijke stap. Maar ook andere betrokken organisaties, zoals ketenpartners en maatschappelijke organisaties moeten betrokken worden om mee te denken over de mogelijkheden van het opzetten van een specifiek woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose in de regio. Belangrijke partners zijn bijvoorbeeld andere aanbieders van woonbegeleiding, woningbouwverenigingen, de gemeente, verslavingszorg- en GGZ instellingen, de politie en de GGD. Belangrijk is om te komen tot een sluitend woonaanbod in de regio voor deze groep: alle niveaus van de woonladder moeten ook voor deze groep cliënten toegankelijk zijn. Goede onderlinge afstemming en afspraken over samenwerking zijn daarbij belangrijk. Onderling moet worden uitgesproken wat de verwachtingen zijn van elkaar en welke taak een ieder op zich kan nemen. In hoofdstuk 3 wordt dieper ingegaan op de samenwerking met ketenpartners.

D. Implementeren

In deze fase wordt gestart met het aanbieden van een fasegericht woonaanbod aan dubbele diagnose cliënten en worden afspraken gemaakt met de verschillende betrokken partners over de taakverdeling en samenwerkingsvormen. Ook hierbij speelt de aandachtsfunctionaris een belangrijke rol. Dit is ook het moment dat er wordt gekeken naar de samenstelling van een team en teamleden deelnemen aan deskundigheidsbevordering om de begeleiding aan mensen met een dubbele diagnose ook inhoudelijk vorm te geven. Ook het informeren en voorlichten van de woonomgeving is van groot belang om de weerstand die er waarschijnlijk is te minimaliseren. In hoofdstuk 4 wordt dieper ingegaan op deskundigheidsbevordering.

E. Behouden

In alle vorige stappen was de instelling bezig met een verandertraject waarin het ontwikkelen van een gespecialiseerd woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose centraal stond. Nu is het van belang dit verder vorm te geven, uit te rollen en te verbeteren. Belangrijk is alert te zijn voor veranderingen die de bereikte resultaten in gevaar kunnen brengen. Te denken valt aan zaken als: uitbreiding van de organisatie, fusies, personeelwisselingen, het verlies van belangrijke voortrekkers, veranderingen in financieringsstromen, en veranderingen in de managementlaag. Het is een grote uitdaging om ondanks dergelijke 'bedreigingen' de bereikte verandering te behouden. De projectleiding en het management spelen daarin een belangrijke rol.

Meer informatie

De *'Handreiking geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten'* is te downloaden op www.ledd.nl.

Deel II: het inhoudelijk vormgeven van begeleiding

In dit deel gaan we in op het inhoudelijk vormgeven aan de woonbegeleiding van mensen met een dubbele diagnose die wonen in verschillende woonvormen.

In hoofdstuk 6 wordt gestart met een vraag die steeds weer terugkomt als het gaat om dit onderwerp: hoe ondersteun je bewoners in hun individuele herstelproces, welke dilemma's komen hierbij kijken en hoe is hiermee om te gaan?

In hoofdstuk 7 wordt dieper ingegaan op de inhoud van de begeleiding.

Hoofdstuk 8 gaat ten slotte in op de onderwerpen die specifiek van belang zijn bij de woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose: hoe kan er aandacht worden besteed aan de samenhang tussen verslaving en psychiatrische problemen en hoe kan er omgegaan worden met de problemen die dit soms met zich meebrengt op het gebied van veiligheid en beheersbaarheid.

6 Vormgeven aan herstelgeoriënteerde ondersteuning

6.1 Inleiding

Herstelgeoriënteerde zorg is een principe dat op verschillende manieren wordt vertaald binnen zorg en welzijn en op veel draagvlak lijkt te kunnen rekenen. Zo wordt in het nieuwe *plan van aanpak dak- en thuislozen* (Rijk, 2011) gesproken over methoden die eigen kracht en herstel bevorderen. Ook in het visiedocument van GGZ Nederland '*Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap*' (2009) wordt gepleit voor een zorg waarbij herstel het leidende principe is. Het gaat dan om principes als een focus op de cliënt, om het herwinnen van regie en om het herstel van sociale en maatschappelijke rollen. Ook tijdens de inventarisatie die voor deze handreiking is verricht onder woonvoorzieningen was er consensus over het belang van dit principe in het geven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose. Het bleek echter ook dat de invulling van begrippen als herstel, cliënt centraal en presentie in de praktijk sterk kan verschillen en dat veel voorzieningen nog zoekende zijn deze principes vorm te geven, bijvoorbeeld omdat ze in de dagelijkse praktijk sterk gericht zijn op de beheersbaarheid van gebruik. In dit hoofdstuk gaan we daarom in op het principe van herstel als visie en op een aantal veel gehanteerde methodieken die ondersteunend kunnen zijn om vervolgens in de praktijk vorm te geven aan herstelgeoriënteerde zorg. Ook gaan we in op een aantal dilemma's waar in de praktijk mee wordt geworsteld.

6.2 Herstel als visie

In dit hoofdstuk hanteren we de term herstelgeoriënteerde zorg om een manier van hulpverleners aan te duiden die gericht is op het ondersteunen van iemands subjectieve proces van herstel: het herstellen van zijn of haar sociale rollen, vanuit zijn of haar wensen met oog voor zijn of haar levensverhaal. Herstelgerichte zorg is daarmee meer dan een manier van werken: het is een visie die uitgaat van specifieke waarden over het bieden van hulp en ondersteuning en over de positie van de 'hulpvrager' in dit proces. In deze paragraaf gaan we dieper in op deze overkoepelende visie op herstel. Hiermee onderscheiden we dit principe van verschillende vormen van methodisch werken die herstelondersteunend kunnen zijn. Herstelgericht werken is immers niet zozeer afhankelijk van het juist toepassen van een methodiek, maar veel meer van de manier waarop dat wordt gedaan: vanuit de principes en waarden van herstelgericht werken, met de juiste attitude van hulpverleners en met aandacht voor de positie die bewoners zelf innemen in dit proces.

Rond de zorg en behandeling van mensen met een dubbele diagnose is in Nederland het perspectief vaak vooral gericht op behandeling in enge zin: het verminderen van symptomen en het genezen van verslaving, ambulante of klinisch. Door de vaak acute problemen ligt in de praktijk bovendien de nadruk vaak op beheersing en veiligheid. Herstel wordt dan vaak beschreven in objectieve termen: het verminderen van symptomen en objectieve maten als hoeveelheid gebruik en het bereiken van abstinentie (Dröes 2012). De vaak complexe problemen waar mensen mee kampen vraagt echter ook om behandeling in brede zin: een breder perspectief met aandacht voor alle levensgebieden en met een focus op herstel en het bieden van perspectief. Herstel heeft dan een subjectieve betekenis: het herwinnen van regie over het eigen leven, zingeving en het herstel van rollen (ibid). De nadruk ligt dan op iemands mogelijkheden en niet op beperkingen, de focus op iemands kracht en kwaliteiten en niet op problemen. Juist woonvoorzieningen zouden een leidende rol kunnen nemen om dit perspectief van herstel juist voor

cliënten met een dubbele diagnose verder vorm te geven: woonbegeleiding focust zich immers juist op die gebieden waar dit meer subjectieve proces van herstel plaatsvindt. Bijvoorbeeld dagbesteding, herwinnen van regie en contact met familie.

Omslag in perspectief

Om herstelgeoriënteerde zorg vorm te kunnen geven is naast de focus op het meer subjectieve begrip herstel het nodig dat in de organisatie van het zorgaanbod het perspectief verschuift: van een paradigma gericht op het terugdringen van stoornissen, naar een paradigma gericht op het bieden van ondersteuning van herstel (Hendriksen e.a., 2012). Dit vraagt van een organisatie meer dan het implementeren van een nieuwe methodiek. Het vraagt om het ontwikkelen van een herstelgericht perspectief dat gedragen wordt door de hele organisatie: op de werkvloer én door het management, door medewerkers én door cliënten en bewoners. Het vraagt ook om veranderingen in de processen van organisaties: bijvoorbeeld de manier waarop beslissingen worden genomen, begeleidingsplannen worden opgesteld en teams worden samengesteld. Alleen dan kan er daadwerkelijk een verschuiving plaatsvinden in de manier waarop ondersteuning geboden wordt. Ervaringsdeskundigen en cliënten zelf kunnen hierbij een belangrijke rol spelen.

Basisvaardigheden medewerkers

Herstelgericht werken krijgt vorm in de relatie tussen bewoners en medewerkers. De bewoner heeft de regie over zijn eigen herstelproces: begeleiders kunnen daarbij ondersteunend zijn. Dit kan betekenen dat de rol van begeleiders verandert en er ook andere kwaliteiten van medewerkers worden gevraagd. In hoofdstuk 4 worden een aantal basisvaardigheden van medewerkers binnen woonvoorzieningen, waar mensen met een dubbele diagnose wonen, genoemd. Bij het bieden van ondersteuning met cliënten met een dubbele diagnose is vooral van belang om oog te hebben voor de vraag waarom iemand gebruikt. Wat is de plek van gebruik in iemands levensverhaal? Als het gaat over het vormgeven van herstelondersteunend werken zijn verder de volgende principes van belang:

Vaardigheden medewerkers

Hoe geef je als hulpverlener vorm aan herstelgeoriënteerde zorg? Er zijn een aantal kenmerken van herstelondersteunde zorg geformuleerd (Plooi en Dröes 2011):

- De hulpverlener heeft een attitude van **hoop** en optimisme;
- De hulpverlener is **present** (aandachtig aanwezig) en gebruikt zijn professionele referentiekader op een terughoudende en **bescheiden** wijze;
- Maakt ruimte voor, ondersteunt het maken van en sluit aan bij het **eigen verhaal** van de cliënt;
- Herkent en stimuleert het benutten van eigen kracht van de cliënt (**empowerment**) zowel individueel als collectief;
- Erkent, benut en stimuleert de **ervaringskennis/deskundigheid** van de cliënt;
- Erkent, benut en stimuleert de ondersteuning van de cliënt door **belangrijke anderen**;
- Is gericht op het **verlichten van lijden en en het vergroten van eigen regie/autonomie**.

Positie van bewoners

Grip krijgen op het eigen herstelproces vraagt om het terugwinnen van regie op het eigen herstelproces, voor het verschuiven van identiteit van 'cliënt' naar burger. Het gaat om herstel van rollen met aandacht voor wie iemand is, wat iemand kan, wat iemands

dromen zijn en wat het levensverhaal is. Binnen woonvoorzieningen vraagt dit om een positie van bewoners die uitgaat van gelijkwaardigheid en respect. Dit kan zorgen voor een verschuiving in de relatie hulpverlener – bewoner: niet alleen door het inzetten van ervaringsdeskundigen maar ook door respect te hebben en gebruik te maken van de kennis die bewoners zelf vaak hebben over wat ze willen, kunnen en nodig hebben. Het kan dat bewoners meer zeggenschap krijgen binnen een voorziening en dat hulpverleners in praktijk soms ook niets doen betekent.

In het kort

- In de praktijk ligt bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose vaak de nadruk op het reduceren van symptomen en op beheersing en veiligheid. De complexe problemen waar veel mensen mee kampen vraagt echter om een meer holistisch perspectief met aandacht voor alle levensgebieden en met een focus op herstel. Woonvoorzieningen kunnen hierin een voortrekkersrol vervullen.
- Herstelgeoriënteerde zorg is eerst en vooral een visie die uitgaat van een aantal waarden en principes. Het gaat om een manier van verlenen van zorg die gericht is op het herwinnen van regie over het eigen leven, zingeving en het herstel van rollen. Randvoorwaarden hiervoor zijn:
 - Een verschuiving in perspectief binnen een organisatie die gedragen wordt op álle niveaus, door medewerkers én bewoners;
 - Een specifieke houding van medewerkers om herstelgeoriënteerde zorg vorm te geven;
 - Een positie van bewoners binnen een voorziening die is gebaseerd op gelijkwaardigheid en respect, waarbij gebruik wordt gemaakt van de kennis die mensen zelf hebben over het eigen herstelproces.

6.3 Vormgeven aan herstelgeoriënteerde zorg: methodisch werken

Hoewel herstelgericht werken veel meer een visie op het verlenen van zorg is als een methodiek, zijn er wel degelijk een aantal methodieken te noemen die handvatten kunnen geven deze houding vorm te geven en hier op te reflecteren. Het belang hiervan is dat het handelen op die manier ook wordt gelegitimeerd en je er als hulpverlener op kan reflecteren, bijvoorbeeld door middel van intervisie. Het werken met mensen met een dubbele diagnose wordt vaak als lastig omschreven, bijvoorbeeld omdat het gaat om een groep die vaak terugvalt en het bij de herstelprocessen vaak gaat om kleine stapjes. Bovendien brengt gebruik en de problematiek daaromheen soms agressie en criminaliteit met zich mee. Ook vanuit hulpverlenersperspectief is het daarom van belang om methodisch vorm te geven aan het handelen. Hieronder noemen we aantal methodieken die ook in de inventarisatie naar voren kwamen.

In het kort:

- Voorwaarde voor het inhoudelijk vormgeven aan herstelgeoriënteerde zorg is een organisatie van het zorgaanbod dat hierop aansluit: ruimte voor individueel maatwerk en het voorhanden zijn van voldoende gedifferentieerde woonvoorzieningen waar cliënten met een dubbele diagnose welkom zijn;
- Methodisch handelen is van belang om herstelgeoriënteerde zorg vorm te geven: uitwisselingen van methodieken kan winst opleveren.

6.3.1 Herstel Ondersteunende Zorg (HOZ)

In dit hoofdstuk hanteren we het begrip herstelgeoriënteerde zorg om een manier van ondersteuning aan te duiden waarin het perspectief van de bewoner of cliënt centraal staat en ondersteuning gericht is op zijn of haar herstelproces. Voor het begrip herstel zijn verschillende definities in omloop. Een veel geciteerde is van Anthony (1993):

"Een zeer persoonlijk en uniek proces van verandering in iemands opvattingen, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en/of rollen. Het is een manier van leven, van het leiden van een bevredigend, hoopvol en zinvol leven met de beperkingen die de psychische klachten met zich mee brengen. Herstel betreft het ontgroeien van de rampzalige gevolgen van de aandoening en de ontwikkeling van een nieuwe betekenis en een nieuw doel in iemands leven. "

Herstel is dus een subjectief proces niet gericht op beter worden, maar op het opnieuw grip krijgen op het leven en herstel van sociale rollen in het kader van je iemands levensverhaal. Herstelondersteunende zorg is dan alle zorg die gericht is op het bevorderen van iemands eigen herstelproces en het bieden van ruimte hiervoor, maar de cliënt zelf is altijd leidend in dit proces. In Nederland heeft het HEE- team (herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid) materiaal en trainingen ontwikkeld om herstelondersteunende zorg verder vorm te geven. Deze manier van ondersteunen van herstelprocessen heeft een breed draagvlak binnen de langdurige GGZ, waaronder beschermde woonvormen. Bij het vormgeven van herstelondersteunende zorg komen verschillende aspecten van zorgverleners samen. Deze zijn hieronder schematisch weergegeven:

Aspecten van herstel en herstelondersteuning

Aspecten van herstel	Hulpverlening	Resultaten
Herstel als persoon	Herstelwerkgroepen Psychotherapie Gesprekken	Zingeving, zelfgevoel, grenzen (Persoonlijke identiteit)
Herstel van gezondheid	Bemoeizorg Behandeling Leren omgaan met symptomen	Minder symptomen Soms genezing
Herstel van dagelijks functioneren	Rehabilitatie in de leefomgeving	Dagelijkse routines
Herstel van rollen	Rehabilitatie in de maatschappij	Rolherstel (Maatschappelijke identiteit)

Bron: Jos Dröes, Naar Dröes, Van Wel en Korevaar (2011) in: Hendriksen-Favier e.a. (2011)

Uit bovenstaand schema wordt duidelijk dat het bij herstelondersteunende zorg niet alleen gaat om het ondersteunen van het individuele herstel van een persoon (identiteit) maar om het vinden van een evenwicht tussen ondersteuning van herstel van identiteit, gezondheid, dagelijks functioneren en maatschappelijk functioneren (Hendriksen-Favier e.a., 2012). Hiermee wordt benadrukt dat het bij de ondersteuning en behandeling van mensen niet alleen gaat om het verminderen van symptomen maar ook om herstel op het gebied van verschillende levensgebieden: sociale contacten, dagbesteding, sociale

rollen etc. Dit geldt voor de omgang met psychiatrische klachten, maar ook voor de omgang met verslaving. Iemand met een dubbele diagnose kan bijvoorbeeld aangeven te willen stoppen met gebruik (herstel gezondheid) maar ook om niet meer als junk te worden gezien (herstel van rollen) (Dröes 2012, in voorbereiding). Juist het belang van het betrekken van al deze levensgebieden in het herstelproces maakt duidelijk waarom woonvoorzieningen een belangrijke rol kunnen innemen in het vormgeven van herstelondersteunende zorg: zij hebben vanuit hun functie immers met al deze aspecten van ondersteuning te maken en kunnen in samenwerking met behandelaren indien nodig een leidende rol innemen.

Bij het ondersteunen van cliënten met een dubbele diagnose is het specifiek van belang om vanaf het eerste begin aandacht te hebben voor herstelondersteunende zorg, ook al ligt de nadruk dan misschien sterk op crisis en beheersbaar maken van de problemen die de combinatie van gebruik en psychiatrische klachten met zich mee kunnen brengen. Verschillende vormen van woonondersteuning met meer of minder zelfstandigheid en minder of meer structuur kunnen op een specifiek moment in dit proces van herstel een rol spelen, maar de focus moet altijd liggen op het bieden van perspectief.

In het kort:

- Vanaf het begin van contact moet het perspectief liggen op het persoonlijke en maatschappelijke herstel van rollen, ook als het gaat om mensen die (nog) niet gemotiveerd zijn voor behandeling van psychiatrische en of verslavingsproblematiek. De kenmerken van herstelondersteunende zorg kunnen hierbij leidend zijn.
- Woonvoorzieningen kunnen een leidende rol nemen om het perspectief van herstel juist voor cliënten met een dubbele diagnose verder vorm te geven: woonbegeleiding focust zich immers juist op die gebieden waar dit meer subjectieve proces van herstel plaatsvindt: dagbesteding, herstel van sociale rollen, herwinnen van regie en contact met familie.
- Herstelondersteunende zorg vraagt om een verschuiving in visie: een visie van terugdringen van stoornissen naar een visie gericht op ondersteuning van herstel. Deze visie moet toegepast worden op alle levensgebieden (inclusief middeengebruik) en in alle fases van iemands herstelproces.
- Het bieden van herstelondersteunende zorg vraagt om een andere houding en om andere vaardigheden van hulpverleners: er zijn verschillende scholings- en implementatie trajecten die dit veranderingsproces kunnen ondersteunen. (www.hee-team.nl)

Herstel Ondersteunende Zorg in de praktijk

Binnen woonvoorzieningen wordt veel gewerkt met herstelondersteunende zorg. Verschillende organisaties hebben een apart 'bureau herstel' opgericht en zijn ook betrokken bij innovatieve ontwikkelingen. Zo zijn bij de Stichting Beschermd woonvormen Utrecht de eerste herstelwerkgroepen van start gegaan waaruit later het HEE-team is voortgekomen. Uit de inventarisatie onder woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose blijkt echter dat het werken met het herstelconcept binnen deze woonvoorzieningen nog niet breed is ingevoerd. Twijfels lijken er vooral te zijn of het herstelconcept ook toepasbaar is op een groep mensen die kampt met verslaving, soms vanuit het idee dat het leggen van de regie bij de cliënt niet mogelijk is als iemand onder invloed is van middelen.

De praktijkervaringen die wel zijn opgedaan wijzen uit dat het toepassen van herstelondersteunende zorg ook bij cliënten met een dubbele diagnose een waardevolle insteek is. Redenen hiervoor zijn:

- Door het verlenen van herstelondersteunende zorg komt de nadruk meer te liggen op ondersteuning en begeleiding dan op beheersing. Deze focus op begeleiding is juist voor het vormgeven aan veiligheid en beheersbaarheid van een voorziening belangrijk (zie ook hoofdstuk 8).
- Vanuit herstelondersteunende zorg komt de focus te liggen op het levensverhaal van iemand: wie is iemand en waarom gebruikt hij of zij? Dit kan in praktijk handvatten bieden om verslaving bespreekbaar te maken.

Praktijkvoorbeeld

Binnen Pameijer, een aanbieder van beschermd wonen in Rotterdam, wordt ook binnen de voorzieningen voor cliënten met een dubbele diagnose ingezet op herstel en versterken van de regie van de cliënt. De manier waarop dit gebeurt, verschilt per voorziening: ze hebben een 'dry voorziening' voor mensen die gemotiveerd zijn voor een abstinente levensstijl en een voorziening waar (gecontroleerd) wordt gebruikt.

Ondersteunings- en signaleringsplannen:

- Binnen de voorzieningen worden het ondersteuningsplan en signaleringsplan zo ingezet dat het herstelbevorderend is en de regie bij de cliënt ligt. De nadruk ligt in de begeleiding op bewustwording, dit gaat in samenwerking met de behandelaars. De begeleiding vindt plaats volgens 8 domeinen (het model van Shalock en Alonso). Het idee hierbij is dat er gewerkt wordt vanuit de cliënt: vraag verhelderen, onderzoeken waar ondersteuning bij nodig is. Als iemand redelijk stabiel is worden dan de gekozen interventies beschreven.
- Bij alle bewoners (die instabiel zijn) wordt er gewerkt met een signaleringsplan als onderdeel van de ondersteuningsmethode: dat wordt samen met de klant opgesteld om meer grip te krijgen op terugval en crisis. Als iemand iets wil veranderen in 1 van de domeinen wordt dat als doel geformuleerd en gezamenlijk wordt er bekeken wat nodig is om dit te bereiken. Dit wordt vastgelegd in het ondersteuningsplan. Het signaleringsplan wordt gezien als regie-instrument van de klant en bij de samenstelling wordt ook de behandelaar betrokken. Door het vastleggen van dergelijke afspraken voorkomen ze dat het medewerkers in de praktijk ontbreekt aan kaders om, en daardoor niet of niet passend, te handelen: het voorkomt handelingsverlegenheid.

Omgang met gebruik:

In de voorziening waar mensen wonen met een actieve verslaving worden individueel afspraken gemaakt over gebruik. Op de dry voorziening wordt het abstinentieprincipe met regelmaat besproken met cliënten en team, omdat het ook een veilige plek voor de buurman moet zijn. Met bewoners worden afspraken gemaakt bij een tijdelijke terugval: 'wat heb jij nodig om het weer vol te houden?' Dit wordt in overleg met de behandelaar gedaan, soms wordt er ook een detox ingezet. Bij permanente terugvallen wordt het gesprek aangegaan of een dry voorziening wel de plek is waar iemand wil wonen. Vanuit het gesprek wordt geprobeerd het inzicht te creëren dat iemand elders misschien beter op zijn plek is. Het hanteren van abstinentie is niet altijd gemakkelijk, maar een dergelijke plek is volgens Pameijer wel belangrijk voor mensen die abstant willen worden. Soms moeten bewoners in de praktijk dan terugkomen op een eerdere keuze.

Empowerment:

Als bewoners weer hun eigen kracht ontdekken ziet de begeleiding dat bewoners ook in wonen andere keuzes gaan maken en kwaliteit van leven weer een andere betekenis krijgt. Op de locatie waar wordt ingezet op abstinentie wordt dit onder andere vormgegeven door een gezamenlijk overleg. Bewoners praten daar ook mee over beleidsissues, denken mee over de vraag: wat is een goede groep, etc. Binnen Pameijer is gestart met een opleiding *Howie the harp* waarbij mensen worden geschoold om aan het werk te gaan met ervaringsdeskundigheid. Ze merken in praktijk dat dit een andere dynamiek geeft op de werkvloer: gelijkwaardigheid en samenwerking krijgt een meer praktische invulling.

Op de voorziening waar wordt gebruikt lukt het nog niet om te werken met gezamenlijk huiselijk overleg, maar daar loopt een project met een participatief theater. Bewoners vertellen daarin hun levensverhaal in beeldvorm. Dit is een andere aanvliegroute maar prikkelt mensen ook om het gevoel te krijgen: 'mijn verhaal doet er toe'. Ervaringsdeskundigen komen op locatie en bewoners van deze voorziening nemen ook deel in herstelgroepen die instellingsbreed worden georganiseerd.

Activering:

Er wordt veel ingezet op inclusie en kwartiermaken in de wijk. Dit is belangrijk om bewoners het gevoel te geven weer van waarde te zijn. Er is een werklusproject op Feyenoord specifiek voor deze doelgroep. Essentie bij activering is om op individueel niveau te kijken hoe je mensen opnieuw het gevoel kan geven weer van waarde te zijn, dit is maatwerk. Belangrijk hierin is het hebben van een dagbesteding maar ook de sociale relaties en het contact tijdens het werk zijn van belang, net als de positieve reactie vanuit de wijk (klusproject doet vooral activiteiten in de wijk, maar ook bij mensen thuis). Naast het klusproject zijn er ook activiteiten op de voorziening zelf: dit is voor een aantal bewoners meer laagdrempelig. Ook dan wordt gekeken naar ieders eigen mogelijkheden. Voorbeelden hiervan zijn de rol van huismeester, koken voor de groep, boodschappen doen etc.

Implementeren van HOZ

Herstelondersteunende zorg vraagt om een andere visie, zowel van management, medewerkers en cliënten. Protocolen zoals begeleidingsplannen moeten worden aangepast en op alle niveaus in een organisatie moet ruimte worden gemaakt voor het perspectief van cliënten. Voor het implementeren van herstelondersteunende zorg is een aparte handreiking verschenen die aandacht besteedt aan het proces van implementeren van HOZ (begin, vervolg en verankering) voor zowel cliënten, medewerkers en de organisatie. Er is hierbij o.a. aandacht voor het inzetten van herstelwerkgroepen voor cliënten, verschillende bruikbare methodieken voor hulpverleners en aandacht voor monitoring van het proces binnen de organisatie via een specifieke procesmonitoring: de ROPI.

- De 'Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ' (Hendriksen-Favier e.a., 2012) is te bestellen via www.trimbos.nl.

De **ROPI** (Recovery Oriented Practices Index) is een instrument waarmee een indicatie kan worden gegeven van de mate van herstelondersteunende zorg binnen een team. Het is een procesmeting die input kan leveren voor het implementatietraject van herstelondersteunende zorg. In de lijst komen acht dimensies van herstelondersteunende zorg aan de orde:

1. Tegemoet komen aan basale zorgbehoeftes;
2. Breed aanbod van diensten;
3. Sociale contacten en participatie;
4. Medezeggenschap en participatiemogelijkheden;
5. Zorg gebaseerd op de mogelijkheden van de cliënt;
6. Cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden;
7. Zelfbepaling van de cliënt;
8. Focus op herstel en ervaringsdeskundigheid.

Elke dimensie bestaat uit meerdere items, waarbij criteria zijn geformuleerd. Informatie wordt verzameld door o.a. interviews met medewerkers, een cliëntenpanel en inzage in visiedocumenten en begeleidingsplannen. Door de ROPI op verschillende momenten af te nemen kan de voortgang van een implementatietraject worden gemonitord. Voor het gebruik van de ROPI is ook een aparte handreiking verschenen, waarin een aparte versie voor beschermde woonvormen is opgenomen.

- De *Handreiking ROPI Recovery Oriented Practices Index* (Hendriksen-Favier, Van Rooijen & Rijkaart 2011) is te bestellen via www.trimbos.nl;

Meer informatie over herstelondersteunende zorg:

- Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ: (Hendriksen-Favier e.a., 2012);
- Herstel en rehabilitatie van mensen met een dubbele diagnose (J. Dröes, 2012) (in voorbereiding);
- HEE; herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid: biedt o.a. cursussen HOZ aan. Het HEE team bestaat uit ervaringsdeskundige docenten en is verbonden aan het Trimbos-instituut (www.hee-team.nl);
- Het onderzoekscentrum maatschappelijke zorg Nijmegen heeft de methodiek 'herstelwerk' ontwikkeld, gebaseerd op het strengthsmodel, specifiek gericht op de OGGZ. Meer informatie op <http://www.werkplaatsoxo.nl/>.

Inzet van ervaringsdeskundigen

Bij het vormgeven van herstelondersteunende zorg is de inzet van ervaringsdeskundigen cruciaal. Redenen hiervoor zijn:

- Ervaringsdeskundigheid is een noodzakelijk onderdeel voor herstelprocessen;
- Ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet om herstel van cliënten binnen de GGZ te initiëren, te faciliteren en te begeleiden;
- Ervaringsdeskundigheid kan worden ingezet bij het bewerkstelligen van wezenlijke aanpassingen van de bestaande zorgpraktijken zodat die herstelgericht worden.

(Bron: www.live-ervaringsdeskundigheid.nl)

Er zijn verschillende definities van ervaringsdeskundigheid in omloop. Hierbij is het van belang onderscheid te maken tussen individuele *ervaringen* en *ervaringskennis*. De laat-

ste draagt bij aan nieuwe inzichten en is breder geldend dan de eigen beleving alleen. Bij ervaringskennis gaat het om het delen van ervaringen en reflecteren op eigen ervaring en die van anderen. Van *ervaringsdeskundigheid* is sprake wanneer iemand in staat is deze ervaringskennis aan derden over te dragen of anderen hiermee te ondersteunen (van Erp e.a. 2008). Op de website live-ervaringsdeskundigheid.nl wordt de rol van ervaringsdeskundige als volgt omschreven:

- Een ervaringsdeskundige is deskundig in het ondersteunen van anderen om het eigen ervaringsweten te ontwikkelen en het herstelproces te ondersteunen;
- Een ervaringsdeskundige is deskundig op het gebied van meer algemene ervaringskennis en het inzetten hiervan in de hulpverlening en voor emancipatie en stigmabestrijding (www.live-ervaringsdeskundigheid.nl).

Inmiddels zijn er verschillende opleidingen die mensen opleiden tot ervaringsdeskundigen en zijn er binnen zowel RIBW's, GGZ-instellingen en verslavingszorginstellingen steeds meer ervaringsdeskundigen actief.

Uitgelicht: 'ervaringsdeskundigheid en herstel'

"De ervaringsdeskundige is deskundig op het gebied van het proces rondom herstel en het verkennen van eigen belevingen. Dat proces stelt 'het-niet-beter-weten-op-inhoud' centraal en doet daarmee een beroep op de eigen kracht. Door erkenning en herkenning kan hij de 'common ground' bieden die hoop en empowerment geeft. De ervaringsdeskundige weet goed wat hij niet weet. Hij is deskundig in het scheppen en bewaken van een steunende vrije ruimte waarin iemand in contact kan komen met de eigen belevingen en daarin ruimte kan gaan ervaren. Ook is hij deskundig in het waarborgen van gelijkwaardigheid bij de uitwisseling van ervaringen en het bieden van hoop en bemoediging" (Boertien & Van Rooijen, 2010).

De inzet van ervaringsdeskundigen kan binnen een organisatie op verschillende niveaus plaatsvinden en ervaringsdeskundigen kunnen verschillende rollen innemen. Bijvoorbeeld bij het geven van voorlichting of het ondersteunen van individuele herstelprocessen. Belangrijk hierbij is om onderscheid te maken tussen zorg in enge zin en herstelprocessen in bredere zin. Soms worden ervaringsdeskundigen ingezet als 'reguliere' medewerkers in de zorg. Het risico bestaat dan dat ze hun unieke positie als ervaringsdeskundige verliezen en hiermee ook hun meerwaarde. Binnen voorzieningen waar mensen met een dubbele diagnose verblijven kunnen ervaringsdeskundigen ook een belangrijke rol spelen in het bespreekbaar maken van verslaving, zowel onder bewoners als onder hulpverleners.

In de praktijk van woonvoorzieningen voor cliënten met een dubbele diagnose bleek tijdens de inventarisatie dat vaak instellingsbreed wel aandacht is voor herstel en ervaringsdeskundigheid, maar dat met betrekking tot dubbele diagnose problematiek er bij veel voorzieningen ook terughoudendheid is om ervaringsdeskundigen in te zetten, zeker als het gaat om ervaringsdeskundigen die zelf ervaring met verslaving hebben. Eén van de angsten is dat iemand dan een te kwetsbare positie heeft. Het is daarom belangrijk om bij ervaringsdeskundigen met een voorgeschiedenis van verslaving dit tot gespreksonderwerp te maken: hoeveel afstand hebben ze tot het gebruik, wat doe we met een terugval etc. Want juist deze ervaringsdeskundigen kunnen een belangrijke functie hebben in het bespreekbaar maken van verslaving. Een specifieke methodiek om de implementatie van ervaringsdeskundigen vorm te geven is de opleiding *Howie the harp* waarbij mensen worden getraind om aan het werk te gaan met ervaringsdeskundigheid. Pameijer in Rotterdam heeft hier positieve ervaringen mee, ook in woonvoorzieningen waar bewoners verblijven die middelen gebruiken (zie praktijkvoorbeeld).

In 2010 is er een project gestart om de inzet van ervaringsdeskundigheid te verdiepen en breder toegankelijk te maken: LIVE. Praktijkvoorbeelden, maar ook knelpunten en praktische tips over bijvoorbeeld de financiering van ervaringsdeskundigen binnen DBC systematiek zijn terug te vinden op hun website.

Meer informatie over de inzet van ervaringsdeskundigheid:

- Landelijk steunpunt inzet van Ervaringsdeskundigheid (LIVE): www.live-ervaringsdeskundigheid.nl/;
- Instituut voor gebruikers participatie en beleid: informatie, onderzoek en ondersteuning over de inzet van ervaringsdeskundigen www.igpb.nl;
- Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen (red) (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen* (Passagecahier) Amsterdam: SWP Uitgeverij;
- Opleidingen voor ervaringsdeskundigen in Nederland: een overzicht is te vinden op <http://www.live-ervaringsdeskundigheid.nl>;
 - Daarnaast heeft Pameijer de New Yorkse opleiding *Howie the Harp* gestart: meer informatie op <http://www.pameijer.nl>.

6.4 Andere methodieken die herstelgeoriënteerde zorg ondersteunen:

Zoals beschreven in figuur Aspecten van herstel en herstelondersteuning, omvat herstelondersteunende zorg zowel het ondersteunen van het herstel van identiteit als het herstel van gezondheid, herstel van rollen en herstel van dagelijks functioneren. Verschillende andere methodieken en interventies kunnen bijdragen om vorm te geven aan een op herstelgeoriënteerde zorg:

6.4.1 Presentiebenadering:

Binnen woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose wordt onder hulpverleners veel gebruik gemaakt van de presentie benadering: een benadering die is ontwikkeld door Andries Baart, op basis van langdurig onderzoek onder buurtpastoraten in Utrecht. De presentiebenadering is een manier van werken die de volgorde van hulpverleners radicaal omdraait. Presentie vertrekt altijd vanuit betrokkenheid, acceptatie en de investering in de *relatie* en niet vanuit de interventie of het (opgelegde) behandeldoel. Op de website www.presentie.nl wordt de methodiek als volgt omschreven:

"Een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander be- trekt, zo leert zien wat er bij die ander op het spel staat – van verlangens tot angst – en die in aansluiting dáárbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij /zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat ge- daan kan worden, wordt dan ook gedaan. Een manier van doen, die slechts verwe- zenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijs- heid en liefdevolle trouw" (www.presentie.nl).

Als methodische kenmerken van de presentietheorie worden de volgende kenmerken genoemd:

Methodische kenmerken van de presentiebeoefening

Kenmerken betreffen	Strekking
1 Beweging, plaats en tijd	De beroepskracht volgt de ander (in plaats van het omgekeerde)
2 Ruimte en begrenzing	Uit één stuk werken / integralisme (in plaats van fragmentatie en specialisering)
3 Aansluiting	Bij het geleefde leven zijn (in plaats van bij de bureaucratische schematisering ervan)
4 Zich afstemmen	Het goed van de ander centraal zetten (in plaats van de eigen - goede - bedoeling)
5 Betekenis	De ander is minstens bij één in tel (erkenning en relatie wegen het zwaarst)

Bron: introductie in de presentietheorie, A. Baart (www.presentie.nl)

In de inventarisatie wordt door veel respondenten gesteld dat deze methodiek bruikbaar is, omdat het goed aansluit bij het werken met mensen die in eerste instantie niet gemotiveerd zijn om iets aan de problemen te doen die de hulpverlener signaleert (bijvoorbeeld gebruik, psychiatrische problemen, maar ook schulden etc.). Genoemd wordt dat het op die manier handvatten biedt om een groep mensen die vaak teleurgesteld is in eerdere hulpverlenerstrajecten weer in zorg te betrekken.

Het principe van presentie: aansluiten waar iemand is, er met aandacht voor iemand zijn in plaats van hulpverleners doelstellingen centraal te stellen, sluit aan bij de uitgangspunten van de eerder beschreven herstelondersteunende zorg en de uitgangspunten van geïntegreerd werken op basis van de fases van (gedragsverandering). In termen van stadia van verandering, wordt er dan vooral gerefereerd aan mensen die zich in stadia van vooroverweging en overweging bevinden (zie Hoofdstuk 2 voor een toelichting op geïntegreerd werken). Het is dan ook niet verwonderlijk dat de presentiebenadering tijdens de inventarisatie vooral veel wordt genoemd door de meer laagdrempelige voorzieningen die werken binnen de OGGZ. De principes van presentie zijn echter breder toepasbaar voor het bieden van ondersteuning aan mensen met een dubbele diagnose.

Meer informatie over presentie

- Stichting presentie: veel informatie over presentietheorie en informatie over cursussen en trainingen presentiegericht werken: www.presentie.nl;
- Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*. Utrecht: Lemma;
- Movisie: databank effectieve sociale interventies: www.movisie.nl.

6.4.2 Rehabilitatiegericht werken

Rehabilitatie gaat over de psychosociale aspecten van hulpverlening: het bieden van ondersteuning bij herstel van maatschappelijke rollen en participatie. Het gaan dan om gebieden als wonen, werken vrije tijd, leren, sociale contacten en financiën. Bij rehabilitatiegericht werken gaat het altijd om het verwezenlijken van doelen die door de cliënt zelf gesteld zijn. Rehabilitatie gaat uit van de visie dat iemand met verslaving en psychiatrische problemen een burger is met een verleden en een toekomst: door aandoeningen is hij of zij mogelijk rollen kwijtgeraakt (Dröes, 2012).

Een van de methodieken voor rehabilitatiegericht werken is de individuele rehabilitatiebenadering die is ontwikkeld door het Center for Psychiatric Rehabilitation van de Universiteit van Boston (VS). Het doel van de Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) is: mensen met ernstige, langdurige beperkingen helpen beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze met zo min mogelijk professionele hulp (Anthony e.a., 2002 in: methodiekbeschrijving IRB, Korevaar e.a., 2010). Deze methodiek bestaat uit de volgende modules:

Rehabilitatiemodules
Beoordelen, bespreken en ontwikkelen van doelvaardigheid
Stellen van doelen
Functionele diagnostiek
Hulpbrondiagnostiek
Planning
Vaardigheden leren of leren gebruiken
Hulpbronnen creëren, verkrijgen of gebruiken

(Bron Dröes, 2012)

Binnen de IRB gaat het om het stellen van zo concreet mogelijke doelen door de cliënt zelf, met ondersteuning van een professional. Om dit vorm te geven is er binnen de IRB methodiek een handreiking voorhanden en verschillende werkbladen. Omdat rehabilitatiegericht werken zich juist richt op die gebieden waar woonvoorzieningen ondersteuning bieden is het een relevante methodiek voor de begeleiding van mensen met een dubbele diagnose. Bovendien is verslavingsproblematiek geen exclusiecriteria om met de IRB benadering van start te gaan. De nadruk die ligt op maatschappelijk herstel en herstel van sociale rollen benadrukt het belang van deze terreinen in herstelprocessen van mensen, ook bij mensen die actief gebruiken. Op die manier is de IRB één van de methodieken om bijvoorbeeld de ondersteuning bij vrijetijdsbesteding en werk op een systematische manier verder vorm te geven. Rehabilitatie is dus te zien als een vorm van herstelondersteunende zorg die zich specifiek richt op herstel van sociale rollen en maatschappelijke identiteit.

Meer informatie over rehabilitatiegericht werken en IRB:

- Stichting rehabilitatie:92 www.rehabilitatie92.nl. Op deze site is veel informatie te vinden over IRB en is verschillend werkmateriaal te downloaden. Ook verzorgt de stichting trainingen in IRB;
- Databank effectieve sociale interventies: op www.movisie.nl is de IRB opgenomen in de databank effectieve sociale interventies. Er is hier ook een uitgebreide methodiek beschrijving van IRB te vinden;
- Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH): Deze methodiek biedt professionals in de geestelijke gezondheidszorg, de maatschappelijke opvang en de

verslavingszorg handvatten om cliënten optimale ondersteuning te geven. SRH is ontwikkeld door STORM rehabilitatie. Meer informatie over SRH en trainingen op <http://www.rinogroep.nl/opleidingen>;

- Meer informatie over SRH: Den Hollander, D., & J. Wilken (2011). *Zo worden cliënten burgers Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.

In het kort: Herstel van sociale rollen

Bij de ondersteuning die geboden wordt in woonvoorzieningen moet aandacht zijn voor herstel van sociale rollen en maatschappelijke identiteit, óók als er (nog) sprake is van acute verslaving. In een geïntegreerde ondersteuning van mensen met een dubbele diagnose is in alle fases aandacht voor alle levensgebieden van belang. Woonvoorzieningen kunnen hierbij een belangrijke rol spelen. De IRB of SRH methodiek kan handvatten bieden deze ondersteuning systematisch vorm te geven.

6.4.3 Zelfhulp & lotgenotencontact

Zelfhulpgroepen bij verslavingen zijn onafhankelijke groepen waarvan deelnemers eenzelfde problematiek delen. Deze groepen worden begeleid of voorgezeten door lotgenoten, waardoor er sprake is van gelijkwaardigheid. Leren van elkaars ervaringen, onderlinge steun en (h)erkenning staan centraal. De deelname aan een zelfhulpgroep is ongelimiteerd in tijd. Zelfhulpgroepen kunnen van waarde zijn binnen woonvoorzieningen omdat ze een platform bieden voor het uitwisselen van ervaring, (h)erkenning en een plek bieden waar mensen hun levensverhaal kwijt kunnen. In Nederland is er een groeiend aanbod van zelfhulpgroepen voor verslavingen zoals de NA en de Buitenveldert-groepen. Sinds kort zijn er op een aantal plaatsen speciale zelfhulpgroepen voor mensen met een dubbele diagnose actief (DRA groepen).

Een nadeel van deze groepen kan zijn is dat deze zelfhulpgroepen allemaal gericht zijn op abstinentie: mensen die niet gemotiveerd zijn hun gebruik te stoppen of kiezen voor gecontroleerd gebruik missen in dergelijke groepen vaak aansluiting. In verschillende woonvoorzieningen voor cliënten met een dubbele diagnose zijn daarom laagdrempelige gespreksgroepen opgezet, die vergelijkbare functies als zelfhulpgroepen kunnen vervullen: elkaar beter leren kennen, herstel van contact, bespreekbaar maken van verslaving en psychiatrische problemen en uitwisselen van ervaringen. Soms is in deze groepen ook ruimte voor psycho-educatie en worden deze begeleid door een hulpverlener en ervaringsdeskundige. Dergelijke groepen worden ook wel 'overwegingsgroepen' genoemd:

Praktijkvoorbeeld: Overwegingsgroepen

Overwegingsgroepen zijn bedoeld voor cliënten die nog niet inzien dat hun alcohol- of drugsgebruik een probleem vormt; ze bevinden zich in de vooroverweging- en overwegingsfasen. Binnen de GGZ is hiermee op verschillende plekken ervaring opgedaan bij cliënten met een dubbele diagnose. Overwegingsgroepen zijn ontwikkeld in het kader van IDDT en ook beschreven in het handboek van deze methodiek (Mueser e.a. 2011). Overwegingsgroepen zijn open, laagdrempelige groepen die ongelimiteerd in tijd worden aangeboden. Doel is niet zozeer het veranderen van gedrag, maar het bewustwordingsproces van deelnemers te vergroten. Overwegingsgroepen kunnen deelnemers helpen bij het creëren van doelen, het wekken van hoop om deze doelen te bereiken en in te zien op welke manieren middelengebruik het bereiken van dit doel belemmert. De groep is van de deelnemers zelf: begeleiders nemen vooral een begeleidende rol aan en werken vanuit een motivationele houding. Gewoonlijk wordt de bijeenkomst geopend met een rondje hoe iedereen er bij zit, gekoppeld aan hoe het is gegaan met

middelengebruik: vervolgens bepaalt de groep het thema van de bijeenkomst. Dit kan een probleem zijn waar iemand mee zit, maar ook een vraag over psycho-educatie. In de groep worden afspraken gemaakt over privacy: wat besproken wordt in de groep blijft binnen de groep. Vaak is er in een overwegingsgroep een ervaringsdeskundige aanwezig als medebegeleider. De ervaringsdeskundige kan verslaving vanuit eigen ervaring bespreken, wat voor veel deelnemers drempelverlagend kan werken. Ook kan een ervaringsdeskundige hoop en perspectief bieden.

Uit een korte evaluatie van de overwegingsgroepen bij ambulante GGZ teams van Mentrum (onderdeel Arkin) blijkt dat overwegingsgroepen door cliënten vooral worden gewaardeerd omdat ze zich thuis voelen in de groep, door de niet veroordelende houding van begeleiders en omdat regels over privacy ervoor zorgen dat ze de veiligheid ervaren vrijuit over hun gebruik te spreken. Deelnemers lijken zich beter bewust van de effecten van middelen en interacties met hun psychiatrische stoornis en veel deelnemers krijgen meer controle over hun gebruik. Ook de herkenning en steun die de groep biedt en de mogelijkheid om contacten aan te knopen met groepsgenoten die eveneens hun gebruik onder controle willen krijgen, worden genoemd als belangrijk punt.

Uit een evaluatie onder begeleiders bleek dat de stap tot deelname aan overwegingsgroepen voor cliënten vaak groot is en dat ondersteuning over deelname aan deze groepen door de behandelaren gewenst is. Cliënten lijken vaak veel steun te vinden in een groep waarin bewustwording van voor- en nadelen van gebruik wordt vergroot. Daarnaast valt op dat veel cliënten een actieve rol hebben in de groep, ook naar elkaar toe: bijvoorbeeld bij een terugval van een van de deelnemers. De praktijk laat zien dat deelnemers van overwegingsgroepen ook buiten de groep contacten met elkaar aangaan en af en toe leuke activiteiten organiseren, zoals een uitstapje of met elkaar eten.

Overwegingsgroepen worden in Nederland tot nu toe vaak door ambulante teams aangeboden, maar kunnen ook binnen woonvoorzieningen een meerwaarde hebben in het ondersteunen van mensen met een dubbele diagnose. Bij Bavo Europoort in Rotterdam worden er bijvoorbeeld wekelijks dergelijke groepen op een woonvoorziening georganiseerd, begeleid door een SPV-er van het lokale FACT-team. Op die manier versterken de groepen ook de samenwerking en afstemming tussen ambulante behandelaren en de begeleiders van een woonvoorziening.

Bron: Muusse, C., M. Bosma & P. Leenders (2013) in voorbereiding.

Ook zijn er specifieke initiatieven zoals de 'support workers' bij verslavingsinstelling Novadic-Kentron, waar veel mensen met een dubbele diagnose aansluiting vinden en dat ook voor woonvoorzieningen een interessant model kan zijn.

Support workers

Support Workers zijn herstellende verslaafden die uit eigen ervaring weten wat het is om verslaafd te zijn én ervaring te hebben met 12-stappengroepen, bijvoorbeeld de NA of AA. Hierdoor zijn ze bij uitstek geschikt om lotgenoten, die aan het begin van hun herstelproces staan, op weg te helpen. Omdat het belangrijk is dat een Support Worker een gelijkwaardige positie als lotgenoot inneemt tegenover cliënten, is het belangrijk dat ze geen opleiding hebben gevolgd als hulpverlener.

Support Workers hebben binnen Novadic-Kentron verschillende taken:

- Support Workers geven voorlichting aan cliënten. Ze wijzen cliënten op de mogelijkheid van zelfhulp;
- Support Workers helpen cliënten indien gewenst de eerste stap te zetten naar een zelfhulpgroep (bijvoorbeeld door samen een zelfhulpgroep te bezoeken);
- De Support Workers zijn 24 uur per dag te bereiken. Cliënten kunnen in een cri-

sissituatie op elk moment van de dag telefonisch een beroep doen op de Support Workers;

- De Support Workers geven voorlichting over zelfhulp aan hulpverleners;
- De Support Workers zijn regelmatig aanwezig op afdelingen. Hierdoor worden ze zichtbaar en zijn ze makkelijk te benaderen voor cliënten en hulpverleners.

De Support Workers organiseren laagdrempelige zelfhulpgroepen volgens het 12-stappenmodel binnen Novadic-Kentron. Deze kunnen als opstap naar reguliere zelfhulpgroepen dienen, maar mensen kunnen ook langdurig aan deze groepen deelnemen.

Cliënten die deelnemen aan de zelfhulpgroep van de Support Workers kunnen hun problemen delen en kunnen hun verhaal kwijt. De groep is tevens een vangnet voor iemand die terugvalt in gebruik. Hoewel de groepen van de Support Workers zijn opgezet als opstap naar reguliere zelfhulpgroepen zet niet iedereen deze stap. Vooral mensen met een dubbele diagnose problematiek blijven de 12 stappengroepen van de Support Workers vaak langdurig bezoeken.

Bron: Muusse, C & S. van Rooijen (2009). De echo van het eigen verhaal - Over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

Ook de herstelwerkgroepen van HEE zijn groepen waarin mensen ondersteuning en herkenning kunnen vinden. In deze groepen maken mensen kennis met het begrip herstel. Aan de hand van thema's worden eigen ervaringen ingebracht en met elkaar besproken. Daarbij wordt een herstelthema uitgediept. Zo verwerven de deelnemers ervaringskennis en ontwikkelen een persoonlijk en gezamenlijk herstelperspectief. De primaire doelstelling van de herstelwerkgroepen is om deelnemers de gelegenheid te bieden om hun herstel zelf actief ter hand te nemen en de regie over hun eigen leven terug te nemen. De groepen werken met een draaiboek en worden begeleid door twee HEE docenten. Ook ervaringsdeskundigen uit de organisatie kunnen een rol spelen in de groep (Bron: www.hee-team.nl).

Groepsaanbod binnen woonvoorzieningen

Het organiseren van groepen binnen woonvoorzieningen kan bijdragen aan het uitwisselen van ervaringen, een plek bieden waar mensen hun verhaal kwijt kunnen en het vormgeven van lotgenotencontact. Afhankelijk van de groep bewoners en de context van de voorziening kan contact worden gezocht met een bestaande zelfhulpgroep, of kan er een interne groep worden opgezet.

Bij het opstarten van dergelijke groepen is een aantal punten van belang:

- Het groepsaanbod is laagdrempelig en ongelimiteerd in tijd;
- Het groepsaanbod besteedt aandacht aan de combinatie van psychiatrische- en verslavingsproblemen;
- Begeleiders stimuleren cliënten om deel te nemen en leiden op actieve wijze toe naar beschikbare groepen. Daarvoor moeten begeleiders worden betrokken bij het opstarten van een groep en voldoende informatie hebben;
- Tijdstippen en programma tempo worden aangepast aan de leefstijl van deelnemers.

Meer informatie over zelfhulp:

- Site over het aanbod van zelfhulpgroepen in Nederland: www.zelfhulpverslaving.nl;
- Geelen K., P. Gottmer, H. Scheurs, A. Thijs (2004). *Onbenutte mogelijkheden, handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen*. Resultaten Scoren. Amersfoort: GGZ Nederland;
- *Zelfhulp op de kaart, een intentieverklaring voor de samenwerking tussen zelfhulpgroepen voor verslaafden en hun naasten en de instellingen voor GGZ- en verslavingszorg* (2009). Utrecht: Trimbos-instituut;
- Herstelwerkgroepen: zelfhulpgroepen waarbinnen de leden kennismaken met het begrip herstel. Aan de hand van thema's worden eigen ervaringen ingebracht en met elkaar besproken (www.hee-team.nl);
- Muusse, C & S. van Rooijen (2009). *De echo van het eigen verhaal, Over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.

6.4.4 Krachtgericht werken

Binnen verschillende voorzieningen wordt gewerkt met methodieken die zich, aansluitend op herstelgeoriënteerde zorg, richten op de (veer)kracht en mogelijkheden van mensen en niet zozeer op problemen en diagnoses. Vaak worden deze methodieken aangeduid met de term krachtgericht werken. Theoretisch voert deze benadering terug op het strengths model zoals deze is ontwikkeld door Charles Rapp. Hieronder noemen we twee voorbeelden waarbinnen deze visie in praktijk wordt gebracht:

- Voor de maatschappelijke opvang is door het *Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg* een specifieke methodiek ontwikkeld: krachtgerichte basismethodiek in de (vrouwen)opvang. Onderdeel hiervan is het werken met een krachtgericht plan in plaats van het reguliere begeleidingsplan.
- Een methodiek die ook uitgaat van krachtgericht werken en zich specifiek richt op het vergroten van vaardigheden is de Erkenning Verworven Competenties (EVC). Deze methodiek staat meer uitgebreid beschreven in hoofdstuk 7. Ook binnen een aantal woonvoorzieningen worden deze trajecten aangeboden aan cliënten.

Het Strengths model

Het Strengths model voor casemanagement is ontwikkeld door Charles Rapp van de Universiteit van Kansas. Hij bekritiseerde de bestaande casemanagement modellen, waarin naar zijn mening de focus teveel lag op behandeling en onvoldoende op begeleiding in de thuissituatie. Ook vond hij dat casemanagers teveel bezig waren met door hen zelf nodig geachte uitkomsten i.p.v. de doelen die de cliënt zelf wil realiseren. Het Strengths model bestaat in de kern uit zes uitgangspunten (Rapp & Goscha, 2006):

1. Mensen die lijden aan een psychiatrische aandoening kunnen herstellen en hun leven zelf inrichten en vormgeven;
2. De focus is gericht op de individuele krachten en niet op de beperkingen;
3. De omgeving wordt gezien als een oase van mogelijkheden;
4. Interventies zijn gebaseerd op de wensen en keuzes van de cliënt;
5. De relatie tussen de casemanager en de cliënt komt op de eerste plaats;
6. De cliënt ontmoeten in zijn eigen leefwereld is het voornaamste onderdeel van de begeleiding.

Bron: Wezep M.J. van & H. Michon (2011). *Op krachten komen! Evaluatie van de implementatie van de*

strengths aanpak bij GGZ Noord-Holland Noord. Utrecht: Trimbos-instituut.

Meer informatie over krachtgerichte methodieken:

- Krachtgerichte basismethodiek in de opvang: <http://www.werkplaatsoxo.nl/>;
- Erkenning Verworven Competenties (EVC): www.movisie.nl;
- Strengths model: databank effectieve sociale interventies: www.movisie.nl.

6.5 Dilemma's

Herstelgeoriënteerde zorg is een belangrijk principe in de woonbegeleiding van mensen met een dubbele diagnose. Het zou de 'paraplu' moeten zijn waaronder de woonbegeleiding geboden wordt, ook of juist bij cliënten met een dubbele diagnose, al zal het soms gaan om kleine stappen en een langdurig proces. Hieronder geven we een aantal dilemma's weer rond het bieden van herstelgeoriënteerde zorg aan mensen met een dubbele diagnose, zoals deze naar voren kwamen uit de inventarisatie die is verricht onder woonvoorzieningen:

Dilemma I: Herstelgeoriënteerde zorg en verslaving

In de inventarisatie gaven veel respondenten aan principes van een op herstel georiënteerde zorg belangrijk te vinden. Termen als cliënt centraal en focus op mogelijkheden in plaats van problemen werden veel genoemd. Tegelijkertijd blijkt ook dat, op een aantal positieve uitzonderingen na, relatief weinig voorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose al veel stappen hebben gezet met het vormgeven aan herstelgeoriënteerde zorg. Het werken met ervaringsdeskundigen, implementeren van HOZ of het aanbieden van lotgenotengroepen vindt nog maar op kleine schaal plaats in dergelijke voorzieningen. Dit is opvallend omdat binnen veel instellingen waar de voorzieningen onder vallen wel gewerkt wordt aan meer herstelgeoriënteerde zorg, bijvoorbeeld door de aanwezigheid van een bureau herstel.

In de praktijk blijkt het hebben van een actieve verslaving en de crisisgevoeligheid van veel bewoners met een dubbele diagnose, een barrière op te werpen om dergelijke principes ook binnen dubbele diagnose voorzieningen vorm te geven. Zoals ook naar voren komt in het organisatorische gedeelte van deze handreiking is het hebben van een actieve verslaving veelal een reden om bewoners te plaatsen op de onderste trede van de woonladder, bijvoorbeeld in laagdrempelige opvangvoorzieningen en hostels. Dit kan, maar hoeft niet altijd aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van cliënten met een dubbele diagnose. Een parallelle ontwikkeling vindt namelijk plaats in de ondersteuning die geboden wordt in dergelijke voorzieningen: de nadruk ligt vooral op het bieden van 'bed bad en brood', het leggen van contact en opbouwen van een relatie en veel minder op bijvoorbeeld vormgeven aan rehabilitatie doelen van bewoners. In een aantal gevallen is een focus op stabiliteit, primaire behoeftes en het opbouwen van een relatie natuurlijk de juiste manier van bieden van begeleiding, maar dit is niet van toepassing op alle bewoners met psychiatrische en verslavingsproblemen. Vanuit het model van geïntegreerd behandelen (zie hoofdstuk 2) wordt dit onderstreept door het principe van fasegerichte ondersteuning: mensen die niet gemotiveerd zijn voor gedragsverandering (bijvoorbeeld gebruik) hebben dan vooral behoefte aan ondersteuning die zich richt op praktische zaken en het opbouwen van contact, maar mensen die verandering overwegen of stappen zetten richting herstel hebben juist behoefte aan ondersteuning bij dit proces, bijvoorbeeld in de vorm van groepsaanbod, verslavingscounseling, motiverende gespreksvoering etc. Het is de taak van ondersteuners en hulpverleners om samen met bewoners steeds te onderzoeken of wensen en doelen wellicht zijn veranderd en daar dan op in te spelen.

In het kort:

- Het hebben van een actieve verslaving is in de praktijk vaak een reden om bewoners te plaatsen op de onderste trede van de woonladder. Dit kan, maar hoeft niet altijd aan te sluiten bij de wensen en mogelijkheden van cliënten met een dubbele diagnose. De focus moet liggen op het bieden van perspectief en een daarbij passend woningaanbod.
- De visie op herstel en rehabilitatie zou ondanks actief gebruik ook bij bewoners met een dubbele diagnose meer centraal moeten staan. Een visie eenzijdig gericht op het behouden van stabiliteit en beheersbaarheid is contraproductief. Ervaringsdeskundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen: zij kunnen een voorbeeldfunctie hebben voor bewoners, maar ook voor begeleiders.

Dilemma II: Herstelgeoriënteerde zorg en bemoeizorg

Herstelgeoriënteerde zorg gaat om het herwinnen van regie en om het herstel van sociale rollen. Ondersteuners gaan op een gelijkwaardige manier de relatie met bewoners aan, niet de begeleidingsdoelen van hulpverleners, maar de wens van bewoners zelf staan centraal. Herstel is immers een persoonlijk proces; 'herstellen doe je zelf'. Dit proces kan door begeleiders alleen ondersteund worden. Maar wat is de rol van hulpverlener op het moment dat iemand niet meer in staat lijkt zelf zijn wensen en doelen te formuleren? Wanneer ga je over van het 'naast iemand staan' tot actief ingrijpen? Soms zorgt dit dilemma voor handelingsverlegenheid, vooral in de omgang met het gebruik van bewoners. Als een voorziening werkt vanuit een open visie op middelengebruik en het bespreekbaar maken van verslaving kan je dan ingrijpen als iemand (te) veel gebruikt? In de vraag 'hoe lang sta je naast iemand en wanneer grijp je in' lijken bemoeizorg en herstelgeoriënteerde zorg dus soms op gespannen voet met elkaar te staan. Als acceptatie van gebruik en het centraal stellen van wensen van de bewoner leidt tot niet ingrijpen, kan dit leiden tot het onthouden van noodzakelijke zorg. Boertien wijst er op dat dit dilemma in de kern gaat over het spanningsveld tussen objectief herstel (vermindering van symptomen, herstel van maatschappelijk functioneren) en het subjectieve herstel als een proces van persoonlijke groei (Boertien e.a., 2010). Bemoeizorg is hulp die vooral gericht is op objectief herstel, maar dit hoeft niet altijd in overeenstemming te zijn met subjectief herstel van iemand: pas als bemoeizorg wordt ervaren als gewenste zorg vindt er aansluiting plaats en is er sprake van herstel: objectief en subjectief herstel moeten elkaar ergens ontmoeten (ibid). Hoe het dilemma van wel of niet ingrijpen vorm krijgt, zal in de praktijk verschillen en daar zijn geen algemeen geldende richtlijnen voor te formuleren, maar uit literatuur en de inventarisatie komen de volgende handvatten naar voren:

- Hanteer een duidelijke visie op verslaving en gebruik en een heldere communicatie over wat toelaatbaar is en ga hierover met bewoners in gesprek. Dit creëert duidelijkheid voor zowel hulpverleners als bewoners en kan handelingsverlegenheid en onbegrip voorkomen.
- Het hanteren van een open visie en accepterende houding ten opzichte van verslaving moet niet leiden tot het niet verlenen van (noodzakelijke) hulp en ondersteuning, maar daarbij moet wel het oog gehouden worden op de wensen en mogelijkheden van bewoners. Instrumenten als een gezamenlijk opgesteld signaleringsplan, een crisiskaart of een WRAP plan kunnen hierbij ondersteunend zijn.
- Juist bij bemoeizorg interventies kunnen ervaringsdeskundigen een belangrijke rol spelen, omdat zij een levend bewijs zijn van kracht en hoop. Zij kunnen er voor zorgen dat binnen bemoeizorg interventies aandacht is voor objectief herstel, maar ook dat aangesloten wordt bij de subjectieve ervaring van herstel van bewoners (Boertien e.a., 2010).

Meer informatie

- **Crisiskaart:** De Crisiskaart© biedt de mogelijkheid zaken rond een psychische crisis vooraf te regelen vanuit het perspectief van de zorgvrager. Het Landelijke Crisiskaart Informatie en Ondersteuningspunt (LCIO) biedt informatie en ondersteuning voor cliënten en hulpverleners <http://www.crisiskaartggz.nl/>;
- **WRAP (Wellness Recovery Action Plan):** De WRAP is een zelfhulp instrument met een heldere structuur en is sterk geworteld in het herstelconcept. Het ondersteunt mensen om weer greep te krijgen (en te houden) op het leven wanneer dat ontregeld raakt door (ernstige) gebeurtenissen. WRAP is een 16 weken durende cursus met een ervaringsdeskundige trainer die de persoon helpt om een persoonlijk werkboek te maken waarin hij/zij beschrijft wat helpt om zich gezond te voelen en actief te herstellen. Dit proces wint sterk aan kracht door ervaringsdeskundige ondersteuning en uitwisseling: www.hee-team.nl.

6.6 Voorwaarden voor herstelgerichte zorg

• Aansluiting van organisatie en inhoud van de zorg

Bij herstelgeoriënteerde zorg gaat het om het echt aansluiten bij de wensen en ervaringen van bewoners en het ondersteunen bij het herstellen van rollen. Daarom is het essentieel dat de ondersteuning is gericht op het bieden van perspectief. Cruciaal hierbij is dat de organisatie van het aanbod en de inhoud van de begeleiding elkaar aanvullen en versterken. Zorgtrajecten moeten worden aangepast op de wensen van bewoners en niet andersom.

• Gedifferentieerd woningaanbod

Om herstelgeoriënteerde zorg vorm te geven is een goede toegankelijkheid van gedifferentieerde woonvoorzieningen (zowel zelfstandig als beschermd) voor mensen met een dubbele diagnose een essentieel onderdeel. Gewaakt moet worden dat niet elke bewoner die problematisch middelen gebruikt geplaatst wordt in een voorziening op de onderste trede van de woonladder.

• Visie: herstelgeoriënteerd en met aandacht voor verslaving en comorbiditeit

Herstelgeoriënteerde zorg kan geen vorm krijgen zonder een gemeenschappelijke visie gericht op herstel die wordt gedragen door alle lagen van een organisatie. Een duidelijke visie op verslaving en comorbiditeit hoort hier onderdeel van te zijn. Bij het ondersteunen in het herstel van rollen moet ruimte zijn voor het levensverhaal en ervaringen van iemand: ook op het gebied van verslaving. Alleen als er vanuit de instelling een duidelijke visie is op gebruik en psychiatrische problemen kunnen medewerkers en bewoners hier vorm aan geven.

• Inzet ervaringsdeskundigen

Om herstelgeoriënteerde zorg vorm te geven heb je binnen een team 'cultuurdragers' nodig die steeds weer het herstelperspectief naar voren brengen en wezenlijke aanpassingen bewerkstelligen in bestaande zorgpraktijken zodat die herstelgericht worden. Vaak kunnen ervaringsdeskundigen deze rol vervullen. Daarnaast hebben ervaringsdeskundigen een meerwaarde bij het initiëren, faciliteren en begeleiden van herstelprocessen van bewoners. Bij voorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose kunnen ervaringsdeskundigen ook een belangrijke rol spelen in het bespreekbaar maken van gebruik.

- **Ruimte maken voor herstelgeoriënteerde zorg**

Er moet een omgeving worden gecreëerd die herstelondersteunend is: dit betekent ruimte maken voor zelfhulp, contact met cliëntgestuurde initiatieven, het aanbieden van herstelondersteunende initiatieven en ervoor zorgen dat de omgeving niet leidt tot zelfstigma. Ook moet er aandacht zijn voor de directe leefomgeving: anti stigma initiatieven en kwartiermaken kunnen hier onderdeel van zijn.

- **Organisatie van de zorg**

Werken vanuit een herstelgeoriënteerde visie vraagt om aanpassing van de organisatie van de zorg: het aanpassen en meer herstelgericht maken van begeleidingsplannen, het structureel betrekken van bewoners bij de organisatie van de voorziening, het inzetten van ervaringsdeskundigen, werken met signalerings- en crisisplannen etc.

- **Faciliteren van herstelgeoriënteerde zorg**

Werken vanuit herstelgeoriënteerde zorg vraagt om organisatorische voorwaarden, maar draait in essentie om de bejegening en de manier waarop hulpverleners met bewoners een relatie aangaan. Hierboven zijn verschillende methodieken genoemd waarop dit systematisch kan worden vorm gegeven. Om dit echt te implementeren en ook te borgen in een team heb je naast ervaringsdeskundigen en cultuurdragers ook (financiële) ruimte nodig voor bijvoorbeeld training en intervisie.

7 Inhoud van de begeleiding

7.1 Inleiding

In deel 1 van deze handreiking is veel aandacht geschonken aan het organiseren van een sluitend woonaanbod voor mensen met een dubbele diagnose. Dit wordt als voorwaarde gesteld om ook passende individuele begeleiding te kunnen bieden aan deze groep. In dit hoofdstuk gaan we dieper in op het vormgeven van deze begeleiding. In hoofdstuk 6 is uitgebreid het perspectief besproken waarbinnen dat vorm moet krijgen: een perspectief gericht op herstel, op de krachten en mogelijkheden van mensen en een ondersteuning die uitgaat van hoop en perspectief.

In dit hoofdstuk bespreken we een aantal belangrijke elementen van het bieden van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose. De begeleiding die in woonvoorzieningen wordt geboden, kan veel leefgebieden omvatten. In deze handreiking bespreken we niet alle levensgebieden, maar gaan we in op die onderwerpen waarbij uit de inventarisatie bleek dat juist bij de groep bewoners met een dubbele diagnose specifieke aandacht vereist is. Bijvoorbeeld omdat er veel knelpunten ontstaan in de praktijk, of omdat het vraagt om een andere aanpak.

7.2 Vormgeven aan begeleiding

De begeleiding die in woonvoorzieningen wordt geboden richt zich op verschillende levensgebieden van bewoners. Een veel gehanteerde indeling zijn de leefgebieden die in het 8-fasenmodel wordt gehanteerd:

1. Huisvesting
2. Financiën
3. Sociaal functioneren
4. Psychisch functioneren
5. Zingeving
6. Lichamelijk functioneren
7. Praktisch functioneren
8. Dagbesteding

Het 8-fasenmodel is een van de methodieken die de individuele begeleiding aan cliënten in de maatschappelijke opvang structureert. Het is een methode om gestructureerd en in samenwerking met cliënten te werken aan haalbare begeleidingsdoelen. (www.movisie.nl). Hieronder bespreken we een aantal aspecten in deze begeleiding die door de respondenten als belangrijk werden benoemd in het begeleiden van bewoners met een dubbele diagnose.

7.2.1 Structuur

Zowel het bieden van structuur aan bewoners van een voorziening als de aanwezigheid van personeel kan sterk variëren tussen voorzieningen, afhankelijk van het begeleidingsdoel van een voorziening en de fase van herstel waar bewoners zich in bevinden.

Wet voorzieningen:

Deze voorzieningen zijn vooral gericht op het bieden van onderdak en stabiele huisvesting en het opbouwen van contact. Vaak gaat het om bewoners die instabiel zijn en bij wie gebruik is toegestaan. Vaak is het dag- nachtritme van bewoners onregelmatig en is ondersteuning bij woonvaardigheden nodig. Dit vraagt van de begeleiding het bieden van duidelijke kaders en structuur: op vaste tijden aanbieden van maaltijden, koffie drinken, huiskamer overleg etc. Anderzijds moet de begeleiding bewoners niet 'te dicht op de huid

zitten 'en flexibel zijn, om te voorkomen dat ze in weerstand terecht komen. Dergelijke voorzieningen werken vaak met 24-uurs aanwezigheid van begeleiders.

Damp voorzieningen

Deze voorzieningen zijn gericht op mensen die niet gemotiveerd zijn hun gebruik te stoppen maar behoefte hebben aan ondersteuning bij het krijgen van controle op hun gebruik en psychiatrische problematiek: dit gebeurt door duidelijke afspraken over gebruik, over activiteiten en over doelen die worden vastgelegd in een begeleidingsplan. Vaak stellen dergelijke voorzieningen eisen aan vaardigheden van bewoners, zoals het zelf in staat zijn medicatie te beheren, en is er een achterwacht waar bewoners 's nachts terecht kunnen als er problemen zijn.

Dry voorzieningen

Deze voorzieningen zijn gericht op het bieden van ondersteuning bij het helpen om een abstinente levensstijl te handhaven. Er wordt veel ingezet op het werken aan andere levensgebieden zoals werk en herstel van sociale contacten. Op die manier zal de structuur voor bewoners niet zozeer door het dagritme op de voorziening worden geboden, maar door activiteiten van bewoners zelf. Aanwezigheid van de begeleiding is vaak minder intensief, hoewel toezicht op niet-gebruik nodig is om het 'droge' karakter van de voorziening te waarborgen en daarmee de veiligheid voor bewoners.

7.2.2 Dagbesteding

In woonvoorzieningen waar mensen met een dubbele diagnose verblijven, wordt heel wisselend ingezet op het bieden van ondersteuning bij activering en dagbesteding. Dit hangt deels samen met de doelgroep die binnen woonvoorzieningen verblijft: mensen die nog midden in hun gebruik zitten zijn vaak moeilijker te motiveren een dagbesteding te vinden. Opvallend is dat er nogal wat verschil zit tussen de verschillende voorzieningen in het ervaren van problemen rond het motiveren van bewoners voor dagbesteding. Bij sommige voorzieningen wordt het gebrek aan motivatie als reden genoemd dat de meeste bewoners met een dubbele diagnose geen dagbesteding hebben. Dit lijkt geen direct verband te houden met de zwaarte van de problematiek waar bewoners mee kampen: in een MO voorziening, gericht op chronisch verslaafde dak- en thuislozen heeft bijvoorbeeld 80% van de bewoners wel een dagbesteding. Het inzetten op dagbesteding bij bewoners met dubbele diagnose is van belang om de volgende redenen:

- Dagbesteding biedt structuur;
- Dagbesteding doorbreekt de cirkel verveling > gebruik;
- Dagbesteding voorkomt verwervingscriminaliteit als er een vergoeding tegenover de verrichte werkzaamheden staat.

Bij het inzetten op dagbesteding zijn de volgende aspecten van belang:

- **Differentiatie:** de mogelijkheid een gedifferentieerd aanbod aan te kunnen bieden in dagbesteding of werk dat aansluit op de verschillende mogelijkheden van bewoners: bijvoorbeeld dagbesteding/ werk buiten de deur voor bewoners die dat kunnen, dagbesteding/ werk op de voorziening voor de bewoners voor wie dit een stap te ver is. Een rol hierbij speelt ook het aanbod van werkplekken: in sommige regio's lijkt verslaving een exclusiecriteria te zijn, voorzieningen in andere regio's lopen daar niet tegen aan. Bij het opzetten van een toegankelijk woningaanbod voor mensen met een dubbele diagnose moet dus ook aandacht zijn voor een toegankelijk aanbod van diensten er omheen (DAC's werkprojecten etc). Hiervoor is samenwerking met andere partners nodig, dat kan bijvoorbeeld vorm krijgen via maatschappelijke steunsystemen (zie blz. 68).

- **Toeleiding:** een goede toeleiding en het blijven motiveren van mensen voor dagbesteding. Voor het motiveren van mensen voor dagbesteding is een individuele benadering nodig, verwijzen alleen is (vaak) niet voldoende. Het inzetten van een traject/ activiteitenbegeleider of jobcoach kan hierbij helpen: deze heeft een meer uitgebreid netwerk om mensen aan een dagbesteding/werkplek te helpen die aansluit bij de mogelijkheden van bewoners en hun visie op het eigen herstelproces.
- **Cultuur:** een cultuuromslag binnen voorzieningen in het denken over dagbesteding: soms wordt gebruik ook door de begeleiding gezien als obstakel om aan dagbesteding te beginnen en wordt dit uitgesteld tot iemand zijn gebruik onder controle heeft. Dit terwijl dagbesteding juist ondersteunend kan zijn in het minderen van gebruik. Als binnen een woonvoorziening dagbesteding/werk als onderdeel van het wonen wordt gepresenteerd, creëert dit een sfeer waarin werken er bij hoort. De ervaring is dat dit andere bewoners meetrekt.
- **Beloning:** directe beloning met geld zorgt voor motivatie bij de groep chronisch verslaafden, hiermee voorkomt het ook verwervingscriminaliteit. Sommige instellingen organiseren zelf werkprojecten (veegploeg, klusjesdienst etc.), veel voorzieningen werken ook met een uitzendbureau waar mensen met een maatschappelijke beperking onder supervisie laagdrempelig kunnen deelnemen aan werkactiviteiten, vaak kunnen mensen zich hier per dag aanmelden. Veel voorkomende activiteiten zijn bijvoorbeeld schilderwerk, groenvoorziening en schoonmaak.

Praktijkvoorbeeld

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.

Bron: Place & Van Rooijen (2012)

Arbeidstoeleiding- en activeringsmethodieken

Om vorm te geven aan een aanbod van activering en dagactiviteiten zijn verschillende methodieken voorhanden. Rehabilitatiegerichte ondersteuning in het algemeen is gericht op de psychosociale aspecten van hulpverlening: het bieden van ondersteuning bij herstel van maatschappelijke rollen en participatie en het herstel van rollen en activering. Hiervoor zijn verschillende methodieken ontwikkeld zoals IRB en SRH. Deze staan meer uitgebreid beschreven in hoofdstuk 6. Er zijn ook een aantal methodieken die zich specifiek richten op werk en participatie. Hieronder bespreken we twee van dergelijke methodieken.

EVC

Erkenning Verworven Competenties (EVC) is een methodiek die uitgaat van krachtgericht werken en zich specifiek richt op het vergroten van vaardigheden. Een EVC traject helpt mensen om eigen competenties aan de hand van eigen (werk)ervaringen in beeld te brengen. Idealiter leiden de trajecten tot een groter gevoel van eigenwaarde en empowerment, vergroting van arbeidsmogelijkheden en uiteindelijk tot vermindering van de afstand tot de arbeidsmarkt. Ook binnen een aantal woonvoorzieningen worden deze trajecten aangeboden aan cliënten. Samen met MOVISIE voert het Trimbos-instituut een gerandomiseerd gecontroleerd effectonderzoek (RCT) uit naar de EVC methodiek.

Supported employment

Supported Employment (SE) is een arbeidsbegeleidingsmethodiek om mensen met ernstige en aanhoudende psychische aandoeningen te helpen regulier betaald werk te vinden. Supported employment gaat uit van het principe 'place, then train'. Iemand hoeft niet eerst in arbeidstoeleidingstrajecten vaardigheden op te doen, om vervolgens de stap te maken naar regulier werk, maar dit wordt omgedraaid: er wordt gezocht naar een reguliere baan en dan gekeken naar welke ondersteuning nodig is. Een specifieke vorm is IPS, dat in Nederland steeds breder wordt ingezet. Uit onderzoek blijkt dat Individual Placement & Support (IPS), effectiever is in het aantal plaatsingen in reguliere arbeidsorganisaties dan de meer traditionele arbeidsrehabilitatiebenaderingen. Kenmerken van IPS zijn:

- Iedere cliënt die wil werken is geschikt; niemand wordt uitgesloten;
- Regulier, betaald werk is het centrale doel;
- Er wordt snel en gericht naar een baan gezocht uitgaande van "place, then train";
- De voorkeuren van de cliënt staan centraal;
- Arbeidsintegratie is onderdeel van de GGZ-hulp; de IPS-trajectbegeleider maakt deel uit van een ambulant GGZ-team;
- Er wordt langdurige ondersteuning geboden, zowel aan de cliënt als aan de werkgever;
- Continue assessment: tijdens het hele traject wordt op basis van de ervaringen nagegaan welke functies en werkzaamheden voor de cliënt het meest geschikt zijn;
- Cliënten krijgen advies en ondersteuning bij uitkeringskwesties die zich kunnen voordoen bij werkhervatting.

In het kort

In woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose hoort deelname aan een vorm van dagbesteding een verwachting te zijn, geen uitzondering. Hierbij is een passend aanbod in dagactiviteiten en werk en bijbehorende (traject)begeleiding, een voorwaarde.

Belangrijke elementen zijn:

- Gedifferentieerd aanbod van dagbesteding, in samenwerking met andere partners;
- Individuele toeleiding en blijvend motiveren, bijvoorbeeld met behulp van trajectbegeleiders;
- Cultuuromslag in denken over mogelijkheden voor dagbesteding: ook bij (nog) gebruikende bewoners is dagbesteding van belang;
- Directe beloning kan bij de groep van chronisch verslaafden zorgen voor motivatie en dringt verwervingscriminaliteit terug.

Meer informatie:

- Database van Divorsa met interventies die erop gericht zijn om mensen zo effectief mogelijk naar werk of participatie te begeleiden: <http://www.interventiesnaarwerk.nl>;
- Sociale kaart: er zijn verschillende websites waar aanbod van werk, leren en ontmoeten is gebundeld. Bijvoorbeeld: www.jekuntmeer.nl (Utrecht, Amsterdam, Den Haag Zuid-Holland) www.ervaringswijzer.nl (landelijk met recensies van projecten door en voor cliënten);
- IPS: kenniscentrum Phrenos: biedt informatie en implementatie & trainingstrajecten voor IPS : <http://www.phrenos.nl/>;
- EVC: Erkenning Verworven Competenties: www.movisie.nl.

7.2.3 Maatschappelijke participatie & sociale contacten

Mensen met complexe psychische problemen en middelengebruik kampen vaak met een beperkt netwerk: bijvoorbeeld omdat contacten met familie slecht zijn of het netwerk vooral bestaat uit andere gebruikers uit de 'scene'. Eenzaamheid werd in de verrichte inventarisatie dan ook vaak als probleem genoemd waar de bewoners van voorzieningen mee kampen en waar aandacht voor nodig is. Hierboven is een aantal interventies beschreven gericht op arbeidsparticipatie en dagactiviteiten, maar als het gaat om maatschappelijke participatie gaat het om meer: het gaat om weer deel zijn van de maatschappij en voor vol worden aangezien. Zeker bij de groep chronisch verslaafden is er vaak sprake (geweest) van een spiraal van uitsluiting en stigmatisering. Wolf (2002) omschrijft dit als het proces van 'uitburgering'. Het gaat bij maatschappelijke participatie dus om de keerzijde van uitsluiting: burgerschap. Het gaat om opnieuw deelnemen aan de samenleving, gehoord en gezien worden (Pols, 2009). Het vormgeven van ondersteuning hierbij is individueel maatwerk en op de eerste plaats het proces van bewoners zelf, maar hieronder benoemen we drie aspecten die hierbij ondersteunend kunnen zijn.

Wijkgerichte initiatieven

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven is samenwerking met ketenpartners op wijkniveau van belang voor woonvoorzieningen. Dit geldt ook op het gebied van maatschappelijke participatie: de afgelopen jaren is er, in het kader van de WMO, een groeiende aandacht geweest voor het vormgeven van ondersteuning bij participatie aan kwetsbare burgers op wijk- en gemeenteniveau, waaronder mensen met een psychische handicap. Een van de methodieken hiervoor zijn maatschappelijke steunsystemen: netwerken gericht op het ondersteunen van het persoonlijke netwerk.

Maatschappelijke steunsystemen (MSS)

Maatschappelijke steunsystemen zijn netwerken gericht op het ondersteunen van het persoonlijke netwerk. Daartoe verenigt een MSS bestaande netwerken, contacten en activiteiten rondom een persoon. Een veel gehanteerde definitie van een maatschappelijk steunstelsel is:

"Een maatschappelijk steunstelsel is een gecoördineerd netwerk van personen, diensten en voorzieningen waarvan kwetsbare mensen zelf deel uitmaken en dat hen en eventueel aanwezige mantelzorgers op vele manieren ondersteunt om in de samenleving te participeren. Het betreft diensten op het gebied van zorg, welzijn en arbeid, en het gaat om zowel formele als informele ondersteuning."

(Naar: Van Weeghel & Dröes, 1999 in Verschelling & van de Lindt 2010)

Maatschappelijke steunsystemen zijn in eerste instantie ontwikkeld voor mensen die in de GGZ verbleven en bij de extramuralisering van de zorg ondersteuning op het gebied van participatie nodig hadden, maar er zijn ook initiatieven gericht op mensen met psychosociale problemen of mensen met langdurige verslaving. Zeker door de WMO is steeds meer nadruk komen te liggen op het organiseren van professionele en niet professionele ondersteuning bij de participatie van mensen met (psychische) kwetsbaarheden op gemeente & wijkniveau. Maatschappelijke steunsystemen zijn dan ook niet georganiseerd volgens een vast model, er zijn verschillende initiatieven opgestart vanuit bijvoorbeeld de GGZ, welzijnsinstellingen, woonvoorzieningen, gemeente of andere partijen om persoonlijke netwerken van mensen te versterken. Ondanks de verschillen tussen verscheidene initiatieven is er een aantal aandachtspunten geformuleerd om een MSS te ontwikkelen:

1. Inventariseer vraag en aanbod;
2. Stel vast op welke terreinen en op welke doelgroepen een MSS zich vooral zal richten;
3. Sluit aan bij en verbind met wat er al bestaat in de regio;
4. Betrek mensen met een psychische kwetsbaarheid bij alle activiteiten;
5. Creëer samenwerking en draagvlak;
6. Zorg voor financiering;
7. Stel een regisseur aan;
8. Ga aan de slag en blijf de samenwerking monitoren en evalueren.

(Bron: handreiking MSS Verschelling & Van de Lindt 2010).

De handreiking is te downloaden op de website van GGZ Nederland: www.ggz nederland.nl.

Als woonvoorziening kan aansluiting worden gezocht of het initiatief worden genomen voor een vorm van een maatschappelijk steunstelsel of andere initiatieven gericht op participatie.

Cliëntgestuurde initiatieven

Verschiedene cliëntgestuurde projecten zijn gericht op participatie en werk en kunnen ondersteunend zijn in het bieden van mogelijkheden om het persoonlijk netwerk uit te breiden. Bijkomend voordeel kan zijn dat binnen deze initiatieven mensen met vergelijkbare beperkingen kampen en veel initiatieven gericht zijn op lotgenotencontact. LOC zeggenschap in de zorg maakt het onderscheid in de volgende type initiatieven:

- Informatie en belangenbehartiging (belangenbureaus en informatiesteunpunten);
- Ontmoeting en zelfhulp (psychiatrie cafe's, inloophuizen, huiskamerprojecten);
- Onderlinge steun (maatjesprojecten of vriendendiensten);
- Arbeids(rehabilitatie) projecten waarin deelnemers weer aan het werk kunnen gaan (bijvoorbeeld in een computerwerkplaats, een uitgeverij, een cateringbedrijf);
- Opvang en zorg (Woonprojecten zoals wegloop- en opvanghuizen).

Contact en samenwerking met cliëntinitiatieven kunnen dus toegang bieden tot laagdrempelige mogelijkheden tot vrijwilligerswerk. Bovendien kunnen dergelijke projecten toegang geven tot onderlinge steun en kunnen medecollega's/ vrijwilligers een voorbeeldfunctie vervullen en perspectief bieden.

Ondersteuning bij sociale contacten

Een van de aspecten van woonbegeleiding is het bieden van ondersteuning bij (herstel van) sociale contacten. Dit kan een onderdeel vormen van het individuele begeleidingsplan. Veel woonvoorzieningen organiseren naast individuele begeleiding ook activiteiten om het (herstellen van) contact met het sociale netwerk van bewoners te bevorderen, zoals familiedagen. Desondanks geven veel voorzieningen aan dat veel bewoners kampen met een zeer beperkt sociaal netwerk en dat contact met familie vaak moeizaam verloopt. Het inzetten op herstel van sociale contacten is dus juist bij deze groep bewoners nodig. Manieren om familie en naastbetrokkenen bij de begeleiding te betrekken zijn:

- Regelmatig contact voor informatie-uitwisseling;
- Gebruik van Triadekaart/familiekaart waarmee de taken en rol van familie en professionals kunnen worden afgestemd;
- 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, e.a., 2009).

In het kort

Ondersteuning bij maatschappelijke participatie en herstel van sociale contacten is voor veel mensen met een dubbele diagnose van groot belang: veel mensen hebben tijdens perioden van gebruik veel contacten verloren en hebben te maken met stigmatisering en uitsluiting.

Bij maatschappelijke participatie en herstel van sociale contacten moet aandacht zijn voor:

- Individuele begeleiding die uitgaat van wensen van de cliënt;
- Zoeken van aansluiting bij andere (wijkgerichte) initiatieven en cliënteninitiatieven;
- Zoeken van aansluiting bij maatschappelijke steunsystemen;
- Open houding naar de buurt;
- Inzetten op het herstel van contacten met naastbetrokkenen.

Meer informatie

- MSS: Handreiking MSS is te downloaden op de website van GGZ Nederland: www.ggznederland.nl;
- LFOS: vereniging van cliëntgestuurde projecten van mensen met psychische en psychosociale problemen. Op de website is een landelijke lijst van cliëntgestuurde initiatieven terug te vinden: www.lfos.nl;
- 8-fasenmodel: www.movisie.nl.

8 Focus op dubbele diagnose

8.1 Inleiding

De begeleiding van mensen met een dubbele diagnose kan woonbegeleiders voor vraagstukken stellen. Deze vraagstukken gaan over de inhoud van de begeleiding: hoe geef je aandacht aan de samenhang tussen psychiatrische problemen en middelengebruik? Maar kan ook gaan over de specifieke dilemma's die de combinatie van gebruik en psychiatrische problemen met zich mee kan brengen: hoe ga je om met bewoners die gebruiken, wat wordt wel en wat niet getolereerd en hoe wordt omgegaan met eventuele sancties? Wat kan je binnen een woonvoorziening doen om de veiligheid van bewoners en medewerkers te garanderen? In dit hoofdstuk gaan we in op bovenstaande vragen en hantieren hierbij het model voor geïntegreerd werken, IDDT, omdat dit handvatten biedt om zowel de inhoud van de begeleiding als de organisatie van begeleiding vorm te geven.

8.2 Inhoudelijke focus op dubbele diagnose

Om inhoudelijk vorm te geven aan het bieden van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose zijn de volgende onderwerpen en methodieken van belang:

Specifieke scholing

Om in de begeleiding bewoners ondersteuning te kunnen bieden bij zowel verslaving als psychiatrische problemen is het vereist dat begeleiders (basis)kennis hebben over beide terreinen. Praktisch gaat het dan om:

- Kennis van de basisprincipes van psychopathologie;
- Herkennen van gebruik en verslaving;
- Kennis over middelen en effecten: specifiek over de interacties tussen middelengebruik en psychiatrische stoornissen;
- Kennis over dubbele diagnostiek: de samenhang tussen verslaving en psychiatrische problemen;
- Basisprincipes van een dubbele diagnose behandeling;
- Omgaan met mensen met een dubbele diagnose.

Er is in Nederland een trainingsaanbod voorhanden om medewerkers hier in te scholen. Belangrijk is dat er in een team in ieder geval een aantal mensen beschikt over bovenstaande kennis en vaardigheden, zodat zij ook andere teamleden kunnen bijstaan in de begeleiding van bewoners met een dubbele diagnose.

Meer informatie

- Het landelijk expertisecentrum dubbele diagnose (LEDD) biedt verschillende cursussen aan op het gebied van dubbele diagnose en motiverende gespreksvoering die ook geschikt zijn voor woonbegeleiders: www.ledd.nl;
- Stichting Mainline, een organisatie voor harm reduction, heeft een specifieke cursus ontwikkeld voor RIBW's over middelen en psychiatrie: www.mainline.nl;
- Op www.ledd.nl is diverse informatie te downloaden over geïntegreerd werken dat een scholingsaanbod kan ondersteunen. o.a.:
 - Toolkit IDDT
 - Werkboek IDDT

Bespreekbaar maken van verslaving

Zowel in voorzieningen waar gebruik wordt toegestaan als op voorzieningen waar strenge regels zijn rond gebruik is middelengebruik vaak een lastig onderwerp tussen begeleiders en bewoners, bijvoorbeeld omdat het vaak samengaat met criminele activiteiten. Het is wel van belang dit te bespreken, omdat gebruik vaak alle levensgebieden van iemand beïnvloedt. Er zijn specifieke methodieken die ondersteunend kunnen zijn in het bieden van begeleiding aan deze doelgroep, specifiek op het gebied van dubbele diagnostiek. Deze kunnen helpen bij het bespreekbaar maken van gebruik: hieronder bespreken we motiverende gespreksvoering, psycho-educatie en het inzetten van beloningsstrategieën.

Specifieke methodieken gericht op dubbele diagnose problematiek

IDDT model

Integrated dual disorder treatment (IDDT) kan worden gebruikt voor zowel het inhoudelijk als organisatorisch vormgeven van de zorg. In hoofdstuk 2 staat al beschreven hoe het model van IDDT organisatorisch vraagt om het vormgeven van gefaseerde huisvesting, dat aansluit bij het herstelproces van bewoners.

Ook zorginhoudelijk kan IDDT van waarde zijn binnen woonvoorzieningen. Geïntegreerd werken gaat over het hebben van aandacht voor de samenhang voor psychiatrische en verslavingsproblemen binnen verschillende settings, op verschillende levensgebieden door zowel de begeleiding als de behandeling. Bij de groep mensen met een dubbele diagnose problematiek die binnen woonvoorzieningen verblijft, is het vaak niet genoeg om uitsluitend een focus te hebben op het begeleiden op praktische levensgebieden. Vaak is verslaving zo verweven met alle levensgebieden dat ook de woonbegeleiding op een gestructureerde manier aan de verslavingsproblematiek aandacht moet schenken. De vorm die dit krijgt kan verschillen, afhankelijk van de manier waarop de samenwerking met behandelaren er uit ziet. Persoonlijk begeleiders kunnen bijvoorbeeld een rol spelen in verslavingscounseling, of dit duidelijk afstemmen met behandelaren. Van belang is in ieder geval dat er ook bij woonbegeleiders aandacht is voor en inzicht is in, de vaak complexe verwevenheid van psychiatrische en verslavingsproblemen. IDDT kan hierbij handvatten bieden. Vooral de twee belangrijkste uitgangspunten van dit model: het hebben van aandacht voor de verslaving en psychiatrische problematiek en het aansluiten bij de (motivatie) fase van een cliënt voor de problemen waar hij mee te maken heeft, zijn dan relevant. Het vastleggen van de motivatie fase waarin iemand zich bevindt op het gebied van zowel zijn psychiatrische problematiek als middelengebruik is van belang omdat:

- Het hebben van aandacht voor de motivatiefase van bewoners waarborgt dat in de ondersteuning de focus blijft op het bieden van hoop en perspectief en niet op beheersing en stabiliseren: iets wat bij cliënten met dubbele diagnose problematiek een valkuil kan zijn.
- Het vaststellen van de motivatiefase een manier is om begeleiding en behandeldoelen op elkaar af te stemmen en de samenwerking tussen behandeling en begeleiding inhoudelijk vorm te geven.

Praktijkvoorbeeld

In het bieden van de juiste ondersteuning aan mensen met een dubbele diagnose is een goede inhoudelijke afstemming en samenwerking tussen behandeling en begeleiding van belang. De begeleiding kan ook inhoudelijk betrokken worden bij de dubbele diagnose problematiek van bewoners.

In GGZ Duin en Bollenstreek hebben woonbegeleiders bijvoorbeeld een rol in leefstijltrainingen: Zij vullen samen met cliënten het dagboek in dat hoort bij deze training. Dit werkt goed: op deze manier worden bewoners extra gemotiveerd voor deze training en krijgen begeleiders meer inzicht in de situatie van bewoners. Hierdoor is onder medewerkers ook meer inzicht in dubbele diagnose problematiek van bewoners en is er meer draagvlak voor een specifiek aanbod voor deze groep.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een directieve en cliëntgerichte benadering, bedoeld om mensen te helpen hun problemen te onderkennen en hen vervolgens aan te zetten tot en te ondersteunen bij gedragsverandering. Motiverende gespreksvoering benadrukt autonomie, samenwerking en uitlokken van inzicht (Miller & Rollnick, 2005). De hulpverlener versterkt de interne motivatie voor verandering. Het fundament van motiverende gespreksvoering is de 'motivational spirit'. Daarmee wordt bedoeld een open, uitnodigende en niet oordelende basishouding van de hulpverlener, gericht op samenwerking en met respect voor de autonomie van de patiënt. Uitgangspunt is dat iemand vanwege zijn eigen argumenten uiteindelijk de keuzes maakt. De rol van de hulpverlener is om in een gesprek op zoek te gaan naar de eigen argumenten van de cliënt om te veranderen.

Motiverende gespreksvoering steunt op vier basisprincipes:

1. *Empathie uitdrukken*. Door reflectief te luisteren, probeert de hulpverlener op zowel inhoudelijk, als op gevoelsniveau aan te sluiten en te weerspiegelen wat de client wil overbrengen;
2. *Bespreken en uitvergroten van de ervaren ambivalentie* over gedragsverandering. De cliënt wil dikwijls zowel de voordelen van de huidige situatie, als de voordelen van de verandering;
3. *Meebewegen met de weerstand* van de patiënt ten opzichte van verandering. Dit betekent begrip en belangstelling bieden voor de argumenten van de patiënt in plaats van in discussie te gaan of de patiënt proberen te overtuigen. Weerstand tegen verandering wordt binnen motiverende gespreksvoering gezien als een interactieprobleem. Door met de weerstand mee te bewegen, wordt de patiënt uitgenodigd om zelf argumenten voor verandering aan te dragen;
4. *Versterken van het gevoel van eigenwaarde en zelfvertrouwen*. Dit kan onder andere door samen te zoeken naar eerdere succeservaringen. Hierdoor kan de cliënt de moed vatten om te kiezen voor verandering (Miller & Rollnick, 2002).

Bron: De Jonge, J, M. Giffen (2012). Motiveren van dubbele diagnose patiënten en de stadia van gedragsverandering (in voorbereiding).

Binnen woonvoorzieningen kan motiverende gespreksvoering handvatten bieden om de dagelijkse begeleiding vorm te geven en om te gaan met zowel de psychiatrische als de verslavingsproblematiek van bewoners. In een aantal voorzieningen zijn hulpverleners hierin getraind en maakt training in MGV deel uit van de specialisatie voor werken met cliënten met een dubbele diagnose. De ervaringen hiermee zijn positief, maar de erva-

ring wijst uit dat motiverende gespreksvoering een ingewikkelde gesprekstechniek is, waarbij boosters en intervisie nodig zijn om deze vaardigheden te behouden en te verdiepen. Een goede manier om dit vorm te geven is de interne opleiding van trainers MGV, bijvoorbeeld via een train de trainer. Op die manier zijn er intern mensen die intervisie en boosters MGV kunnen verzorgen.

Uitgelicht: MGV bij mensen met een dubbele diagnose

Motiverende gespreksvoering heeft zijn oorsprong in de verslavingszorg. MGV wordt inmiddels ook succesvol in de behandeling van allerlei andere aandoeningen en problemen ingezet. Wat betreft het gebruik voor dubbele diagnose cliënten verschilt de aanpak niet fundamenteel. Wel zijn er aanpassingen wenselijk:

- De hulpverlener heeft gedegen kennis over interacties tussen psychiatrie en verslaving nodig, zodat er op motivationele wijze gericht informatie kan worden gegeven om kennis bij de cliënt te vergroten en interne motivatie te prikkelen;
- De hulpverlener dient rekening te houden met cognitieve beperkingen, bijvoorbeeld als gevolg van psychosen/schizofrenie. Dat betekent: korte reflecties, niet teveel open vragen, vaker samenvatten, geen reflecties op inhoud van wanen en hallucinaties en gesprekken korter houden in verband met geringe concentratie;
- De ervaring wijst uit dat motiverende gespreksvoering een vrij ingewikkelde gesprekstechniek is, waarbij boosters en intervisie nodig is om deze vaardigheden in een team te behouden en te verdiepen. Een goede manier om dit vorm te geven is de interne opleiding van trainers MGV, bijvoorbeeld via een train de trainer;
- De hulpverlener moet goed kunnen afstemmen wanneer hij wel en wanneer hij juist niet motivationele interventies kan inzetten: er moet worden voorkomen dat dergelijke interventies weerstand oproepen en de begeleidingsrelatie juist onder druk zetten.

(Zie ook Handreiking geïntegreerd werken. A. van Wamel, Trimbos-instituut 2012).

Meer informatie over MGV

- De Jonge, J, M. Giffen (2012). Motiveren van dubbele diagnose patiënten en de stadia van gedragsverandering, (in voorbereiding);
- Schippers, G., J. De Jonge (2002). Motiverende gespreksvoering, MGV (57), 250-255;
- Miller, W.R., S. Rollnick (2002). Preparing people for change. New York: Guilford Press;
- Training MGV: www.ledd.nl (ook train de trainers);
- MINT: Internationaal netwerk voor MGV: www.motivationalinterview.net/mint.

Psycho-educatie

Psycho-educatie bestaat uit gestructureerde informatie, training en voorlichting aan patiënten (of hun familieleden). Doel is om de kennis, acceptatie en begrip over ziektebeeld, diagnostiek en behandel mogelijkheden te vergroten. Psycho-educatie kan individueel worden aangeboden, maar ook in groepsverband: vaak gaat het dan om een cursusaanbod. Het aanbieden van psycho-educatie wordt vaak beschouwd als een taak van behandeling, maar het aanbieden van een dergelijk (groeps)aanbod op een woonvoorziening kan wel degelijk voordelen hebben:

- Een groepsaanbod voor psycho-educatie op een woonvoorziening is voor veel mensen laagdrempeliger dan een behandelsetting. Hierdoor wordt het aanbod ook toegankelijk voor de groep bewoners die niet gemotiveerd is voor behandeling.
- Een aanbod van psycho-educatie op een woonvoorziening kan helpen om gebruik en psychiatrie op de voorziening zelf beter bespreekbaar te maken tussen medewerkers en bewoners en tussen bewoners onderling.

Om een aanbod van psycho-educatie op een woonvoorziening voor mensen met een dubbele diagnose vorm te geven is het vaak nodig om de vorm en inhoud van het aanbod aan te passen: bijvoorbeeld een doorlopend aanbod en rekening houdend met eventuele cognitieve beperkingen van mensen. Samenwerking met behandelaren is hierbij van belang: ze kunnen de groep (mede) begeleiden en meedenken over op welke manier een aanbod op dit gebied opgezet kan worden, dat aansluit bij de mogelijkheden en wensen van bewoners. Zoals ook besproken in hoofdstuk 6 kan een groepsaanbod ook belangrijke andere functies hebben voor bewoners, bijvoorbeeld herkenning en erkenning en lotgenotencontact. Psycho-educatie kan dan een onderdeel zijn van een groepsaanbod dat een bredere insteek heeft.

Pilot 'gebruik met verstand'

Hostel Wittevrouwen van de SBWU biedt drugsgebruikende dak- en thuislozen in eerste instantie 'bed, bad en brood' en ondersteuning bij praktische zaken. De insteek van het hostel is om een heel laagdrempelige begeleiding te bieden, waarbij de nadruk ligt op het maken van contact en het creëren van een vertrouwensband. Maar ook om aan te sluiten bij ontwikkelingen die bewoners doormaken en om ze verder te activeren, zonder ze daarbij te overvragen. Veel bewoners zijn immers eerder vastgelopen in verschillende hulp- en begeleidingstrajecten.

Om de bewoners die daar behoefte aan hebben een vorm van begeleiding te bieden die verder gaat dan alleen praktische ondersteuning, is het hostel in 2009 begonnen met een pilot: een gespreksgroep over middelengebruik voor de bewoners van het hostel, onder de titel '*gebruik onder de loep*'. Verwacht werd dat de bewoners in de groep zouden reflecteren op de redenen van hun gebruik en de samenhang tussen gebruik en hun levensloop in kaart konden brengen. Doel van de groep was dus niet zozeer het veranderen van gebruik, maar het openen van het gesprek over gebruik en het stimuleren van een bewustwording over de redenen ervan. De pilot bestond uit tien groepsbijeenkomsten en werd gevolgd door een onderzoek (Muusse, 2011). De groep had een laagdrempelig en niet veroordelend karakter, waarin vooral wederzijdse steun centraal stond. In principe was iedereen welkom in de groep. Bewoners mochten komen wanneer ze wilden en het gespreksthema werd door bewoners bepaald. Om de groep laagdrempelig en zo veilig mogelijk te organiseren werd ervoor gekozen om deze te laten begeleiden door een medewerker van Stichting Mainline, een organisatie die zich richt op *harm reduction*.

Vaak worden de mogelijkheden voor langdurig verslaafden om te functioneren in groepen geproblematiseerd. Uit deze pilot is gebleken dat voor een aantal bewoners dit, op eigen voorwaarden, zeker wel mogelijk is. Bovendien blijkt dat een gespreksgroep de bewoners van langdurige woonvoorzieningen voor dak- en thuislozen ook iets te bieden heeft, namelijk een podium waar ze kunnen reflecteren op eigen ervaringen, elkaar beter leren kennen en een plek om soms voorzichtig vooruit te kijken. Hiermee sloot de groep aan bij een behoefte van (een gedeelte) van de bewoners.

Bron: Muusse e.a., (2012). Groepsgerichte behandeling bij dubbele diagnose cliënten (in voorbereiding).

Beloningsstrategieën

Uit de inventarisatie blijkt dat het motiveren van bewoners voor bijvoorbeeld dagbesteding vaak als een knelpunt wordt ervaren. Een aantal voorzieningen denkt daarom ook na over het inzetten van beloning als extra motivatie, ook omdat hiermee positief gedrag wordt beloond in plaats van negatief gedrag gesanctioneerd. Er zijn verschillende methodieken ontwikkeld die nu nog niet breed worden toegepast binnen woonvoorzieningen, maar aanknopingspunten bieden om het principe van belonen binnen woonvoorzieningen verder vorm te geven.

Zowel een Token economy en Contingency management zijn gebaseerd op het idee van operante conditionering: als gedrag positief wordt bekrachtigd, neemt de frequentie ervan toe. Bij het toepassen hiervan is het belangrijk dat vooraf wordt afgesproken welk specifiek gedrag wordt beloond: bijvoorbeeld het inleveren van een schone UC, deelname aan dagbesteding, op tijd opstaan etc. Ook is het van belang dat het positieve gedrag onmiddellijk wordt beloond. Het gebruik van vouchers of tokens voorkomt dat een geldelijke beloning kan worden omgezet in middelen: de vouchers kunnen dan later worden ingewisseld voor een cadeaubon, bioscoopkaartje etc. Uit onderzoek blijkt dat de Contingency management benadering effectief is en toepasbaar bij veel verschillende doelgroepen (Fuentes, 2008). Doel van het inzetten van een Token economy is afhankelijk van de behandel/begeleidingsdoelen: het kan abstinentie zijn, maar ook het betrekken van mensen in behandeling. Toch wordt er nog weinig gebruik gemaakt van dit principe in de praktijk, soms door de kosten van beloning en soms vanuit het idee dat 'verslaafden niet beloond moeten worden'. De ervaringen die wel zijn opgedaan zijn positief en kunnen ook binnen woonvoorzieningen worden toegepast.

In het kort:

Bij het bieden van woonbegeleiding zijn verschillende aspecten van belang:

- **Specifieke scholing van medewerkers:** gericht op herkennen van gebruik en psychopathologie, de samenhang tussen psychiatrische en verslavingsproblemen en de basisprincipes van een dubbele diagnose behandeling;
- **Bespreekbaar maken van gebruik:** Gebruik beïnvloedt veel levensgebieden. Het bespreekbaar maken van gebruik op een voorziening, zowel tussen bewoners onderling als tussen bewoners en medewerkers, is van belang;
- **Specifieke methodieken** gericht op dubbele diagnose problematiek:
 - MGV
 - IDDT
 - Psycho-educatie
 - Beloningsstrategieën

8.3 Veiligheid & Omgang met gebruik

Veel vraagstukken in de begeleiding van mensen met een dubbele diagnose gaan over de omgang met gebruik van bewoners.

Dit kan gaan over de *inhoud van de begeleiding*: hoe ga je om met gebruik? Wat doe je als iemand (te) veel gebruikt? Waar trek je de grens, hoe lang is iemand nog begeleidbaar? En wat doe je als dit niet langer zo is?

Het kan ook gaan om *veiligheid en beheersbaarheid*: welk sanctiebeleid wordt gehanteerd? Hoe garandeer je de veiligheid van medewerkers en bewoners? Hoe ga je om met agressie of criminele activiteiten? Hoe ga je om met dealen in of rond een voorziening?

In deze paragraaf wordt op zowel de omgang met gebruik als op het vormgeven van veiligheid en beheersbaarheid dieper ingegaan. Het uiteindelijk vormgeven van beleid rond middelengebruik en het daarop aansluitende sanctiebeleid zal per instelling en voorziening verschillen. Eenduidige algemene richtlijnen zijn hiervoor dus niet te geven. In 2008 is er door Zorgconsult Nederland een toolkit samengesteld voor GGZ-instellingen voor veiligheidsbeleid rond drugs en alcohol (Zorgconsult Nederland, 2008). In de toolkit zijn praktische tips en voorbeelden te vinden voor o.a. het vormgeven van huisregels, richtlijnen bij schorsing en gedwongen ontslag en gedragscodes. In de volgende paragrafen zal hier regelmatig naar worden verwezen en deze is ook te vinden op de LEDD site. In de toolkit wordt ook een aantal aspecten benoemd die bepalend zijn hoe beleid rond middelengebruik uiteindelijk vorm krijgt. Dit zijn:

- **Behandel/ begeleidingsdoelen:** de uitwerking van huisregels omtrent gebruik, attitude tegenover middelen en sancties zullen afhankelijk zijn van de begeleidingsdoelen van een voorziening: is de voorziening gericht op het ondersteunen van abstinentie, of op het reguleren van gebruik? Bij het instellingsbreed opstellen van richtlijnen rond gebruik van alcohol en middelen moet met deze verschillen in begeleidingsdoelen rekening worden gehouden.
- **Setting & context:** een andere behandel- of begeleidingscontext vraagt om een andere omgang met gebruik. Een reguliere RIBW zal bijvoorbeeld andere regels hanteren rond (gematigd) gebruik van alcohol dan een gespecialiseerde dubbele diagnose voorziening. Ook de mate van zelfstandigheid van bewoners zal van invloed zijn op de manier waarop deze regels worden gehanteerd.
- **Professionele optiek en discipline & individuele opvattingen tegenover gebruik:** Zowel professionele inschattingen over de gevolgen van gebruik als individuele waarden, normen en tradities van medewerkers hebben invloed op de manier waarop omgang met gebruik vorm krijgt. Van belang is het opstellen van een gemeenschappelijk kader en visie op gebruik dat zowel medewerkers als bewoners duidelijkheid geeft.

8.3.1 Omgang met gebruik

Hoe ga je als woonbegeleiding om met bewoners die gebruiken? Zoals hierboven geschetst is dit erg afhankelijk van het doel van de begeleiding en de setting. Uitgangspunt is altijd de bejegening: Om een voorziening waar mensen die gebruiken verblijven beheersbaar te houden, moet je als begeleidingsteam vooral inzetten op het opbouwen van een goede relatie en de juiste manier van bejegenen, om op die manier agressie en andere incidenten te voorkomen. Daarnaast zijn er een aantal meer algemene aspecten die van belang zijn:

- **Focus op gedrag:** Belangrijk uitgangspunt van de meeste voorzieningen is het gesprek proberen aan te gaan over gedrag en hier afspraken over te maken, maar verantwoordelijkheid neer te leggen bij de bewoner. Niet zozeer gebruik zelf, maar wel het gedrag is reden om iemand aan te spreken. Om het gesprek open te houden moet worden voorkomen dat je als voorziening in sancties 'schiet' en gebruik daardoor minder bespreekbaar wordt. Sancties kunnen vaak juist meer weerstand en agressie oproepen.
- **Individuele afspraken:** afspraken over gebruik dienen onderdeel te zijn van een individueel begeleidingsplan, waar een signaleringsplan onderdeel van uitmaakt.

Het signaleringsplan moet meer zijn dan een stuk papier, maar wordt ingezet in de dagelijkse praktijk en kan ook aangegrepen worden om met bewoners het gesprek aan te gaan als er bijvoorbeeld een terugval dreigt. Omdat het uitgaat van afspraken met de cliënt zelf hebben woonbegeleiders dan ook eerder de mogelijkheid daarover met de bewoner een gesprek aan te gaan in plaats van iemand aan te spreken op negatief gedrag. De afstemming met betrokken behandelaren is hierbij belangrijk omdat daardoor in geval van een crisis snel kan worden gereageerd. Bovendien is de begeleiding beter voorbereid als ze weten wat er met iemand aan de hand is. Binnen een aantal voorzieningen wordt gewerkt met het afnemen van UC's: dit moet een specifiek begeleidingsdoel dienen en ook zijn vastgelegd in het begeleidingsplan. Binnen huizen die gericht zijn op abstinentie kunnen controles een veilige woonomgeving creëren, of het kan ondersteunend zijn bij het grip krijgen op gebruik, bijvoorbeeld als ook beloningsstrategieën worden ingezet.

- Afspraken over toegang tot gespecialiseerde zorg en instellingen: er dient vastgelegd te worden wat de mogelijkheden van de BW zijn om terug te vallen op een kliniek.

8.3.2 Veiligheid en beheersbaarheid: preventie en sancties

Voorkomen agressie:

Als het gaat om beheersbaarheid en veiligheid binnen woonvoorzieningen zal in eerste instantie ingezet moeten worden op het voorkomen van agressie-incidenten en grensoverschrijdend gedrag. Belangrijk daarbij is:

- Inzetten op bejegening:

Rondom beheersing en veiligheid en het omgaan met grensoverschrijdend gedrag (zoals agressie, dealen etc.) wordt vooral gesproken over bejegening en het aangaan van een relatie met bewoners. Vanuit die relatie kunnen bewoners aangesproken worden. Bejegening is voor veel respondenten de essentie van beheersbaarheid: zoals gezegd is het hierbij zoeken tussen afstand en mensen niet te dicht op de huid zitten en juist aanwezigheid, gelijkwaardigheid, signaleren en weten wat er speelt. *'Je moet niet politieagent zijn, maar wel duidelijke grenzen stellen'*. Daarnaast wordt genoemd dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor het positieve in plaats van het negatieve te sanctioneren. Zoals eerder genoemd sluiten methodieken als krachtgericht werken, en CRA hierop aan.

- Passende begeleiding:

Snel inzetten op sancties kan de begeleidingsrelatie onder druk zetten en juist meer weerstand oproepen. Het voorkomen van doorschieten in sancties kan ook worden voorkomen door te zorgen voor een goed begeleidingsplan en vooral goed monitoren hoe het met iemand gaat, zodat incidenten kunnen worden voorkomen. De samenwerking met behandelaren, zoals besproken in hoofdstuk 3, is hierbij belangrijk.

- Passend hulpaanbod:

Om grensoverschrijdend gedrag en agressie te voorkomen is het van belang dat bij binnenkomst goed wordt gekeken welke woonvoorziening geschikt is voor iemand (zie hoofdstuk 2). Er is behoefte aan een gedifferentieerd woningaanbod en instellingen moeten zorgen voor een goede toeleiding zodat mensen niet op plekken zitten waar ze zich niet aan de regels kunnen houden.

- Heldere communicatie

Het is van belang om te zorgen voor een goede communicatie en openheid naar bewoners toe: het moet voor iedereen helder zijn wat er van bewoners en medewerkers wordt verwacht en wat wel en niet is toegestaan, bij voorkeur worden deze afspraken in overleg met de bewoners vastgelegd. Het is van belang dat het hele team op één lijn zit en er niet wordt geschoven in de afspraken die zijn gemaakt. Deze duidelijkheid biedt houvast voor medewerkers en bewoners. Hiervoor is het essentieel dat er een duidelijke visie is vanuit de instelling over verslaving: veel gedogen zonder duidelijke visie kan snel uit de hand lopen en leidt dan juist tot sancties. Het hebben van duidelijke regels kan gezien worden als een vorm van klantvriendelijkheid: het is een voorwaarde om een ondersteunende relatie aan te kunnen gaan. Tegelijkertijd blijkt dat teveel huisregels weerstand kunnen oproepen. Het streven moet zijn om te werken met een beperkt aantal huisregels, waarbij het zowel voor bewoners als voor begeleiders duidelijk is hoe ze worden gehanteerd en waarom ze worden gehanteerd.

- Monitoren

Het vroegsignaleren van geagiteerd gedrag kan problemen voorkomen. Een signaeringsplan en bijbehorend preventieplan, dat met de bewoners en ook in samenspraak met de behandelaar wordt opgesteld is daarbij een goed hulpmiddel. Ook om na een incident na te bespreken hoe eventueel anders gereageerd kan worden bij een volgende crisis.

Huisregels en sancties

Het voorkomen van grensoverschrijdend gedrag zit volgens de meeste respondenten dus allereerst in een goede bejegening en het bieden van een passend hulpaanbod, maar wat doe je als cliënten toch grensoverschrijdend gedrag vertonen en bijvoorbeeld een gevaar zijn voor andere bewoners in een voorziening? Wat zijn de regels en waar trek je een grens?

- Huisregels: Om de veiligheid van medewerkers en andere bewoners te beschermen zijn afspraken en huisregels van belang. Een voorziening voor langdurig verslaafde dak- en thuislozen laat bijvoorbeeld geen bezoek binnen om te voorkomen dat er dealers van buitenaf het pand in komen. Het wel of niet gedogen van 'huisdealers' is vaak een moeilijk punt. In huizen waar gedoogd wordt zijn vaak afspraken over gebruik op de eigen kamer, niet gebruiken in bijzijn van medewerkers en niet gezamenlijk met andere bewoners om uitbuiting en hiërarchie van de straatscène zoveel mogelijk buiten de deur te houden. Ook hier lijkt van belang dat er een duidelijke visie is op gebruik en gedrag, zodat voor iedereen helder is wat wel en niet wordt toegestaan. In de toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol zijn richtlijnen voor het opstellen van een huisreglement opgenomen als ook een model huisreglement drugs en alcohol en een model gedragscode voor drugs en alcohol.

Model Huisreglement Drugs en Alcohol

Naam van de instelling/afdeling:

Datum:

Inleiding

In deze instelling gelden de volgende huisregels voor een goede gang van zaken in huis. In het individuele behandelingsplan kan van deze huisregels worden afgeweken. De afspraken in uw behandelingsplan hebben voorrang op de huisregels. De huisregels met betrekking tot drugs en alcohol zijn opgesteld om het verblijf in de instelling zo veilig mogelijk te maken.

Daar het niet eenvoudig is om als verschillende individuen met elkaar te moeten samenleven, kan van een ieder verlangd worden dat men op een respectvolle wijze met elkaar omgaat.

Het huisreglement geldt voor cliënten. Iedereen behoort zich aan deze regels te houden en bij het zien van een overtreding dit te melden.

Bezoek

Het bezoek dat u mag ontvangen tijdens de bezoektijden, in de (bezoek)kamer of op het instellingsterrein mag geen drugs/alcohol bij zich hebben.

Telefoneren

U mag niet telefoneren om drugs/alcohol te bestellen of afspraken te maken met personen die u drugs/alcohol leveren.

Post

U mag geen drugs/alcohol aan u zelf per post laten bezorgen.

Gevaarlijke voorwerpen

Het is niet toegestaan naalden en/of aanstekers in uw bezit te hebben.

Roken

Er zijn verschillende ruimtes waar gerookt kan worden, deze zijn...(benoemen). In verband met brandgevaar is het niet toegestaan te roken op de slaapkamers.

Alcohol

Alcoholgebruik is niet toegestaan/toegestaan voor zover het de orde op de afdeling en op het instellingsterrein niet verstoort en het niet in strijd is met de afspraken die hierover gemaakt zijn in uw behandelingsplan.

Drugs

Het in bezit hebben van, het handelen in en het gebruiken van drugs is niet toegestaan.

Handelen

Om misverstanden tussen patiënten en gevoelens van ongenoegen te voorkomen wordt u dringend verzocht binnen de instelling niet onderling in drugs te handelen, te ruilen of geld te lenen om drugs te kopen.

Voorzieningen

In onze instelling is er een voorziening (gebruikersruimte) aanwezig waar u gebruik van kunt maken voor het toegestane softdrugsgebruik.

Belangrijke andere brochures/informatiemateriaal

Deze instelling heeft een gedragscode drugs en alcohol en brochures over de volgende onderwerpen:

- Drugs
- Alcohol

Bron: Zorg Consult Nederland (2008). Toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol een toolkit voor GGZ-instellingen.

Deze toolkit is ook te downloaden via www.led.nl.

- Time outs: veel genoemde sancties zijn kortere time outs van soms een paar uur en een langere time-out van 2-3 dagen. Soms betekent een time out dat iemand op zijn eigen kamer moet blijven voor bijvoorbeeld 24 uur. In verband hiermee wordt door sommige respondenten genoemd dat ze behoefte hebben aan een soort time out voorziening/ respijthuis, waar een bewoner heen kan als het op de voorziening zelf niet meer gaat en er een adempauze wordt gecreëerd. Nu is voor sommige voorzieningen de enige mogelijkheid om iemand uit te zetten de nachtopvang. Grotere organisaties hebben hier een voordeel: zij kunnen gemakkelijker iemand overplaatsen naar een andere voorziening.
- Schorsing en uitplaatsing: Bij meer ernstige incidenten wordt er gewerkt met officiële waarschuwingen, waarbij bij de derde waarschuwing iemand uit de voorziening wordt geplaatst. Of er dan een alternatieve plek is waar iemand naar kan doorstromen hangt erg van de instelling en de sociale kaart van de regio af. Eén voorziening heeft het streven in elke voorziening altijd een bed vrij te houden zodat mensen relatief makkelijk kunnen worden overgeplaatst als daar behoefte aan is. In andere gevallen komt iemand dan in de nachtopvang terecht. In de toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol is een richtlijn schorsing en gedwongen ontslag opgenomen.
- Meldpunt middelenmisbruik: in de toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol wordt gewezen op de mogelijkheid een meldpunt middelenmisbruik op te zetten. Uit het onderzoek van Zorgconsult Nederland kwam naar voren dat medewerkers vaak niet goed weten wat te doen bij 'verdachte handelingen'. Alleen het feit dat er een meldpunt is kan een steunende werking hebben en een gevoel van veiligheid creëren. Een meldpunt kan dan een veilige manier zijn om hiermee om te gaan. Het meldpunt is bedoeld voor zowel medewerkers, bewoners als bezoekers. Voor het opzetten van een meldpunt is een checklist opgenomen in de toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol.

Checklist Meldpunt Middelenmisbruik

- Het meldpunt dient bekend te zijn bij alle doelgroepen die melding kunnen doen van drugs- en alcoholoverlast (medewerkers, cliënten, bezoekers, omwonenden);
- De contactgegevens van het meldpunt dienen bekend te zijn bij de doelgroepen;
- Doelgroepen dienen bekend te zijn met de werkwijze waarop zij meldingen kunnen doen (voorschriften);
- Doelgroepen dienen te weten wat voor middelenmisbruik bij het meldpunt gemeld moet worden;
- Het meldpunt dient eenvoudig en via verschillende manieren (telefoon, email, persoonlijk) bereikbaar te zijn;
- Het meldpunt dient zowel overdag als 's avonds bereikbaar te zijn;
- Het meldpunt moet na melding de informatie doorspelen aan de personen die actie kunnen nemen (bijvoorbeeld bewaking, leidinggevende, politie);
- De meldingen dienen te worden geregistreerd;
- Het meldpunt dient de melder mee te delen wat er met de melding gebeurt en welke acties ondernomen zullen worden;
- Meldingen dienen ook anoniem gedaan te kunnen worden;
- Het meldpunt dient het resultaat (meldingen en acties) bekend te maken aan de doelgroepen (medewerkers, cliënten, omwonenden) in de vorm van een periodieke terugkoppeling.

Bron: Zorg Consult Nederland (2008). Toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol een toolkit voor GGZ instellingen.

Deze toolkit is ook te downloaden via www.ledd.nl.

Beheersbaarheid in de omgeving

(Drugs) gebruik van bewoners brengt soms met zich mee dat woonvoorzieningen een plek zijn waar criminele activiteiten plaatsvinden of deze aantrekken; bijvoorbeeld in de vorm van dealers, verwervingscriminaliteit etc. Dit geeft overlast voor omwonenden maar kan ook voor een onveilige situatie zorgen voor bewoners en medewerkers.

- Het merendeel van de ondervraagde voorzieningen hanteert maatregelen die zijn gebaseerd op de positieve ervaringen die zijn opgedaan met beheergroepen: een groep waarin buurtbewoners, bewoners van de voorziening, de leiding, maar ook bijvoorbeeld politie in deelnemen. Hier worden afspraken gemaakt over regels rond een voorziening, zoals niet dealen in een straal van 500 meter, niet bedelen etc. Ook is het belangrijk om als voorziening gemakkelijk aanspreekbaar te zijn voor de buurt: de buurtsuper heeft bijvoorbeeld een direct telefoonnummer zodat ze bij evtuele klachten gelijk ergens terecht kunnen en ook terug horen wat er met hun klacht is gedaan. Dergelijke initiatieven zijn o.a. in het kader van het hostelproject in Utrecht positief geëvalueerd en ook uit onze inventarisatie komt naar voren dat dit goed werkt waardoor veel beheerscommissies 'slapende zijn'. Veel voorzieningen hebben ook een meer actieve open houding tegenover de buurt: de buurt wordt uitgenodigd in de voorziening en de voorzieningen doen mee aan buurtinitiatieven als voetbaltoernooien etc. Dit zorgt voor draagvlak en heeft ook een rol in het (weer) laten participeren van de bewoners in de maatschappij.

- Terreinmaatregelen en bewaking: er zijn verschillende manieren waarop instellingen en woonvoorzieningen overlast op het eigen terrein, bijvoorbeeld door dealers, tegengaan. Ingezet kan worden op het vergroten van de veiligheid door aanpassingen aan de omgeving: verwijderen van struiken, aanbrengen van verlichting, camera's en hekken. De werking staat ter discussie, omdat zelfs penitentiaire inrichtingen meestal niet in staat zijn gebruik buiten de poort te houden. Een goede samenwerking met de buurt en politie is wel van belang: met de politie kunnen afspraken worden vastgelegd over verantwoordelijkheden en wederzijdse ondersteuning. Ook hierover is een model convenant opgenomen in de toolkit veiligheidsbeleid drugs en alcohol.
- Veiligheid van medewerkers: in 2012 is een actieplan veilig werken in de zorg opgesteld door VWS, BZK en V&J, dat inzet op het creëren van een veiliger klimaat in de zorg. Aanbevelingen zijn:
 - Versterken van de implementatie van anti-agressie beleid: hierbij wordt o.a. ingezet op het ondersteunen van implementatie van anti-agressiebeleid, het uitwisselen van ervaringen.
 - Juridische aanpak van veroorzakers van agressie: het aangiftebeleid verhogen, medewerking van politie verbeteren en actief verspreiden wanneer zorgverlening mag worden gestaakt: uitgangspunt is dat mensen recht hebben op zorg, maar ook plichten.
 - Scholing van aankomende medewerkers: aanreiken van handvatten om op professionele wijze met agressie om te gaan.

In de bevroegde woonvoorzieningen wordt de veiligheid van personeel en medewerkers vooral bewaakt door mensen die stelselmatig de veiligheid en het woonklimaat verstoren over te plaatsen of uit te plaatsen naar de nachtopvang, als is gebleken dat het aangaan van gesprekken en maken van afspraken geen resultaat heeft. Ook worden er binnen veel voorzieningen medewerkers geschoold rond de-escalerend werken.

Praktijkvoorbeeld: Domus voorzieningen

Domushuizen zijn onderdeel van het Leger des Heils. Er zijn 8 Domushuizen in Nederland en 2 in oprichting. De gemene deler is dat ze gericht zijn op een groep die overlast geeft en dat ze de kwaliteit van leven van bewoners wil verbeteren. De doelgroep die binnen is verschilt wel per huis. In Amsterdam is er ook een domus + huis, specifiek voor mensen die naast verslavingsproblematiek een LVB hebben. Het gaat om een groep met chronische verslavingsproblemen die vaak onaangepast gedrag vertoont.

Aanpak

Het Domushuis in Amsterdam heeft een specifieke aanpak voor deze groep:

- Individuele aanpak en persoonlijke benadering. De voorziening gaat uit van de autonomie van bewoners en gebruik wordt geaccepteerd en beschouwd als iets dat hoort bij de identiteit van bewoners;
- Strikt deurbeleid: openheid en acceptatie binnen de voorziening maar heel strikt deurbeleid: bezoek van buitenaf is niet welkom om 'de scene' niet binnen te halen;
- In de woningen is gebruik toegestaan, met cameratoezicht houden ze dealersproblematiek onder controle. Discussie over de huisdealer leeft, en is niet makkelijk, omdat een voorziening zich daarmee in een grijs gebied bevindt. Nu zijn er in de praktijk bewoners in huis die als huisdealer fungeren. Dit wordt gedoogd, maar mensen worden wel in de gaten gehouden en erop

aangesproken dat ze geen overlast mogen geven. Ze zijn bijvoorbeeld nog strenger op geen bezoek van buiten in die gevallen.

- Ze werken met weinig regels: in het verleden is vaak gebleken dat deze groep zich niet aan regels kan houden. In plaats van regels wordt ingezet op het begeleiden van de klant in wat hij/zij wil en er wordt gekeken wat hij daarbij nodig heeft.
- Geen/ weinig sancties: dit werkt niet bij deze groep, beter is in te zetten op het belonen van positief gedrag. In Domus plus gaat dat met een Token economy, in de andere voorziening is dat de bejegening, de relatie of het krijgen van privileges zoals telefoontijd. In de bejegening gaat het naast het bekrachtigen van het positieve, ook om het negeren van het negatieve gedrag.
- Ze bieden duidelijkheid naar bewoners toe over wat er wel of niet wordt geboden.
- Cliënt centraal, autonomie in stand houden en iemand echt accepteren en uitgaan van gelijkwaardigheid. Bejegening en relatie staan centraal en daarin is respect belangrijk. Bij acceptatie hoort ook openheid en directheid: 'gebruik is jouw keuze, dat is ok, maar jij bent dus ook verantwoordelijk voor de consequenties'. Dit werkt in de praktijk heel goed, uitzondering hierop zijn LVG-ers. Daarom is er een speciale voorziening voor LVG-ers: deze groep heeft meer behoefte aan duidelijkheid en structuur en een minder individuele aanpak.

Binnen het Leger des Heils heeft Domus een voorbeeldfunctie voor andere voorzieningen over hoe om te gaan met deze doelgroep. Het is belangrijk dat er echt een visie op verslaving wordt ontwikkeld binnen de instelling, waar iedereen zich in kan vinden en dat voorzieningen ook gaan differentiëren. Nu zijn er nog voorzieningen waar niet echt een standpunt wordt ingenomen en veel wordt gedoogd zonder verdere visie. Juist dan wordt er ook eerder terug gegrepen op sancties als het uit de hand loopt.

Sancties

Domus is in Amsterdam snel gegroeid en er is een 2de en 3de voorziening bij gekomen. Daardoor is er de ruimte ontstaan van een preventieve time out: iemand wordt bijvoorbeeld voor een week overgeplaatst naar een andere voorziening om iedereen tot rust te laten komen en een adempauze te creëren. Heel soms wordt iemand ook paar dagen naar de nachtopvang geplaatst, als het idee is dat dit iemand ook kan helpen. Als iemand alleen maar loopt te hosselen kan een dergelijke begrenzing iets duidelijk maken, maar dit gebeurt meestal niet. In vergelijking met pensions gaan domus huizen bijvoorbeeld veel verder in het accepteren van gedrag. Er wordt ook gebruik gemaakt van een korte time-out van ongeveer 2 uur en dat werkt goed, omdat het gelijk lik op stuk is. Ook hier moet goed gekeken worden bij wie dit wordt ingezet. Bij een bewoner met een laag IQ kan het goed werken, bij iemand anders kan het juist de weerstand vergroten. Insteek is ook bij conflicten en incidenten toch vooral de persoonlijke benadering en inzetten op onderhandeling. Dit lukt 9 van de 10 keer. Pas als dat station gepasseerd is gaan ze over op time-out.

In het kort:

Uit het bovenstaande kunnen de volgende voorwaarden worden geformuleerd voor het vormgeven van een begeleiding gericht op dubbele diagnose problematiek en met oog voor veiligheid van medewerkers en bewoners. De uiteindelijke uitwerking van het beleid zal mede bepaald worden door het begeleidingsdoel van een voorziening, de setting en de heersende ideeën en waarden over gebruik:

- Omgang met gebruik:
 - Bespreekbaar maken van gebruik;
 - Focus op gedrag en niet op gebruik zelf;
 - Maken van op het individu afgestemde afspraken.

- Voorkomen van agressie:
 - Inzetten op bejegening en het aangaan van een relatie;
 - Passende begeleiding & hulpaanbod. Samenwerking met behandelaren en ketenpartners is hierbij van belang;
 - Heldere communicatie over regels vanuit een duidelijke visie op gebruik zodat voor iedereen duidelijk is waarom en hoe ze worden gehanteerd;
 - Monitoren van gedrag en vroegsignalering.

Als sancties toch nodig zijn wordt in eerste instantie ingezet op (korte) time outs en pas in laatste instantie op uitplaatsing. Indien mogelijk moet bij uitplaatsing gezocht worden naar een passende alternatieve plek en moet uitplaatsing naar de nachtopvang worden voorkomen.

Meer informatie

Veilige zorg, ieders zorg: Deze website bundelt informatie over patiëntveiligheid in de GGZ en de verslavingszorg. Op de website is o.a. het volgende te vinden:

- Informatie over beleid
- Instrumenten
- Praktijkvoorbeelden
- Informatie over scholing
- De toolkit veiligheidsbeleid drugs & alcohol

<http://www.veiligezorgiederszorg.nl/>

Bijlagen

Alle bijlagen die in deze handreiking zijn genoemd zijn te vinden en te downloaden op www.ledd.nl.

Literatuur

Actieplan Veilig werken in de zorg (2012). Gezamenlijk actieplan van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK), Veiligheid en Justitie (V&J) en Sociale partners in de zorg.

Anthony, W.A., Cohen, M.R., Farkas, M.D. & Cagne, C. (2002). *Psychiatric Rehabilitation*. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation.

Anthony, W. (1993). Recovery from mental illness; The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial rehabilitation Journal*, 16(4): 11-23.

Baart, A. Introductie in de presentietheorie, document op www.presentie.nl, geraadpleegd augustus 2012.

Baart, A. (2001). *Een theorie van de presentie*, Utrecht: Lemma.

Bergen, A. van & K. Sok. (2008). Buitengewoon: kwartiermaken en ervaringsdeskundigheid in maatschappelijke steunsystemen. Utrecht: MOVISIE.

Boertien, D., J. van der Velden & J. Zoeteman (2010). Waar bemoeizorg zich mee bemoeit. Een taak voor ervaringsdeskundigen. In: *MGV*, 11, 858–868.

Boertien, D., & S. van Rooijen (2010). In: *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. S. van Rooijen, J. van Weeghel (red). Uitgeverij SWP: Amsterdam.

Boevink, W., A. Plooy & S. van Rooijen (red) (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen (Passage-cahier)* Amsterdam: SWP Uitgeverij.

Brunette, M.F., Mueser, K.T., Drake, R.E. (2004). *A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders*. *Drugs and alcohol review* 23 (2004): 471-481.

De Jonge, J, M. Giffen (2013). Motiveren van dubbele diagnose patiënten en de stadia van gedragsverandering. In: *Handboek Dubbele Diagnose (in voorbereiding)*. Utrecht: De Tijdstroom

Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). *A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders*. *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, (2008): 123–138.

Dröes, J. (2013). *Herstel en rehabilitatie van mensen met een dubbele diagnose*. In: *Handboek Dubbele Diagnose (in voorbereiding)*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp (2003). *Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Rapport project Dubbele Diagnose door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland – project Resultaten Scoren.

Erp, N. van, A. Hendriksen-Favier, M. Hoeve, M. Boer (2008). *Werken met Begeleiders in de GGZ met Ervaringsdeskundigheid. Een onderzoek naar voordelen, valkuilen en belangrijke condities voor de inzet en scholing van BGE-ers*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Erp, N. van, C. Place, H. Michon (2009). *Familie in de langdurige GGZ Deel 1: Interventies*. Publicatie Monitor langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut.

Geelen, K., P. Gottmer, H. Scheurs. A. Thijs (2004). *Onbenutte mogelijkheden, handleiding voor de aansluiting tussen verslavingszorg en zelfhulpgroepen. Resultaten Scoren*. Amersfoort: GGZ Nederland.

GGD Rotterdam Rijnmond (2007). *Factsheet Lokale Zorgnetwerken (LZN)*.

GGZ Nederland (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op de (langdurende) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Hendriksen-Favier, A.I., K. Nijmens, S. van Rooijen (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hendriksen-Favier, A.I., Rooijen, S. van & Rijkaart, A.M. (2011). *Handreiking ROPI. Recovery Oriented Practices Index*. Utrecht: Zuidam Uithof Drukkerijen.

Henskens, R., & T. de Krijger (2009) *Koersen op coördinatie. Kwaliteit en effectiviteit van ketenzorg binnen de Rotterdamse lokale zorgnetwerken*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Henskens, R. & S. van Rooijen (2008). *Van opbergen naar herbergen: woonzorgarrangementen voor dak- en thuisloze verslaafden*. In: *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2008-2009*. A. Plooy, S. van Rooijen, J. van Weeghel (red). Uitgeverij SWP: Amsterdam.

Hollander, D. den, & J. Wilken (2011). *Zo worden cliënten burgers. Praktijkboek Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Amsterdam: SWP Uitgeverij.

Korevaar, L., J. Dröes & T. van Wel (2010). *Methodebeschrijving Individuele Rehabilitatie Benadering (IRB) Databank Effectieve sociale interventies* Utrecht: Movisie.

Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (2012). *Toolkit Dubbele Diagnose Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lindt, S.M. van de & M. Verschelling (2010). *Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid*. In opdracht van het Platform Herstel en Burgerschap. Utrecht: MOVISIE/Trimbos-intituut.

Maas, M e.a. (2012). *Discus Amsterdam: Housing First. Evaluatie van de werkzaamheid*. Nijmegen: UMC Radboud Universiteit, Onderzoeksgroep Maatschappelijke Zorg.

Miller, W.R., S. Rollnick (2002). *Preparing people for change*. New York: Guilford Press.

Mueser, K.T., Noordsy, D.L., Drake, R.E, Fox, L. (2011). Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose. Een richtlijn voor effectieve behandeling. Utrecht: De Tijdstroom.

Muusse, C., M. Bosma & P. Leenders (2013) Groepsgerichte behandeling bij dubbele diagnose cliënten. In: Handboek Dubbele Diagnose (in voorbereiding). Utrecht: De Tijdstroom.

Muusse, C. (2011). Van de straat, en dan? Een gespreksgroep voor verslaafde dak- en thuislozen. In: *MGV*, 3: 136-146.

Muusse, C & S. van Rooijen (2009). De echo van het eigen verhaal, over zelfhulpgroepen bij verslaving en de samenwerking met de GGZ en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut).

Neijmeijer, L., L. Moerdijk, C. Muusse, G. Veneberg (2010). Licht verstandelijk gehandicapten in de GGZ. Een verkennend onderzoek. Utrecht: Trimbos-instituut.

Place, C. & S. van Rooijen (2012). De stap naar buiten - Beschermd wonen na een klinische intensieve behandeling. Utrecht: Trimbos-instituut.

Plooy, A. & J. Dröes (2011). Rehabilitatie in herstelondersteunende zorg. In: *Psychiatrische rehabilitatie. Jaarboek 2010-2011*. S. van Rooijen, J. van Weeghel (red). Uitgeverij SWP: Amsterdam.

Pols, A.J. (2009). Burgerschap in relaties. Over zichtbaarheid, onzichtbaarheid en het belang van lotgenoten. *MGV*, 9: 760-773.

Rijk en vier grote steden (2006). *Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang*. Den Haag: SDU uitgevers.

Rijk en vier grote steden (2010). *Plan van aanpak dak- en thuislozen (maatschappelijke opvang). 2e fase. d.d. 14 april 2011*. Den Haag: Rijk en vier grote steden.

Schippers, G. & J. De Jonge (2002). Motiverende gespreksvoering, *MGV* (57): 250-255.

Singelenberg, J. (2010). *Skaeve Huse*. Rotterdam: SEV.

Tsai, J., Bond, G.R., Salyers, M.P., Godfrey, J.L., Davis, K.E. (2010). *Housing preferences and choices among adults with mental illness and substance use disorders: a qualitative study*. *Community Mental Health journal* 46, (2010): 381-388.

Verschelling, M. & Van de Lindt, S. (2010). *Handreiking maatschappelijke steunsystemen. Samenwerken aan participatie van mensen met een psychische kwetsbaarheid*. Utrecht: Movisie/Trimbos-instituut.

Vugt, M. & M. Tuynman (2011). *Instroom, doorstroom en uitstroom van cliënten in de MO en RIBW*. Verslag van een conceptmapping. Utrecht: Trimbos-instituut.

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

Wezep, M.J. van & H. Michon (2011). Op krachten komen! Evaluatie van de implementatie van de strengths aanpak bij GGZ Noord-Holland Noord. Utrecht: Trimbos-instituut.

Wolf, J. (2006). Handreiking OGGZ in de WMO. Den Haag: Ministerie van VWS en VNG.

Wolf, J. (2002). Een kwestie van uitburgering. Amsterdam: SWP uitgeverij.

Zelfhulp op de kaart (2009). Een intentieverklaring voor de samenwerking tussen zelfhulpgroepen voor verslaafden en hun naasten en de instellingen voor GGZ- en verslavingszorg. Utrecht: Trimbos-instituut.

Zorg Consult Nederland (2008). Veiligheidsbeleid drugs en alcohol. Een toolkit voor GGZ instellingen.

Geraadpleegde websites:

www.trimbos.nl

www.ledd.nl

www.werkplaatsoxo.nl/

www.sev.nl

www.opvang.nl

www.movisie.nl

www.zwerfjongeren.nl

www.ggdrotterdamrijnmond.nl

www.mainline.nl

www.hee-team.nl

www.live-ervaringsdeskundigheid.nl

www.igpb.nl

www.pameijer.nl

www.presentie.nl

www.rehabilitatie92.nl

www.rinogroep.nl/opleidingen

www.zelfhulpverslaving.nl

www.crisiskaartggz.nl/

www.interventiesnaarwerk.nl

www.ervaringswijzer.nl

www.phrenos.nl/

www.ggznederland.nl

www.lfos.nl

www.motivationalinterview.net/mint

www.veiligezorgiederszorg.nl/