Van de handen in het haar naar de handen in elkaar

Een onderzoek naar de inhoudelijke kennis
over verslavingszorg, tijdens de behandeling van mensen
met een vroege psychose en een verslaving binnen de VIP teams
aangesloten bij het NVP.

Uitgevoerd in opdracht van Kenniscentrum Phrenos

Colofon

Titel	Van de handen in het haar naar de handen in elkaar
Datum	22 mei 2018
Opleiding	Sociaal Pedagogisch Hulpverlening
Cursuscode	ASPU-V4PRAKOZ-11)

Studenten:

Naam	Joycelynn Claver, Olivier Blonk en Irene Hanegraaf

Schoolbegeleiders:

Naam bedrijf	Hogeschool Utrecht
Adres	Padualaan 99 3584 CH Utrecht
Telefoonnummer	(088) 481 82 83
Naam	Amanda huisman
Functie	Eerste examinator
Naam	Maartje ter Horst van Delden
Functie	Tweede examinator

Bedrijfsbegeleider:

Naam bedrijf	Kenniscentrum Phrenos
Adres	Da Costakade 45 3521 VS Utrecht
Telefoonnummer	030 - 2931626
Naam	Dorothé van Slooten
Functie	Ondersteuner NVP

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt het onderzoeksrapport over de inhoudelijke kennis over verslavingszorg binnen de vroege ambulante psychose zorg. Vanaf februari tot juli 2018 is er gewerkt aan dit onderzoek in opdracht van het Netwerk Vroege Psychose (NVP) en Kenniscentrum Phrenos. Deze scriptie is geschreven door drie vierdejaars studenten van de opleiding Sociaal pedagogische hulpverlening.
Dit onderzoek is voor de studenten een mooie uitdaging geweest, omdat het onderwerp in het werkgebied actueel is en het begin kan zijn van een vernieuwde en betere afstemming tussen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden meegenomen in eventuele vervolgstudies die hierop aansluiten.

Wij zijn trots dat wij dit onderzoek hebben kunnen uitvoeren, maar dat konden we natuurlijk niet alleen. Ten eerste willen wij alle ambulante vroege psychose teams die hebben deelgenomen aan de enquêtes en interviews bedanken voor de tijd en energie die ze hierin hebben gestoken.
Daarnaast willen wij alle mensen die ons hebben ondersteund gedurende het onderzoek bedanken. In de eerste plaats de respondenten die de tijd hebben vrijgemaakt voor (telefonische) interviews of het invullen van enquetes. Daarnaast willen wij de mensen bedanken die ons op een inhoudelijk niveau hebben geholpen, dit zijn S Kreijns, D Verwijnen en Masha Spits. Ook willen wij de mensen van het poliklinische vroege psychoseteam van het UMCG in Groningen bedanken voor de dag waarin wij mochten meelopen en in het bijzonder M Rutgers, die ons gedurende het onderzoek vanuit Groningen begeleidt heeft en deze dag voor ons heeft georganiseerd. Wim Veling van het NVP en het team van kenniscentrum Phrenos bedanken wij voor de ondersteuning, begeleiding en hulp tijdens de gehele onderzoeksfase. Onze begeleidster vanuit de Hogeschool Utrecht, Amanda Huisman, bedanken wij voor de feedback en adviezen die zij heeft gegeven tijdens het onderzoeksproces. Als laatste willen wij nog een speciale dank uitbrengen aan onze praktijkbegeleider Dorothe van Slooten van Kenniscentrum Phrenos, voor de ondersteuning, begeleiding, hulp en positieve feedback die voor ons altijd weer nieuwe motivatie opleverde.

Wij wensen u veel leesplezier toe.

Met vriendelijke groet,
Joycelynn Claver, Olivier Blonk en Irene Hanegraaf

Utrecht, 22 Mei 2018

Samenvatting

Hoe wij het onderzoek hebben uitgevoerd is onderverdeeld in verschillende fases. De eerste fase was het vooronderzoek dat bestond uit het doen van een literatuurstudie en het analyseren van het probleem. Nadat het probleem in kaart is gebracht werd er een hoofdvraag geformuleerd met bijbehorende deelvragen.

Nadat er in februari/maart aan het voorbereidende deel voldaan was kon het onderzoek uitgevoerd worden. In deze periode zijn er enquêtes verzonden naar de aangesloten VIP-teams (vroege interventie psychose teams) bij het NVP om de huidige situatie in kaart te brengen en om een selectie te maken van geschikte teams voor de interviews voor verdiepende informatie. Met meer dan de vooraf beoogde respons van 30 ingevulde enquêtes is er toen een fundering gelegd voor de daaropvolgende interviews.

In de fase die daarop volgde zijn er met vijf VIP teams door het hele land interviews met 1 of meerdere teamleden uitgevoerd. Vier van de vijf interviews zijn telefonisch gedaan, de andere is door de onderzoekers bezocht. Naast deze vijf teams zijn de onderzoekers aanwezig geweest bij een contactpersonenoverleg van het NVP, met als aanwezigen de vertegenwoordigers van de aangesloten VIP-teams. Het onderwerp van deze bijeenkomst was ‘verslaving en ambulante vroege psychose zorg’ en deze bespreking heeft bijgedragen aan het beantwoorden van de hoofdvraag.

Naast de interviews hebben er nog meer gesprekken/bijeenkomsten met professionals in het werkveld plaatsgevonden die zijn meegenomen in de onderzoeksresultaten. Dit zijn reflectieverslagen van een meeloopdag met de poliklinische vroege psychose afdeling van het UMCG in Groningen en van een bijeenkomst met de werkgroep ‘verslaving en vroege psychose’ onder leiding van Mirjam Rutgers, SPV’er en commissielid van het NVP, geweest. Uiteindelijk hebben we op basis van de verkregen informatie een duidelijke conclusie kunnen formuleren met goede aanbevelingen voor de organisatie en voor eventueel volgend onderzoek.

Inhoudsopgave

Colofon 2

Voorwoord 3

Samenvatting 4

Inhoudsopgave 5

De inleiding 7

Hoofdstuk 2. Achtergrond informatie 8

1.1. De probleemanalyse ... 8

1.2. De organisatie ... 10

1.3. Aanleiding voor het onderzoek ... 11

1.4. De analyse van het onderzoek ... 12

1.5. Relevantie van het onderzoek ... 13

1.6 De doelstelling ... 13

1.7. De vraagstelling ... 13

Hoofdstuk 2. De werkwijze 15

2.1. Onderzoeksmethode en instrumenten ... 15

2.2. Validiteit en betrouwbaarheid ... 17

2.2.1. De validiteit ... 17

2.2.2. De Betrouwbaarheid ... 17

2.3. Begripsafbakening ... 18

Hoofdstuk 3. De resultaten 20

3.1. Deelvraag 1. Wat is er al aanwezig in het team? ... 20

3.1.1 Inleiding ... 20

3.1.2. Welke werkbare inhoudelijke kennis over verslavingszorg is er in ieder team aanwezig? ... 20

3.1.3. Wat zijn de verschillen op het gebied van het toepassen van werkbare inhoudelijke kennis tussen de teams? ... 21

3.1.4. Welke uitzonderingen op het gebied van werkbare inhoudelijke kennis zijn er bij de teams waargenomen? ... 21

3.1.5. Conclusie ... 21

3.2. Deelvraag 2. Wat is er nodig volgens de kwaliteitsstandaarden? ... 22

3.2.1. Inleiding ... 22

3.2.2. De gouden standaard volgens de literatuur ... 22

3.2.3. Wat kun je doen als team volgens de literatuur? ... 23

3.2.4. Conclusie ... 23

3.3. Deelvraag 3. Wat ontbreekt er volgens de teams? ... 24

3.4.1. Inleiding ... 24

3.4.2. De resultaten ... 24

3.4.3. Conclusie ... 26

Hoofdstuk 4. Analyse conclusie & Aanbeveling 27
4.1. De analyse ... 27
4.2. De conclusie ... 29
4.3. Aanbevelingen ... 29
4.4. Evaluatie ... 31
Literatuurlijst 33
1.1. De enquête ... 36
1.1.1. De inleiding ... 36
1.1.2. De enquête ... 37
1.1.3. Het selecteren van de teams ... 46
1.2. De interviews ... 48
Bijlage 2. Voorbereiding 61
2.1. Voorbereiding Enquête ... 61
2.2. De Interviewopzet ... 63
Bijlage 3. Transcripten 65
3.1. Team R ... 65
3.2. Team N ... 74
3.3. Team U ... 79
3.4. Team G ... 87
3.5. Team Z ... 91
3.6. NVP vergadering ... 97
Bijlage 4. Overige 106
4.1. Observatiedag Groningen ... 106
4.2. Groepsgesprek Groningen, Vucht & Amersfoort ... 107
Bijlage 5. De gouden standaard 109

De inleiding

Het onderzoek is uitgevoerd door drie laatstejaars studenten van de Hogeschool Utrecht in opdracht van Kenniscentrum Phrenos en het NVP (Netwerk Vroege Psychose). Het NVP is een netwerk voor deskundigen die samenwerken op het gebied van alles wat er speelt binnen de psychosezorg. Zo richten zij zich ook op het probleem dat het NVP op dit moment geen zicht heeft op de manier waarop verslaving in de ambulante vroege psychosezorg behandeld wordt. Om hier een beeld van te krijgen heeft Phrenos de onderzoeksvraag naar buiten gebracht en aan de studenten aangeboden.

Voor u ligt het rapport van het uitgevoerde onderzoek naar de inhoudelijke kennis die over de verslavingszorg binnen de VIP-teams die aangesloten zijn bij het NVP. VIP-teams zijn teams in Nederland die zich richten op de zorg voor mensen die een eerste psychose ondervinden. Het zijn teams die bestaan uit verschillende disciplines, zo bevinden zich in elk VIP-team andere specialiteiten. Dit zijn bijvoorbeeld een verpleegkundige, een maatschappelijk werker, een psychiater en andere specialisten in de zorg.

Als eerste zal het onderzoek ingaan op de algemene gegevens, gevolgd door een korte samenvatting waarin het gehele onderzoek wordt meegenomen. Deze samenvatting laat in 1 keer zien waar het onderzoek over gaat, wat het probleem is, wat er is onderzocht en wat globaal de uitkomsten zijn. Daarna vindt u informatie over de organisatie die het onderzoek aan de studenten heeft aangeboden. Vervolgens zal het probleem in kaart worden gebracht door een probleemanalyse. Daarbij wordt ook de relevantie van het onderzoek toegelicht. Om de manier van onderzoeken te begrijpen wordt er kort uitgelegd welke onderzoeksinstrumenten en methoden er zijn gebruikt. Ook het doel en de vraagstelling van het onderzoek zullen helder worden geformuleerd.

Vervolgens gaat het rapport in op de resultaten van het onderzoek. Per deelvraag wordt beschreven wat er uit het onderzoek is gekomen zodat uiteindelijk de hoofdvraag kan worden beantwoord. De uitkomsten worden onderbouwd met bronnen die voortkomen uit interviews, gesprekken en literatuur. Ná het beantwoorden van de hoofdvraag wordt er een conclusie getrokken. Deze conclusie zorgt voor inzicht waardoor de aanbevelingen worden geschreven. De aanbevelingen zijn tevens de aanleiding voor het product dat achteraf zal worden geproduceerd. Het product zal worden gemaakt als hulpmiddel in de praktijk voor de ambulante vroege psychose zorg. Het product wordt kort uitgelegd onder het kopje evaluatie, maar zal verder niet worden uitgewerkt in dit rapport.

Aan het einde van dit rapport vindt u de gebruikte literatuur, gevolgd door de bijlagen waar u de analyses, uitgeschreven interviews en andere gebruikte onderdelen kunt in zien.

Hoofdstuk 2. Achtergrond informatie

1.1. De probleemanalyse

Onderstaande probleemanalyse is ontstaan vanuit het zoekplan en het vooronderzoek. Het zoekplan en het vooronderzoek zijn samengevoegd in een bestand en zijn terug te vinden in bijlage 1.

In Nederland ontstaat elk jaar bij 1 op de 10.000 inwoners in de leeftijd van 15 tot 45 jaar een eerste psychose. Dit onderzoek richt zich op cliënten van 18 tot 35 jaar met een vroege psychose en een verslaving. Vroege psychose betekent gedurende dit onderzoek de periode voorafgaand tot en met de eerste vijf jaar van een psychose (Phrenos, 2013).

Iedereen kan op een bepaald moment in zijn of haar leven een psychose krijgen (vereniging Ypsilon, 2018). Een psychose is een stoornis in het waarnemen van de realiteit. Als iemand een psychose heeft kan diegene geen goed onderscheid maken tussen gedachte en werkelijkheid. Er kan dan sprake zijn van hallucinaties en wanen. Bij een psychose is de werking van de hersenen ernstig verstoord (Mondriaan, 2018). In het algemeen kan men stellen dat een psychose ontstaat door kwetsbaarheid zoals erfelijke aanleg en door omgevingsfactoren (Phrenos, 2013). De kwetsbaarheden uit genetische factoren zijn onder andere aangeduid in een tweelingstudie. In deze studie is gebleken dat bij 80% van de psychotische cliënten de genetische factoren de verklaring zijn van een psychose (Veling, 2013). Traumatische gebeurtenissen en het gebruik van alcohol en/of drugs zijn voorbeelden van omgevingsfactoren (Phrenos, 2013).

Drugs en alcohol worden in de Nederlandse samenleving vaak gebruikt. Het wordt over het algemeen geaccepteerd waardoor gebruik niet gelijk als problematisch wordt gezien. Mensen met een psychiatrische aandoening gebruiken relatief vaker of raken eerder verslaafd dan de gemiddelde Nederlander (GGZ Interventie, 2018). Dit komt enerzijds doordat middelen zoals cannabis een grotere kans op psychose geeft bij daarvoor kwetsbare mensen, en anderzijds doordat mensen met een psychose cannabis of alcohol als zelfmedicatie gebruiken (vereniging Ypsilon, 2018).
Wat in het algemeen onder verslaving verstaan wordt is de situatie waarin iemand niet meer de drang kan beheersen tot het gebruik van die middelen, waarvan diegene geestelijk of lichamelijk afhankelijk is geworden. Dit wil zeggen dat iemand constant bezig is met het middel om een bepaald effect te bereiken. Door dit verlangen ontstaat een herhalend patroon dat niet of nauwelijks te doorbreken is, waardoor het dagelijkse leven hieronder lijdt (GGZ Interventie, 2018).

Psychiatrische problematiek zoals een psychose wordt vaak verergerd door middelengebruik en het kan ook een directe aanleiding zijn voor psychiatrische problematiek (Parnassia, 2003). Om een van deze aandoeningen als oorzaak van de andere aan te wijzen is bijna onmogelijk. Daarom wordt er gesproken over wederzijdse beïnvloeding door twee stoornissen, ook wel dubbele diagnose genoemd. Het samengaan van verslavingsproblematiek en een psychiatrische stoornis heeft sterke negatieve consequenties voor het behandelproces, en de deskundigheid mist om dit adequaat te behandelen (vereniging ypsilon, 2018).Volgens Jaap van Weeghel (directeur wetenschap bij Kenniscentrum Phrenos) is uit onderzoek gebleken dat een geïntegreerde behandeling van cliënten met een dubbele diagnose de meest effectieve aanpak is (Weeghel, 2018). De visie op een geïntegreerde behandeling is ontstaan door een veranderde kijk op een verslaving, omdat dit eerder niet als ziekte werd erkend (Pijnenborg, 2013). Een geïntegreerde behandeling houdt in dat een cliënt met een (vroege) psychose en een verslaving voor beide diagnoses in 1 multidisciplinair team behandeld wordt.

De voordelen hiervan zijn dat de eerder ervaren organisatorische en administratieve obstakels wegvallen, het voorrang geven van de ene stoornis boven de andere wordt voorkomen en conflicten over verschillende behandelvormen tot een minimum worden beperkt. De kenmerken van een geïntegreerde behandeling zijn: integratie van de hulpverlening (gelijktijdig, zelfde behandeling), volledigheid (gerichtheid op zoveel mogelijke leefgebieden), outreachend werken (hulpverleners zoeken de cliënt op), de schadelijke effecten van eerdere behandeling terugdringen, gebaseerd op lange termijnperspectief, behandeling op basis van motivatie van de cliënt en psychotherapeutische benaderingen (Drake, 2011).

Er blijkt echter dat de psychiatrie en verslavingszorg in de loop der tijd uit elkaar gegroeid zijn, waardoor geïntegreerde behandeling in de praktijk vaak ontbreekt. Een gevolg van deze kloof is dat cliënten en doorverwijzers vaak niet weten waar zij voor hulp terecht kunnen (Parnassia, 2003). Veel mensen met een psychose en verslavingsproblematiek worden heen en weer geslingerd tussen verslavings- en psychosezorg. Het komt voor dat cliënten hierdoor zelfs helemaal geen behandeling krijgen (Vereniging Ypsilon, 2016). Een belangrijke verklaring hiervoor is dat de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg een verschillende visie hebben op behandelstrategieën (Drake, 2011). Psychiater Ingeborg Siteur beaamt dit verschil. Zij ziet dat de verslavingszorg van oudsher vooral een begeleidende rol had waar de psychiatrie vooral het medisch model volgde (Kenniscentrum Phrenos, 2016).

In de praktijk is gebleken dat er op dit moment gewerkt wordt aan een geïntegreerde behandeling voor mensen met een dubbele diagnose. Deze behandeling wordt meestal in klinieken, dus intramuraal uitgevoerd. Volgens Jaap van Weeghel blijkt vooral dat de ambulante vroege psychose teams kampen met handelingsverlegenheid. Hij merkt in de praktijk dat het personeel uit de zogeheten VIP-teams niet goed weten hoe zij cliënten met een verslaving en psychose op de juiste manier zorg kunnen verlenen (Weeghel, 2018). Uit een telefonische steekproef met de VIP-teams van het NVP is gebleken dat er behoefte is aan meer handvatten voor de behandeling van cliënten met een dubbele diagnose. Ook binnen het discussieforum van het NVP heeft een van de medewerkers het onderwerp aangekaart als discussiepunt. Zij schrijft: ‘’Binnen ons team hebben wij dringend behoefte aan meer deskundigheid en ervaring in de omgang met en behandeling van verslavingsproblematiek. Wij vragen ons af: moeten wij daarvoor iemand uit de verslavingszorg binnenhalen in het team? Als collega of gedetacheerd? Een zware bijscholing doen zodat een van ons 'de' verslavingsdeskundige wordt? Het hele team een lichte scholing geven zodat iedereen iets weet?’’ (Van Son, 2016). Dit geeft aan dat er binnen VIP- teams een gebrek is aan inhoudelijke kennis over de omgang met verslavingsproblematiek. Dorothe van Slooten (ondersteuner NVP) beaamt dit, zij geeft aan dat er binnen deze VIP-teams een tekort is aan kennis over de verslavingszorg, terwijl de medewerkers van de teams hier wel behoefte aan hebben (Sloten, 2018). In de oproep ‘’Verslaving en VIP’’ van het NVP wordt dit nogmaals bevestigd. Behandelaren, naastbetrokkenen en patiënten weten er met regelmaat geen raad mee (Kenniscentrum Phrenos, z.j.).

1.2. De organisatie

Kenniscentrum Phrenos beoogt, in nauwe samenwerking met partners in het werkveld, het persoonlijk herstel en de maatschappelijke participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen te bevorderen. Kenniscentrum Phrenos doet dat door kennis op het gebied van behandeling, herstel en participatie te ontwikkelen, te bundelen, te verspreiden en te doen toepassen.
Vanuit deze kennis wil Kenniscentrum Phrenos het beleid ten aanzien van de behandeling en ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen beïnvloeden (Phrenos, 2018).

Phrenos biedt hiervoor verschillende onderdelen aan. Zo organiseren zij bijvoorbeeld congressen, die gericht zijn op de uitwisseling, duiding en verbinding van (evidence-based) kennis en opinies op het domein van de zorgverlening aan mensen met ernstige psychische aandoeningen en het uitwisselen van ervaringen met collega's binnen en buiten de GGZ. Met de cursussen vanuit Kenniscentrum Phrenos kunnen professionals hun kennis en kunde actualiseren. Het uitgangspunt hierbij is dat deze zoveel als mogelijk aansluiten bij de behandelrichtlijnen. Ook doen zij aan implementatie-ondersteuning, dit staat voor ondersteuning op maat bij de implementatie van diverse programma's, richtlijnen of methodieken (Phreno, 2018).

Naast de bovengenoemde onderdelen heeft Phrenos ook het Netwerk vroege psychose onder haar hoede. In het multidisciplinaire Netwerk Vroege Psychose (NVP) kunnen professionals met expertise op het gebied van vroege psychose kennis delen, wetenschappelijk onderzoek stimuleren en helpen behandelprogramma's verder te ontwikkelen. Behandelteams kunnen elkaar ontmoeten en ervaringen uitwisselen. Het netwerk is de motor achter het Handboek Vroege Psychose, de Standaard Vroege Psychose, de jaarlijkse Masterclass en Netwerkconferentie. Daarnaast speelt Kenniscentrum Phrenos een belangrijke rol in het inventariseren, bundelen en verspreiden van onderzoek kennis op het gebied van behandeling, herstel en rehabilitatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarnaast wil Phrenos betrokken zijn bij het opstellen van een meerjarige onderzoeks- of kennisagenda op voornoemde gebieden. De volgende diensten leveren hieraan een belangrijke bijdrage: zoals ROM-EPA, werkgroep Stigma en de signaleringen.
Via diverse platforms biedt Kenniscentrum Phrenos ervaringsdeskundigen, familieleden en professionals de gelegenheid om op een laagdrempelige manier kennis te delen en ervaring uit te wisselen rondom de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. In de Werkplaats Herstelondersteuning wordt sinds april 2012 vanuit de praktijk gewerkt aan een antwoord op de vraag: hoe geven wij herstelondersteuning vorm in onze organisaties en wat zijn daarbij de noodzakelijke voorwaarden? De Werkplaats is ontstaan uit de ambitie om herstel en burgerschap van mensen met langdurige psychische kwetsbaarheid in 2020 realiteit te laten zijn (Phrenos, 2018).

1.3. Aanleiding voor het onderzoek

De aanleiding voor dit onderzoek is een vraag vanuit het Netwerk Vroege Psychose (NVP), onderdeel van kenniscentrum Phrenos. Er is behoefte om het kennisniveau met betrekking tot verslavingszorg binnen de ambulante behandelteams in Nederland in kaart te brengen. Het NVP bestaat uit een samenwerkingsverband tussen professionals van GGZ-instellingen, vertegenwoordigers van cliënten- en familieorganisaties en onderzoekers,en is gericht op het delen van kennis over herstel, behandeling en participatie van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het NVP is onderdeel van Phrenos (Slooten, 2018). Vanuit deze teams ving men bij het NVP verschillende signalen op van handelingsverlegenheid bij professionals omtrent de behandeling van cliënten met een psychose en verslaving (dubbele diagnose). Dit probleem speelt al een aantal jaar bij het NVP en er is hier nog geen duidelijk antwoord op, onder andere omdat men niet in kaart heeft hoe de huidige situatie van de verslavingszorg er in de aangesloten teams momenteel uit ziet (Rutgers M. , 2018). De hulpverleners van de ambulante vroege psychose zorg merken wel dat het ontbreken van inhoudelijke kennis over verslaving gevolgen heeft voor de behandeling van cliënten met een psychose en verslaving.

Naar aanleiding van voorgesprekken met de organisatie hebben de onderzoekers een documentaire gekeken die een duidelijke weergave geeft van wat op dit moment de gevolgen kunnen zijn voor de cliënten binnen de ambulante vroege psychose zorg. In de documentaire “Martijn wil een huis en een tuintje’’ wordt er weergegeven hoe een jonge patiënt met verschillende diagnoses binnen de zorg van de ggz steeds van het kastje naar de muur wordt gestuurd. Deze patiënt had verschillende diagnoses waar de ggz-instelling waar hij verbleef geen raad mee wist. De onderzoekers hebben zich bij het zien van de documentaire vooral gefocust op de ambulante zorg die deze cliënt geboden kreeg. Hierin zag je dat de behandeling van de verslavingsproblematiek niet werd aangepakt en de cliënt nóg verwarder en psychotischer werd door de combinatie van psychoses en verslaving. Het ambulante team had geen aandacht voor het middelenmisbruik en de cliënt kwam hierdoor in een vicieuze cirkel. Hij kon niet stoppen met zijn drugsgebruik en dit verergerde de psychose. Aan het eind van de documentaire heeft de cliënt een plek gevonden waar hij de juiste behandeling kan krijgen. Echter moest hij hiervoor wel een contract tekenen waarin hij bevestigt dat hij gedurende de behandeling geen drugs gaat gebruiken (VARA, 2016).

De documentaire gaf de onderzoekers inzicht in de behandelingsstrategieën voor mensen met een psychose en verslaving. Er kan geconcludeerd worden dat de cliënten van het kastje naar de muur worden gestuurd en niet de juiste behandeling krijgen om weer een volwaardig deel te zijn van de samenleving. De organisatie vindt dit een duidelijke aanleiding voor een praktijkgericht onderzoek.

1.4. De analyse van het onderzoek

Op landelijk niveau probeert men al jaren te streven naar een integrale werkwijze waarin verslavingszorg en vroege psychosezorg geïntegreerd behandeld worden. Dit gebeurt echter nog onvoldoende. Psychiater Jaap van der Stel stelt dit in een conferentie van Phrenos en Resultaten Scoren (Stel, 2016) als volgt: ‘‘In weerwil van allerlei uitzonderingen is het nog steeds het geval dat verslavingszorg weliswaar deel uitmaakt van de psychische gezondheidzorg, maar in veel opzichten nog apart van de rest functioneert, het omgekeerde geldt dus ook. Wanneer we spreken over mensen met ernstige psychische problematiek vergeten buitenstaanders vaak dat het in de meerderheid van de gevallen mensen betreft die ook overmatig gebruik maken van middelen en/of daar verslaafd aan zijn geraakt. Door een gescheiden ontwikkeling van de zorgsystemen is het nog nooit gelukt hierop een adequaat antwoord te vinden dat heeft geleid tot meer, eerder en duurzaam herstel’’. Elsbeth de Ruijter, psychiater en lid van de Raad van Bestuur van GGZ inGeest, ziet het als haar persoonlijke missie om verslavingszorg en ggz bij elkaar te brengen, omdat zij ziet dat er nog steeds opeenvolgende behandeling plaatsvindt. Dit houdt in dat psychotische patiënten eerst de verslaving moeten behandelen voordat zij in aanmerking komen voor de behandeling van de psychose (kenniscentrum Phrenos, 2016). Op landelijk beleidsniveau komt de scheiding tussen de twee werelden tot uiting in het contact dat de verschillende landelijke kenniscentra met elkaar onderhouden. Zo is het volgens Stel vreemd dat kenniscentrum Phrenos, het LEDD (landelijk expertisecentrum dubbele diagnose) en Resultaten Scoren (kenniscentrum rondom verslaving) tot voor kort nauwelijks tot geen contact of overleg hadden (Stel, 2016).

Op instellingsniveau is het onvoldoende integreren van verslavingszorg binnen de ggz volgens van der Stel ‘’vragen om onvoldoende signalering, onder behandeling, te laat handelen, en het voorspelt dat er in termen van preventie of proactief handelen weinig van de grond komt dat beklijft’’ (Stel, 2016). Dorothé van Slooten en Mirjam Rutgers, beiden leden van het Commissie NVP, merken in eerdere vergaderingen op dat er verschillende aangesloten ambulante vroege psychose teams worstelen met deze integratie van de verslavingszorg (Rutgers M. , 2018).

Op microniveau kan het gebrek aan een geïntegreerde behandeling onder professionals tot handelingsverlegenheid leiden. Zo geeft Widel van Son, teamlid van het ambulante vroege psychose team van het UMCG, aan te maken te hebben met handelingsverlegenheid onder het personeel. De meeste medewerkers in een vroege psychose team hebben een achtergrond in de psychiatrie en bezitten geen expertise op het gebied van verslavingszorg. Het komt voor dat het personeel niet weet hoe zij verslaving bespreekbaar moet maken, laat staan hoe zij dit moeten behandelen (Son, 2016). Ook Russel Cummins, ervaringsdeskundige, teamcoach en begeleider bij GGZ inGeest concludeert dat ‘’onbekwaamheid en handelingsverlegenheid ten grondslag liggen aan de lage succescijfers van de behandeling’’, en dat hulpverleners hierdoor op een verkeerde manier contact maken met de cliënt. Volgens hem leiden veel gebruikers aan ernstige vaak niet behandelde en genegeerde trauma’s (kenniscentrum Phrenos, 2016). Het is een gegeven dat een hoog percentage cliënten in de vroege psychose zorg middelen misbruikt of zelfs verslaafd is, en er is aangetoond dat volledige abstinentie vaak leidt tot vermindering van de psychotische symptomen (Handboek Vroege Psychose, 2016). Een goede behandeling van de verslavingsproblematiek is dan ook voor veel cliënten van essentieel belang binnen de behandeling van de vroege psychose.

1.5. Relevantie van het onderzoek

Voor kenniscentrum Phrenos is de relevantie van dit onderzoek dat er met de resultaten een bijdrage geleverd kan worden aan de doelstellingen van het NVP:

o Dit is het verbeteren van de kwaliteit van vroege psychosezorg door het verspreiden, uitwisselen van kennis en ervaring tussen betrokkenen in het vakgebied, in het bijzonder via de ambulante vroege psychose teams.
o Daarnaast willen zij wetenschappelijk onderzoek stimuleren en helpen de effectiviteit van de zorg rondom vroege psychose te optimaliseren en verder te ontwikkelen.
o Tot slot willen zij het bestaansrecht voor vroege psychosezorg borgen en profilering van het vakgebied verbeteren (Kenniscentrum Phrenos, z.j.).

Daarnaast is dit onderzoek relevant voor de beroepsgroep van een SPH'er. Deze is er om een bijdrage te leveren aan het behandelen van de hulpvraag van de cliënt. Dit doet men direct (in de praktijk met de cliënt), of indirect (door middel van het innoveren en verbeteren van de beroepspraktijk). Dit onderzoek zal zich vooral op de indirecte kant richten.

Het personeel binnen de behandelteams, de mensen die in direct contact staan met de cliënt, willen door de onderzoekers met dit onderzoek bekwamer gemaakt worden met behulp van het verhogen van hun inhoudelijke kennis. Hierdoor kan de zorg voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving verbeterd worden.
Bekwaam personeel staat voor kwalitatieve goede zorg, dat is iets waar iedere SPH'er naar streeft (Phorza, 2005). Daarnaast sluit dit onderzoek aan bij het innoveren van de beroepspraktijk, een kerncompetentie uit het beroepsprofiel SPH. Voor de onderzoekers is het belangrijk dat cliënten die in behandeling zijn bij een ambulante vroege psychose team te maken hebben met professionals die op alle gebieden kunde hebben. Op het moment dat deze kunde en kennis ontbreekt kan de cliënt niet de zorg krijgen die hij of zij nodig heeft. Dit is voor zowel de cliënt als de hulpverlener een struikelblok. In een product dat vanuit dit onderzoek zal ontstaan, is het van belang dat de struikelblokken weggenomen worden. Door het wegnemen van deze struikelblokken worden professionals kundiger en krijgt de cliënt daardoor betere zorg.

1.7. De doelstelling

Uit de probleemanalyse is gebleken dat de teams uit de ambulante vroege psychose zorg aangesloten bij het NVP handelingsverlegen zijn als het gaat om de behandeling van cliënten met een vroege psychose en verslaving. Zij weten niet goed hoe zij cliënten met deze dubbele diagnose moeten behandelen.

<u>Het doel van het onderzoek die uit de probleemstelling en probleemanalyse is voortgekomen luidt:</u>

'*De behandeling binnen de vroege psychose teams voor mensen met een verslaving en vroege psychose te verbeteren, door de inhoudelijke kennis over verslavingszorg binnen de teams in kaart te brengen en uiteindelijk te verhogen'*.

1.8. De vraagstelling

De hoofdvraag die is voortgekomen uit de probleemanalyse luidt:

'Op welke wijze kan de ambulante Vroege Psychose Zorg van het NVP de inhoudelijke kennis over de signalering en behandeling van verslavingsproblematiek verbeteren ten behoeve van de zorg voor cliënten met een verslaving en een vroege psychose'?

Deze vraag wordt onderzocht aan de hand van de volgende deelvragen:

1. *Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg is reeds voor handen binnen de bij het NVP aangesloten ambulante vroege psychose teams?*
2. *Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg is er volgens de kwaliteitsstandaarden nodig binnen de ambulante vroege psychose teams aangesloten bij het NVP, voor de behandeling van cliënten met een psychose en verslaving?*
3. *Welke inhoudelijke kennis over de verslavingszorg ontbreekt er volgens de bij de NVP aangesloten ambulante vroege psychose teams?*

Hoofdstuk 2. De werkwijze

2.1. Onderzoeksmethode en instrumenten

Dit is een kwalitatief onderzoek, dat houdt in dat het onderzoek meer diepgaande informatie nodig heeft om uiteindelijk de hoofdvraag te kunnen beantwoorden. Kwalitatief onderzoek is niet gebonden aan het verzamelen van cijfermatige gegevens. Het is een methode waarbij de onderzoeker in het 'veld' onderzoek uitvoert. Bij kwalitatief onderzoek worden onderzoekseenheden in de omgeving als geheel onderzocht. Er is gekozen voor een kwalitatieve methode omdat er gedurende het onderzoek een beeld van de wensen, ervaringen, meningen of behoeften van de doelgroep wordt weergegeven (Verhoeven, 2014). Binnen de kwalitatieve onderzoeksmethoden wordt dit onderzoek uitgevoerd door middel van een actieonderzoek, dit wordt ook wel een handelingsonderzoek genoemd.
Dit houdt in dat mogelijkheden en nieuwe perspectieven worden onderzocht. Het is een onderzoeksmethode voor het ontwikkelen of veranderen van de handelwijze van beroepskrachten (Baarda, 2013). Binnen dit onderzoek wordt de handelingswijze van de beroepskrachten geanalyseerd en wordt kennis geïmplementeerd met betrekking tot de manier van werken.
Om een zo zorgvuldig mogelijk onderzoek uit te voeren, zal er gebruik worden gemaakt van verschillende dataverzamelingsmethoden die hieronder verder worden beschreven.

Tijdens de eerste fase van het onderzoek zal een online enquête worden afgenomen, hierbij worden zoveel mogelijk gesloten vragen gesteld, zodat de enquêtes niet té tijdrovend worden voor de respondenten en de onderzoekers bij het analyseren van de resultaten minder tijdrovend is voor de onderzoekers, met name met betrekking tot het categoriseren. De enquêtes zullen gaan over de samenstelling van het team, de beleidsvoering, de diagnostiek en de behandeling. Deze worden afgenomen bij alle ambulante vroege psychose teams aangesloten bij het NVP. Dit zijn in totaal 29 teams.
De online enquêtes hebben als voordeel dat de gegevens rechtstreeks in een databestand terecht komen. Hierdoor wordt het maken van fouten geminimaliseerd en kan er direct met het analyseren begonnen worden (Verhoeven, 2014). De analyse van de enquêtes wordt uitsluitend gemaakt bij een respons van 25 procent van de uitgezette enquêtes. Wanneer de professionals niet hebben gereageerd zal er op 16 maart 2018 een herinnering worden verzonden.

Het uitzetten en analyseren van de enquêtes is de eerste stap van dit onderzoek. De enquêtes zijn noodzakelijk in dit onderzoek om een beeld te krijgen van de huidige situatie binnen de ambulante vroege psychose teams die aangesloten zijn bij het NVP. Deze informatie ontbreekt op dit moment bij de opdrachtgever, maar is wel nodig voor het verdere onderzoek. De resultaten van de enquêtes maken duidelijk welke inhoudelijke kennis er momenteel binnen de ambulante vroege psychose teams aanwezig is en op basis van deze resultaten wordt het onderzoek vervolgd.

Er wordt met de geanalyseerde gegevens een selectie gemaakt waaruit geconcludeerd wordt welke teams het meest relevant zijn voor het verdere onderzoek. Deze selectie is gebaseerd op het vergelijken van de behandelingswijze en de huidige aanwezige inhoudelijke kennis van een verslaving binnen de teams. Verder houden de onderzoekers gesprekken met verschillende teams die aangesloten zijn bij het NVP. Er wordt een presentatie gegeven aan de contactpersonen van het NVP (hierbij zijn van alle ambulante vroege psychose teams ongeveer 30-40 professionals aanwezig) waarbij er stellingen en discussiepunten die uit de enquêtes en het vooronderzoek zijn voortgekomen worden besproken. De onderzoekers krijgen hierdoor een beter beeld van wat er speelt binnen de ambulante vroege psychose teams en daarbij wordt er door meerdere teams antwoord gegeven op de deelvragen. Dit wordt meegenomen in de analyse. Ook wordt er een groepsgesprek gevoerd met minimaal drie verschillende ambulante vroege psychose teams uit Nederland om dieper in te gaan op het onderwerp en de teams met elkaar vergeleken kunnen worden. Hierbij gaat het vooral over tevredenheid over de inhoudelijke kennis van de verslavingszorg binnen deze teams, wat er al goed gaat, wat de teams als verbeterpunten zien en welke methodes en/of methodieken er gebruikt worden omtrent verslaving. Uit deze groepsgesprekken en enquêtes wordt een selectie gemaakt van teams waarmee de onderzoekers interviews gaan houden met verschillende leden uit het team om de deelvragen te kunnen beantwoorden. Hierbij richten de onderzoekers zich op minimaal vier en maximaal zes ambulante vroege psychose teams met een verschillende behandelingsstrategie.

Dit wordt gedaan zodat er een relevante vergelijking kan worden gemaakt tussen ongeveer 29 ambulante vroege psychose teams en de bestaande literatuur, er een zo breed mogelijk beeld ontstaat en niet alle 29 teams zorgvuldig onderzocht hoeven te worden. De groepsgesprekken waarbij maximaal vier en minimaal twee leden van het team aanwezig zijn zullen focusgroepsinterviews zijn waarbij er over één afzonderlijk onderwerp wordt gesproken (Verhoeven, 2014). Daarbij zou het focusgroepsinterview een open interview zijn, waarin de onderzoekers de leiding nemen, vragen stellen en structuur geven (Verhoeven, 2014). De groepsgesprekken zorgen ervoor dat er een nog duidelijker beeld ontstaat van de huidige situatie omtrent de behandeling en inhoudelijke kennis over cliënten met een psychose en een verslaving. Binnen een groepsgesprek wordt er met meerdere mensen tegelijkertijd over het onderwerp gesproken en ontstaat er regelmatig een discussie. De meningen van verschillende mensen zorgen ervoor dat er een goed beeld ontstaat van het onderwerp (Baarda, 2013). De groepsgesprekken sluiten aan bij dit onderzoek, omdat zo de discussies en de problemen betreft het onderwerp worden besproken. Zo krijgen de onderzoekers een breed beeld van de aanwezige meningen en knelpunten binnen één team. De onderzoekers hebben ervoor gekozen om de groepsgesprekken zowel telefonisch als persoonlijk te houden, omdat de tijdsdruk binnen het werk in de VIP-teams het niet altijd toestaat om persoonlijke interviews te houden en hiervoor een geschikte locatie te vinden.

Omdat er door de groepsgesprekken een duidelijk beeld is ontstaan over de meningen en knelpunten van verschillende leden binnen het team, kunnen de onderzoekers op basis hiervan een vergelijking maken. Deze vergelijking is gebaseerd op verschillen in de meningen, kennis en knelpunten van de leden binnen een team, zodat er wederom een zo breed mogelijk beeld ontstaat uit de resultaten en hier mee een zo zorgvuldig mogelijke vergelijking kan worden gemaakt tussen de bestaande zorgstandaarden en literatuur en de informatie uit de groepsgesprekken. De onderzoekers zullen bestaande gegevens over de inhoudelijke kennis van verslaving binnen de behandeling van mensen met een vroege psychose en verslaving bestuderen en analyseren. Een voorbeeld van bestaande gegevens is de Ebromodule Vroege Psychose, waarin de kwaliteitsstandaarden staan beschreven die op dit moment aangeven op welke wijze de ambulante vroege psychosezorg zou moeten handelen, en welke inhoudelijke kennis er over een verslaving er aanwezig hoort te zijn voor de behandeling en begeleiding van de cliënten. Verder wordt het bestuderen van bestaande gegevens gebruikt ter validering van de resultaten (Baarda, 2013), waardoor er uiteindelijk een op feiten gebaseerde conclusie getrokken kan worden.

2.2. Validiteit en betrouwbaarheid

2.2.1. De validiteit

Bij validiteit gaat het om de vraag of de resultaten die uit het onderzoek komen daadwerkelijk kloppen met de werkelijkheid. Hierbij wordt ingezoomd op onderzoeksinstrumenten (ook meetinstrumenten genoemd). Het is de bedoeling dat het onderzoek meet wat het moet meten. Wanneer dit niet het geval is wordt er gesproken over systematische fouten. Deze zorgen ervoor dat er geen harde conclusies getrokken kunnen worden en dat fouten (vaak niet opzettelijk) zijn gemaakt bij het uitvoeren van het onderzoek (Verhoeven, 2014).
Gedurende onderhavig onderzoek worden er conclusies getrokken uit de meningen van respondenten. Dat betekent dat er vanuit verschillende invalshoeken naar het probleem wordt gekeken. De onderzoekers zullen hier een neutrale en objectieve houding in aannemen. Het onderzoek zal gebaseerd worden op de mening en ervaring van de respondenten maar tegelijkertijd zal er ook gekeken worden naar de feitelijke weergave van de behandeling.
Tijdens het onderzoek wordt rekening gehouden met de verschillende vormen van validiteit. Zo zal er rekening gehouden worden met de indrukvaliditeit waarbij het over het algemeen gaat over de verbetering van een organisatie. Bij begripsvaliditeit zal er gekeken worden naar de resultaten en of deze begrijpelijk zijn voor de opdrachtgever. Interne validiteit gaat vooral over de onderzoeksopzet, voldoet deze aan de wensen van de opdrachtgever en dekt het de vraag? Tot slot wordt er gekeken naar de externe validiteit; is het onderzoek generaliseerbaar? Dat houdt in dat wanneer iemand anders het onderzoek uitvoert en er exact hetzelfde gehandeld wordt, er dan dezelfde resultaten uitkomen. Daarnaast zorgen de onderzoekers ervoor dat de onderzochte teams repesentatief zijn voor alle teams die onder de ambulante vroege psychose zorg vallen. Dit wordt gedaan door middel van een enquête, vergaderingen, presentaties en discussies waaruit de teams die allemaal op een andere manier werken geanalyseerd worden. De verschillende werkwijzen kunnen dan goed met elkaar vergeleken worden (Verhoeven, 2014).
Echter, er zijn risico's verbonden aan de gekozen onderzoeksinstrumenten die de validiteit negatief kunnen beïnvloeden. Zo zou het kunnen dat minder dan 25% van de respondenten de enquête invult. Daarnaast worden de enquêtes digitaal ingevuld, met als gevolg dat de onderzoekers geen mogelijkheid hebben om de enquêtes toe te lichten.

2.2.2. De Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid is de mate waarin een meting vrij is van *willekeurige* meetfouten.
Willekeurige fouten worden ook wel toevallige fouten genoemd. Hoe groter de kans is dat de resultaten uit het onderzoek op toeval berusten, hoe lager de betrouwbaarheid (Verhoeven, 2014).
Betrouwbaarheid betekent dat als het onderzoek onder dezelfde condities nog een keer wordt uitgevoerd, er dezelfde resultaten uit komen. Om dit op de juiste wijze te kunnen concluderen zal gedurende dit onderzoek gekeken worden naar de herhaalbaarheid, hier gaat het om de mate waarin eenzelfde meeting dezelfde resultaten oplevert. Het volgende belangrijke begrip is de interne consistentie. Hierbij zal gekeken worden naar de samenhang en de opzet, of alles op elkaar aansluit en of het dezelfde categorie dekt. Als laatste wordt er gekeken naar de interne beoordelaarsbetrouwbaarheid. Dit geeft aan in hoeverre er overeenkomsten zijn tussen de uitkomsten van de metingen en de beoordelaar. De verschillen tussen de uitkomsten van de onderzoekers zijn beperkt. Een voorbeeld hiervan kan zijn dat onderzoeker één toevallig negatieve uitkomsten heeft en onderzoeker twee niet. Hierbij kan er twijfel ontstaan over de betrouwbaarheid en dus de beïnvloeding van de onderzoeker.
Om dit te voorkomen zullen de onderzoekers nauwkeurig samenwerken en de groepen respondenten categoriseren (Verhoeven, 2014). Gedurende het onderzoek wordt gewerkt met enquêtes en interviews, deze zijn voorzien van standaardvragen- of topiclijsten. Ook zal er gewerkt worden met peer feedback, waarbij de resultaten door alle onderzoekers van het onderzoek individueel worden gecontroleerd. Het bijhouden van een logboek zorgt ervoor dat de onderzoekers bewust bezig zijn met het onderzoek, waar de onderzoekers tegenaan lopen en welke exacte handelingen zijn uitgevoerd. Ook wordt er gebruik gemaakt van triangulatie door verschillende onderzoeksmethodes te gebruiken, namelijk interviews en bestaande gegevens, om vast te kunnen stellen welke inhoudelijke kennis over een verslaving er nodig is. Dit wordt gedaan om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten (Verhoeven, 2014).

2.3. Begripsafbakening

Het afbakenen van begrippen is belangrijk om zo het onderzoek een duidelijke richting in te laten slaan. Begrippen uit de vraagstelling kunnen namelijk op verschillende manieren omschreven worden. Er zijn vele redenen te geven waarom een begripsafbakening nodig is: 'De betekenis van een begrip staat vast en is helder gedurende de rest van het onderzoek, de onderzoekers laten heel duidelijk de grenzen van het onderzoek zien, en de afbakening van een begrip bepaalt welke informatie straks, tijdens de dataverzameling, moet worden verzameld' (Verhoeven, 2014).

Begrip:	Afbakening:
Vroege Psychose	In dit onderzoek wordt hiermee de periode voorafgaand aan de eerste psychotische symptomen, de eerste psychose, en de periode tot vijf jaar na de eerste psychose, bij mensen tussen de 18 & 35 jaar bedoeld. (Van Duin, 2017).
VIP-team	VIP-team staat voor Vroege Interventie Psychose team.'Dit is een multidisciplinair ambulant team dat zich *uitsluitend* richt op de behandeling van cliënten in de eerste vijf jaar van een psychotische stoornis. Deze teams kunnen zelfstandig te werk gaan of onderdeel zijn van een ander ambulant team' (Van Duin, 2017).
F-ACT Tteam	F-ACT staat voor Flexible Assertive Community Treatment. In een F-ACT team werken verschillende deskundigen samen aan de behandeling van ambulante cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA). In een F-ACT team zijn de volgende deskundige aanwezig: - Psychiater - Psycholoog - Maatschappelijk werker - IPS traject begeleider (begeleiding op werkgebied) - Casemanager - Ervaringsdeskundige Daarnaast is in het F-ACT team rehabilitatie en verslavingsdeskundigheid aanwezig (Van Duin, 2017).
CCAF Cetificaat	CCAF staat voor Centrum voor Certificering van ACT en F-ACT. Het CCAF certificaat is een keurmerk voor ACT en F-ACT teams die aangeeft dat en in hoe verre het team aan de opgestelde regels voldoet. Dit houdt in dat er in de (F)-ACT teams met een CCAF certificaat een verslavingsdeskundige werkzaam is (wat volgends de opgestelde regels een vereiste is), deze teams zullen niet mee worden genomen in dit onderzoek (Van Duin, 2017).
NVP	NVP staat voor Netwerk Vroege Psychose. Dit is een netwerk dat is opgericht door professionals met expertise over vroege psychose. Binnen dit netwerk wordt er kennis uitgewisseld, wetenschappelijk onderzoek gestimuleerd en wordt er gewerkt aan het verder ontwikkelen van behandelprogramma's. Het NVP heeft een multidisciplinair karakter, zo kunnen verschillende professionals die te maken hebben met vroege psychose zorg elkaar ontmoeten en ervaringen uitwisselen (Kenniscentrum Phrenos, 2016).

Ambulante vroege psychose zorg	'Vroege psychose zorg is zorg die zich *uitsluitend* richt op de behandeling van cliënten in de eerste vijf jaar van een psychotische stoornis. Deze zorg is bij zowel F-ACT als VIP-teams aanwezig (Van Duin, 2017). Tijdens dit onderzoek zullen uitsluitend de teams zonder een CCAF cetificaat en die aangesloten zijn bij het NVP ondezocht worden.
Verslaving	In dit onderzoek wordt een verslaving gezien als een situatie waarin iemand niet meer de drang kan beheersen tot het gebruik van de middelen waarvan diegene geestelijk en lichamelijk afhankelijk is geworden. Dit wil zeggen dat iemand constant bezig is met het middel om een bepaald effect te bereiken. Gedurende dit onderzoek zal er gekeken worden naar de verslaving aan drugs.
Drugs	Uit onderzoek is gebleken dat ongeveer 60% van de cliënten binnen de vroege psychose zorg ooit cannabis heeft gebruikt. Van hen gebruikte 20% ooit cocaine, hallucinogenen, XTC of andere stimulerende middelen (Veling, 2013).
Dubbele diagnose	Met een dubbele diagnose wordt gedoeld op mensen met een vroege psychose en een verslaving (Solutions Verslavingszorg, 2017).
Inhoudelijke kennis (in de teams van de vroege ambulante psychose zorg)	In de eerste fase van het onderzoek wordt met inhoudelijke kennis gedoeld op kennis over verslaving die actueel aanwezig is binnen de vroege ambulante psychose zorg. Met de inhoudelijke kennis die vergeleken gaan worden binnen de vroege ambulante psychose zorg, bedoelen de onderzoekers de kennis waar de vroege ambulante psychose zorg aan behoort te voldoen, volgens kwaliteitstandaarden zoals de Zorgstandaard Psychose. Dit is kennis over verslaving, behandeling van een verslaving en de werkwijze hierin.
Zorgstandaard	Zorgstandaard betekent in dit onderzoek de door het NKO opgestelde hooflijnen. Deze zorgstandaarden geven de norm weer die door de wet en cliënten gezien wordt als 'goede zorg'. (Duin, 2018).
Kwaliteitsstandaard	In een kwaliteitsstandaard (zoals een richtlijn, zorgstandaard, generieke of EBRO-module) staan aanbevelingen voor zorgverleners over hoe zij goede zorg kunnen verlenen. Naast wetenschappelijk onderzoek worden kennis, ervaringen en voorkeuren van zorgverleners en cliënten meegenomen in kwaliteitsstandaarden (Patientenfederatie, 2018).
EBRO module	EBRO staat voor Evidence-Baced Richtlijn Ontwikkeling. De EBRO module Vroege Psychose is een richtlijn voor behandeling in de vroege psychose zorg.

Hoofdstuk 3. De resultaten

3.1. Deelvraag 1. Wat is er al aanwezig in het team?

"Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg is reeds voorhanden binnen de bij het NVP aangesloten ambulante vroege psychose teams?"

3.1.1 Inleiding

Om antwoord te kunnen geven op deze deelvraag is het van belang om in te gaan op de overeenkomsten en de verschillen tussen de vijf geïnterviewde teams. Daarnaast is het belangrijk om het onderscheid tussen teams te benoemen. Wanneer je dit doet kun je een goed beeld creëren van wat er al aanwezig is binnen een team.

3.1.2. Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg hebben de teams op dit moment ?

De respondenten zitten met elkaar op 1 lijn als het gaat over de onderkenning van de waarde van verslavingsdeskundigheid binnen het team. Het geven van cursussen om het overige 'niet-deskundige' personeel bij te scholen wordt afgeraden, omdat de uitkomsten hiervan niet als voldoende werkzaam geacht worden.

De teams bereiken ook consensus over de manier waarop er met een cliënt met middelenverslaving moet worden omgegaan. Ten eerste streven ze naar de bespreekbaarheid van de verslaving en openheid over de gang van zaken vanuit de cliënt en begeleider. Middelenmisbruik tijdens het behandel- en begeleidingstraject wordt niet verboden, om zo te bereiken dat de cliënt open is naar de begeleiding toe over de aard en hoeveelheid van het gebruik. Het gebruik van middelen binnen een locatie is wel verboden. Hierop aanvullend willen teams op het gebied van middelenmisbruik naast de cliënt staan en uitgaan van de wensen van de cliënt. De respondenten erkennen dat wanneer de wensen van de cliënt om te stoppen of te minderen met het middelenmisbruik niet aansluiten bij de wensen van de hulpverlener, er geen sprake kan zijn van een goede samenwerking.

Er zijn ook een aantal methoden die in alle teams van de geïnterviewde respondenten positief ontvangen worden. Ten eerste is dat een herstelgerichte ondersteuning, gericht op (arbeids)rehabilitatie en participatie met als doel om de cliënt weer als volwaardig lid mee te laten doen in de maatschappij. Werk kan middelenmisbruik tegengaan. Hierbij wordt er in ieder team gebruikt gemaakt van de IPS-methode. De gedachte van de respondenten hierachter is dat een invulling van de dag en het creëren van zingeving het gebruik van middelen kan doen verminderen, omdat men ziet dat middelenmisbruik onder deze groep vaak voort komt uit verveling of een gebrek aan zingeving.
Ten tweede werkt ieder team samen met het systeem en het netwerk van de cliënt om middelenmisbruik te verminderen, vooral door de familie bij het behandelproces te betrekken. Ook het vinden van sociale contacten waarbij middelengebruik niet voor komt wordt door alle respondenten als een geschikte methode gezien.
Ten derde wordt cognitieve gedragstherapie gericht op het verbeteren van een laag zelfbeeld en het verhogen van het zelfvertrouwen door de respondenten gezien als een manier om middelengebruik te verminderen of tegen te gaan.
Tot slot maakt ieder team gebruik van lotgenotengroepen binnen het team en worden de resultaten daarvan ook goed ontvangen. De respondenten schrijven dit succes toe aan de manier waarop de cliënt ondersteuning kan ontvangen van lotgenoten en zo succesvoller gemotiveerd kan worden tot het stoppen met het gebruik van middelen.

3.1.3. Wat zijn de verschillen tussen de vijf teams?

Ten eerste is er een verschil in de cultuur rondom verslavingsproblematiek in de vroege psychose teams waar te nemen. Er zijn teams waarbij verslaving een vaste plek heeft in de behandeling, waarin het in hoge mate bespreekbaar is en waar ook in hogere mate aandacht naar uitgaat. Daar tegenover zijn er ook teams waarin verslavingsproblematiek meer op de achtergrond staat, waarin het in mindere mate bespreekbaar is en waar er ook in mindere mate aandacht naar uitgaat.
Ten tweede is de manier waarop deze deskundigheid binnen de teams vorm heeft gekregen verschillend. Deskundigheid binnen de teams wordt ingevuld met een externe verslavingsdeskundige, een medewerker met jarenlange ervaring in de verslavingszorg in dienst, of een ervaringsdeskundige met vroegere verslavingsproblematiek. De teams met een ervaringsdeskundige in het team zijn éénstemmig wat betreft de verslavingsdeskundigheid van deze ervaringsdeskundige. Zij schrijven dit toe aan het gegeven dat een ervaringsdeskundige een betere ingang heeft bij de cliënten met een verslaving en beter dan menig ander persoon begrijpt waar het gedrag van een bepaalde cliënt vandaan komt.
Ten derde is de mate waarin verslaving gescreend wordt verschillend. De verschillende opties om verslaving te screenen zijn:

- Het gebruik van specifieke vragenlijsten waarin het bespreken van middelenmisbruik/verslaving is opgenomen.
- Het bespreken van middelenmisbruik/verslaving bij het opstellen van het behandelplan op basis van verschillende levensgebieden, waarvan verslaving of middelenmisbruik er 1 is.
- Het betrekken van het netwerk bij het opstellen van het behandelplan om de mate van middelenmisbruik/verslaving te peilen.
- Een laagdrempelige en meer informele manier om middelenmisbruik/verslaving te bespreken tijdens een niet vooraf gepland gesprek.

3.1.4. Welke uitzonderingen zijn er bij de teams waargenomen?

Er is een team dat gebruik maakt van niet alleen lotgenotengroepen, maar ook van overwegingsgroepen. Het concept hiervan werd door hen beschreven als ongeveer hetzelfde als een lotgenotengroep, alleen wordt deze groep georganiseerd voor alle cliënten met een verslaving uit verschillende zorgorganisaties in de gemeente, en is dit een laagdrempelige manier van ontmoeten, waarbij opkomst of motivatie geen rol speelt.
Daarnaast wordt door iedere respondent motiverende gespreksvoering als een succesvolle of een bruikbare methode aangerekend, behalve bij 1 respondent. Daar vindt men dat een intrinsieke motivatie om te stoppen met het gebruik van middelen niet behaald kan worden op initiatief van een hulpverlener wanneer dit niet overeenkomt met de wens van de cliënt. Zij zien de oplossing in externe factoren zoals het creëren van zingeving, het zoeken van een passende baan of een studie, of het veranderen van een middelengebruik-stimulerende omgeving.

3.1.5. Conclusie

Uit de teams komt voornamelijk terug dat de aanwezigheid van verslavingsdeskundigheid in het team een goede aanwinst zou zijn. Dit geldt ook voor de aanwezigheid van een ervaringsdeskundige met een verslavingsachtergrond. De teams met verslavingsdeskundigheid binnen het team zijn minder afhankelijk van samenwerking met de verslavingszorg, zij kunnen de cliënten met complexere verslavingsproblematiek deskundig integraal behandelen.
In de eerste fase van de behandeling is het voor het merendeel van de teams waardevol om verslaving bij cliënten via de verschillende levensgebieden bespreekbaar te maken. Zo komt vaak terug dat een behandelprogramma gericht op rehabilitatie, participatie en het creëren van zingeving, verslavingsproblematiek onder psychotische cliënten kan doen verminderen. Motiverende gespreksvoering is bij vier teams een onderdeel in het programma en wordt als zeer positief ervaren. Dit heeft te maken met het feit dat ieder team onderkent dat succesvol van een verslaving afkomen te maken heeft met de motivatie van de cliënt zelf. Alle teams betrekken de omgeving bij het behandelprogramma. Familie en vrienden zijn een vast onderdeel binnen het traject. Ook doen drie van de vijf teams aan het ondersteunen van de familie door middel van lotgenotengroepen en psycho-educatie voor het netwerk. Alle vijf de teams onderkennen ook dat trainingen zoals Community Reinforcement Approach (CRA) en Libermann trainingen behulpzaam kunnen zijn, maar passen deze zelden toe in de praktijk. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat 100% van de teams streeft naar een mensgerichte benadering waarin verslaving bespreekbaar is zonder dat een cliënt hierop beoordeeld wordt.

3.2. Deelvraag 2. Wat is er nodig volgens de kwaliteitsstandaarden?

"Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg is er volgens de kwaliteitsstandaarden nodig binnen de ambulante vroege psychose teams aangesloten bij het NVP, voor de behandeling van cliënten met een psychose en verslaving?"

3.2.1. Inleiding

Uit dit onderzoek is gebleken dat er binnen de ambulante vroege psychosezorg en verslavingszorg verschillende manieren van werken zijn. De aanpak van beide problemen in de zorg vraagt om aparte benaderingswijzen. Hiervoor zijn een aantal richtlijnen geschreven. Elk vakgebied heeft zijn eigen richtlijnen. Omdat er geen specifieke richtlijn bestaat voor de behandeling van een verslaving binnen de psychose zorg, hebben de onderzoekers een ''Gouden standaard'' gemaakt. Deze standaard bestaat uit volgens de literatuur belangrijke aspecten. Het is een hulpmiddel om de praktijksituaties gedurende dit onderzoek te vergelijken. De Gouden standaard bestaat uit richtlijnen die voor zowel de verslavingszorg als de psychosezorg bruikbaar zijn. De Gouden standaard is terug te vinden in bijlage 5 en zal als rode draad worden gebruikt bij het beantwoorden van de tweede deelvraag.

3.2.2. De gouden standaard volgens de literatuur

Binnen de ambulante vroege psychosezorg is kennis van wezenlijk belang, zowel kennis over de geestelijke gezondheidszorg (ggz), als ook over verslaving. Uit onderzoek is gebleken dat 40 tot 50 % van de cliënten die in behandeling staan bij de ambulante vroege psychosezorg, verslaafd is aan cannabis of problematisch gebruikt waardoor het herstel van de psychose stagneert. Om te voorkomen dat steeds minder mensen herstellen is het belangrijk dat de behandeling van psychose en verslaving tegelijkertijd worden aangepakt. Om dit te kunnen doen is goede diagnostiek noodzakelijk. Dit wil zeggen dat er naast een diagnose op het gebied van psychose ook tijdens de intake wordt gekeken naar het middelengebruik van een persoon. Een goede diagnose vergt meer dan het afwerken van een lijstje, namelijk ook het in kaart brengen van iemands leven. Wat zijn de risico's? Is iemand verslaafd of problematisch gebruiker? Wat is de aanleiding van de verslaving? Welk probleem ligt op de voorgrond en houdt de verslaving de psychose in stand of juist andersom? Vragen die volgens de literatuur in een intakegesprek naar voren komen en die met behulp van screeningslijsten in kaart gebracht kunnen worden (Richtlijnen uit Nederland, 2018). Nadat er een goede diagnose is gesteld, is het opstellen van een individueel op maat gemaakt behandelplan noodzakelijk. Daarbij dient er ook aan gedacht te worden dat de taken van alle betrokkenen meegenomen worden en dat beschreven wordt wie bijvoorbeeld de eerste behandelverantwoordelijkheid heeft. Is dit de verslavingszorg of juist het VIP-team? Wat verder belangrijk is, is de eigen kracht en motivatie van de client zelf. Bepaal als hulpverlener niet wat goed is voor de cliënt maar bekijk samen (met kleine doelen) wat haalbaar is op dat moment. Het is voor een cliënt belangrijk dat hij of zij het gevoel heeft eigen keuzes te mogen maken en de regie over zijn of haar leven te blijven houden. Daarnaast is gebleken dat het effectiever is voor het herstelproces als de cliënt zelf bepaalt op welke wijze het probleem wordt aangepakt. De cliënt zal dan eerder de motivatie vinden om de behandeling uit te voeren. Het heeft geen zin om iemand te helpen die eigenlijk niet geholpen wilt worden, dat werkt volgens de literatuur stigmatiserend.

Natuurlijk ben je er met motivatie alleen niet. Wanneer een cliënt gemotiveerd is, zal de huidige leefomgeving en het sociale netwerk in kaart gebracht moeten worden. Het betrekken van naasten in de behandeling is van essentieel belang voor het herstelproces van een cliënt met een verslaving en psychose. Begrip en vertrouwen van de omgeving zullen een positief effect hebben op hen die geholpen willen worden.

Bij het in kaart brengen van de leefomgeving zal ook het netwerk in kaart gebracht moeten worden. Laat in dit soort gevallen zien dat bepaalde leefmilieus de cliënt niet zullen helpen bij het oplossen van het probleem, maar dit alleen maar verergeren (Richtlijnen uit Nederland, 2018). Want hoe moeilijk is het om te stoppen met blowen als al je vrienden dit doen? En vinden je vrienden je nog wel aardig als je niet meer met hen die joint wil roken? En als zij weten dat je stopt en ze doen dit nog steeds, zijn het dan wel echt vrienden? Vragen die cliënten in de hulpverlening eigenlijk alleen maar beangstigen. Want soms is het al pijnlijk genoeg om jezelf te bekennen dat je een probleem hebt. Daarbij is het als hulpverlener belangrijk dat er een relatie is met de cliënt. Door je als professional open op te stellen met een niet oordelende houding, empathie, echtheid en een onvoorwaardelijke gezindheid, zal je de

cliënt het gevoel geven dat hij of zij er mag zijn. En doordat je present bent, naar iemand luistert en diegene in zijn of haar waarde laat en niet doet alsof je beter bent, zal een cliënt ook meer van je aannemen. Hij of zij voelt zich ondanks de vervelende situatie gehoord en minder alleen. Hierdoor zal de behandeling sneller en beter verlopen.
Tenslotte is het vaak zo dat cliënten die gebruiken hierover niet eerlijk zijn. Bespreek daarom het middelengebruik structureel. Werk bijvoorbeeld met de levensgebieden en maak gebruik van een vast onderdeel van deze levensgebieden. Gebruik tijdens de behandeling/begeleiding motiverende gesprekvoering, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie om het probleem te verhelderen, de motivatie te vinden en het ongewenste gedrag te veranderen. Blijf als hulpverlener dichtbij jezelf en probeer je ten alle tijde in de ander te verplaatsen (Richtlijnen uit Nederland, 2018).

3.2.3. Wat kun je doen als team volgens de literatuur?

Het belangrijkste wat volgens de literatuur door een team gedaan kan worden in de behandeling van mensen met een psychose en verslaving is het opstellen van goede en duidelijke regels. Hierbij kan er gedacht worden aan regels omtrent veiligheid, handelen en begeleiding. Heb als team een algemene visie en werk volgens dezelfde richtlijnen. Het werkt namelijk niet als één behandelaar zegt dat een jointje geen kwaad kan en de ander zegt dat het niet goed is. Trek als team één lijn en houd je daar ook aan. Daarnaast is het belangrijk dat een team over voldoende kennis beschikt, want pas als de kennis in het team aanwezig is, zal dit ook kunnen worden overgebracht aan een cliënt. Mocht er in het team geen deskundige zijn die het team kan bijscholen, zorg dan als team dat de kennis over het onderwerp en nieuwe ontwikkelingen daarbinnen op een andere manier aanwezig blijft. Dit kan ook in een samenwerkingsverband, immers, korte lijntjes zijn belangrijk in de samenwerking. De ambulante vroege psychose teams kunnen bijvoorbeeld iemand van verslavingszorg uitnodigen die een keer wat komt vertellen over hun behandelingswijze of regelmatig bij een ochtendoverleg aanschuift. Korte lijnen in de behandeling van een cliënt met verslaving en psychose is misschien wel het allerbelangrijkste, want korte lijnen staan voor goede samenwerking. Dat houdt in dat je zicht houdt op de situatie en de cliënt, en de cliënt ook werkelijk kan helpen bij zijn of haar herstelproces (Richtlijnen uit Nederland, 2018).

3.2.4. Conclusie

Uit de gelezen literatuur en de opgestelde Gouden standaard kan er geconcludeerd worden dat veel van de richtlijnen overeenkomen, maar de handelingswijze van elkaar verschillen. Het is voor alle betrokkenen belangrijk dat er duidelijke regels zijn omtrent gebruik en verslaving tijdens de behandeling van een cliënt in een VIP-team. Als team dien je één lijn te trekken in de behandeling. De behandeling begint met het goed in kaart brengen van het probleem, waarbij iedere professional dezelfde werkwijze hanteert. Daarnaast is de houding die wordt aangenomen tegenover het probleem van essentieel belang, alleen met een open en eerlijke houding die de cliënt laat zien dat de professional er werkelijk voor hem of haar is, zal de cliënt met verschillende hulpmiddelen zoals motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie en psycho-educatie uiteindelijk geholpen kunnen worden bij het herstelproces.

3.3. Deelvraag 3. Wat ontbreekt er volgens de teams?

"Welke inhoudelijke kennis over verslavingszorg ontbreekt er volgens de bij het NVP aangesloten ambulante vroege psychose teams?"

3.4.1. Inleiding

Uit de enquête en het vooronderzoek is gebleken dat de ambulante vroege psychoseteams die bij het NVP aangesloten zijn tegen gebreken en/of tekortkomingen aanlopen, betreft de inhoudelijke kennis over de signalering en behandeling van een verslaving. Om te kunnen bepalen welke gebreken de ambulante vroege psychose teams hierin ervaren, zijn er met de betreffende teams interviews in de vorm van groepsgesprekken afgenomen. Er zijn vijf interviews afgenomen met op zichzelf staande teams. In dit onderzoek worden de respondenten Z, N, G, U en R genoemd, tijdens deze interviews zijn één tot twee professionals aanwezig. Deze teams zijn zorgvuldig geselecteerd uit de enquêtes en zijn representatief voor alle ambulante vroege psychoseteams, aangesloten bij het NVP. Verder is er een interview afgenomen tijdens een vergadering van het NVP waarbij 39 respondenten aanwezig waren. Deze respondenten zijn contactpersonen van het NVP en werkzaam in de ambulante vroege psychosezorg. Deze vergadering heeft ervoor gezorgd dat er een breed beeld ontstond over de gebreken en wensen van de teams. Voor de beantwoording van deze deelvraag worden de interviews met de op zichzelf staande teams en het groepsgesprek van de vergadering van het NVP gebruikt. De analyse hiervan is terug te vinden in bijlage 3.

3.4.2. De resultaten

Niet genoeg (efficiënte) samenwerking met verslavingszorg.
Binnen de vergadering van het NVP geven vier van de vijf respondenten aan dat er een gebrek is aan en tekortkoming in de samenwerking met de verslavingszorg. Hierover geven drie respondenten aan dat de cliënten niet bij de verslavingszorg terecht komen. Eén van deze respondenten geeft aan dat het er mee te maken heeft dat verslavingszorg anders omgaat met de cliënten dan de vroege psychosezorg. Als verslavingszorg vindt dat de cliënt niet gemotiveerd is wordt de behandeling bij verslavingszorg gestopt. Eén respondent geeft aan dat als een cliënt boven de 21 jaar is, de samenwerking lastiger wordt. Een andere respondent geeft aan dat de verslavingszorg niet als helpend wordt ervaren en tot nu toe geen succes is geweest, ook niet bij de dubbele diagnose kliniek. Bij de geïnterviewde teams geven alle vijf teams aan dat er gebreken worden ervaren in de samenwerking met verslavingszorg. Team Z geeft aan dat het contact houden met verslavingszorg erg moeilijk is en dat de verslavingszorg en vroege psychosezorg zich spreekwoordelijk op twee eilanden bevinden. Ook geeft Z aan dat de verslavingszorg een hele andere attitude heeft dan de ambulante vroege psychosezorg. Team N geeft aan dat de samenwerking met verslavingszorg niet naar tevredenheid is en dat zij daarom alleen intentioneel met hen samenwerken. Team U geeft aan het idee te hebben dat de samenwerking tussen verslavingszorg niet gesmeerd loopt en er meer uit de samenwerking te halen valt. U en R geven aan kortere lijntjes te willen met verslavingszorg zodat zij met cliënten sneller door kunnen pakken in de behandeling. R en Z zouden het een meerwaarde vinden om samen met de verslavingszorg een kennisuitwisseling te hebben. N zou het ideaal vinden om samen met verslavingszorg een dagprogramma aan te kunnen bieden aan de cliënten. Team G geeft aan dat de samenwerking met de verslavingszorg prima verloopt en geeft daarvoor als argument dat ze korte lijntjes met elkaar houden. Dat uit zich in bijvoorbeeld het feit dat de leidinggevenden van beide partijen elkaars telefoonnummer hebben en dat de fysieke afstand van gebouw tot gebouw niet groot is. Ze geven aan dat er zich alleen problemen kunnen voortdoen als er complexere problematiek bij de cliënt aanwezig is. Hierbij komt het financiële plaatje kijken; waar wordt er hoofdzakelijk behandeld en hoe wordt dit financieel verantwoord?

Niet genoeg kennis over verslavingszorg
Drie respondenten uit de vergadering van het NVP geven aan dat zij kennis missen om met verslaving om te gaan. Eén van deze respondenten geeft aan dat er meer kennis nodig is bij alle medewerkers binnen het team. Van de respondenten uit de geïnterviewde teams geven vier van de vijf respondenten, resp. G, Z, U en R aan dat zij een gebrek hebben aan inhoudelijke kennis over verslaving. Hierin geeft G aan dat zij zelf over meer kennis zouden willen beschikken. R zou het een meerwaarde vinden als alle medewerkers een bijscholing over verslaving zouden krijgen, de respondenten R hebben wel eens bijscholing gehad, maar geven aan dat de middelen en werkwijzen zijn veranderd en hier is geen verdere scholing over gegeven. Ook geven zij aan dat ze

over betere kennis zouden willen beschikken betreft de behandeling van een cliënt met een verslaving. Z geeft aan dat zij wel scholing over verslaving hebben gehad, maar dat dit niet voldoende voor hen is geweest. Ook geeft Z aan dat zij het binnen het team wel hebben over meer scholing, maar dat zij het nog moeilijk vinden om uit te zoeken wat hierin passend is voor hun team en waar ze daadwerkelijk wat aan hebben. Team U geeft aan dat zij kennis missen voor als het juist weer goed gaat met de cliënt en deze weer dingen wil gaan oppakken. Daarmee doelen zij op de wenselijkheid van een goede sociale kaart.

Het ontbreken van een verslavingsdeskundige/ervaringsdeskundige in het team
Binnen de vergadering van het NVP geeft één respondent aan dat zij iemand binnen het team mist die veel kennis heeft van verslavingsproblematiek. Bij de geïnterviewde teams geven drie teams aan dat er een medewerker in de vorm van een verslavingsdeskundige wordt gemist binnen het team. G geeft aan dat het meest ideale voor hen zou zijn om zelf alles binnen het team te hebben. Z geeft aan dat zij vinden dat er minimaal één professional in het team moet zijn die ook in de verslavingszorg heeft gewerkt, die de attitude uit de verslavingszorg kent en deze kan overbrengen naar het team. Ook zou dit team het een meerwaarde vinden als er binnen een VIP-team iemand met verslavingsdeskundigheid zit en/of een ervaringsdeskundige met deze expertise. N geeft aan dat zij iemand van verslavingszorg in hun team zouden willen, onder andere omdat zij laag scoren op de aanwezigheid van verslavingsdeskundigheid binnen hun team.

Ontbrekende kennis over het bevorderen van de motivatie van de cliënt
Uit de vergadering van het NVP is gebleken dat twee respondenten het lastig vinden om de motivatie van de cliënt aan te wakkeren als het gaat over (het stoppen van) de verslaving. Hierbij geeft één respondent aan het lastig te vinden om de motivatie om te veranderen bij de cliënt te vinden. Daarbij geeft één andere respondent aan dat het lastig is om de cliënten zo gemotiveerd te krijgen dat ze hulp vanuit verslavingszorg willen.
Drie respondenten uit de geïnterviewde teams geven aan hier ook problemen in te ondervinden. Hierbij geeft Z en R aan dat de meeste cliënten niet willen stoppen met het gebruik van middelen, G geeft aan dat het vinden van de motivatie van de cliënt voor hen een uitdaging is.

Niet genoeg ervaring
In de vergadering met de aangesloten teams uit het NVP geeft één respondent aan te weinig ervaring te hebben met verslaving. In de geïnterviewde teams zegt Z dat zij ervaring missen en graag meer ervaring zouden willen.

Handelingsverlegenheid
Twee respondenten uit de vergadering van het NVP geven aan handelingsverlegenheid te ervaren in de behandeling en/of signalering van een verslaving. Eén respondent geeft aan dat dit komt omdat het team niet goed weet wat ze met de verslaving aan moeten. De tweede respondent geeft aan dat hij handelingsverlegenheid voelt in specifiek gerichte interventies die zij doen.

Te weinig werkzame/evidence based interventies
In de NVP-vergadering wordt door vijf respondenten naar voren gebracht dat er te weinig (evidence based) interventies beschikbaar zijn. Drie van deze respondenten geeft aan evidence based zorg meer nodig te vinden, of interventies die voldoende werken. Twee van de respondenten geeft aan dat de interventies daarnaast niet goed geïmplementeerd worden en het lastig is om een interventie drijvende te houden.

Niet weten of de psychose of de verslaving op de voorgrond staat
Twee van de respondenten uit de vergadering van het NVP geven aan dat het lastig is om te weten wat er op de voorgrond staat, de psychose of de verslaving. Een andere respondent geeft aan dat hij soms in de knoei komt bij de keuze waar hij moet beginnen. Bij de geïnterviewde teams komt dit onderwerp bij twee respondenten naar voren. N geeft aan dat het lastig is om te kijken wat er voorop staat, namelijk de psychose of de verslaving. R geeft een praktijkvoorbeeld van een situatie waarbij de discussie zich herhaalde waar een cliënt nou thuishoorde, bij de verslavingszorg of bij de vroege psychose zorg.

3.4.3. Conclusie

Binnen de interviews zijn een aantal uitkomsten meerdere malen naar voren gekomen bij verschillende ambulante vroege psychose teams, namelijk:

- Er is niet genoeg kennis over verslaving;
- Er is sprake van handelingsverlegenheid onder personeel van vroege psychose teams;
- Het ontbreken van een verslavingsdeskundige/ervaringsdeskundige in het team;
- Niet genoeg ervaring met verslavingszorg;
- Te weinig werkzame/evidence based interventies;
- Niet weten wat er op de voorgrond staat, de psychose of de verslaving;
- Ontbrekende kennis over hoe de motivatie van de cliënt aan te wakkeren;
- Niet genoeg kennis over hoe het best samengewerkt kan worden met de verslavingszorg;
- Niet genoeg financiële middelen om kennis over de verslavingszorg te vergroten.

Hoofdstuk 4. Analyse conclusie & Aanbeveling

4.1. De analyse

De hoofdvraag luidt:

'Op welke wijze kan de ambulante Vroege Psychose Zorg aangesloten bij het NVP de inhoudelijke kennis over de signalering en behandeling van verslavingsproblematiek verbeteren ten behoeve van de zorg voor cliënten met een verslaving en een vroege psychose'?

Uit dit onderzoek is gebleken dat er juist op het gebied van samenwerking tussen verslavingszorg en de vroege psychose zorg veel te winnen valt. Alle respondenten geven aan dat meer deskundigheid binnen het team een grote meerwaarde zou zijn. Dit wordt ook in de literatuur bevestigd, hierin is beschreven dat de aanwezigheid van deskundigheid op het gebied van verslavingszorg van essentieel belang is. Vijf van de zes respondenten vinden dat de samenwerking met de verslavingszorg beter kan. Hierbij geven zij als mogelijke oplossing dat er gestreefd kan worden naar kortere lijntjes met verslavingszorg, dat men meer kennis met elkaar kan uitwisselen over de eigen expertise en dat er betere afspraken gemaakt kunnen worden over de manier waarop een gezamenlijke cliënt behandeld wordt. Een van de respondenten geeft aan dat de samenwerking naar tevredenheid verloopt, maar dat het financiële plaatje het ingewikkeld kan maken. Denk hierbij aan het gebrek aan financiële mogelijkheden en tijd om elkaar op te zoeken.
Om de inhoudelijke kennis binnen de vroege psychose teams te verbeteren moeten er verbeteringen doorgevoerd worden in de samenwerking met verslavingszorg. De inhoudelijke kennis die door zowel de respondenten als de kwaliteitsstandaarden in de behandeling van middelengebruik hierin als van belang worden geacht, zijn onder te verdelen in drie factoren:

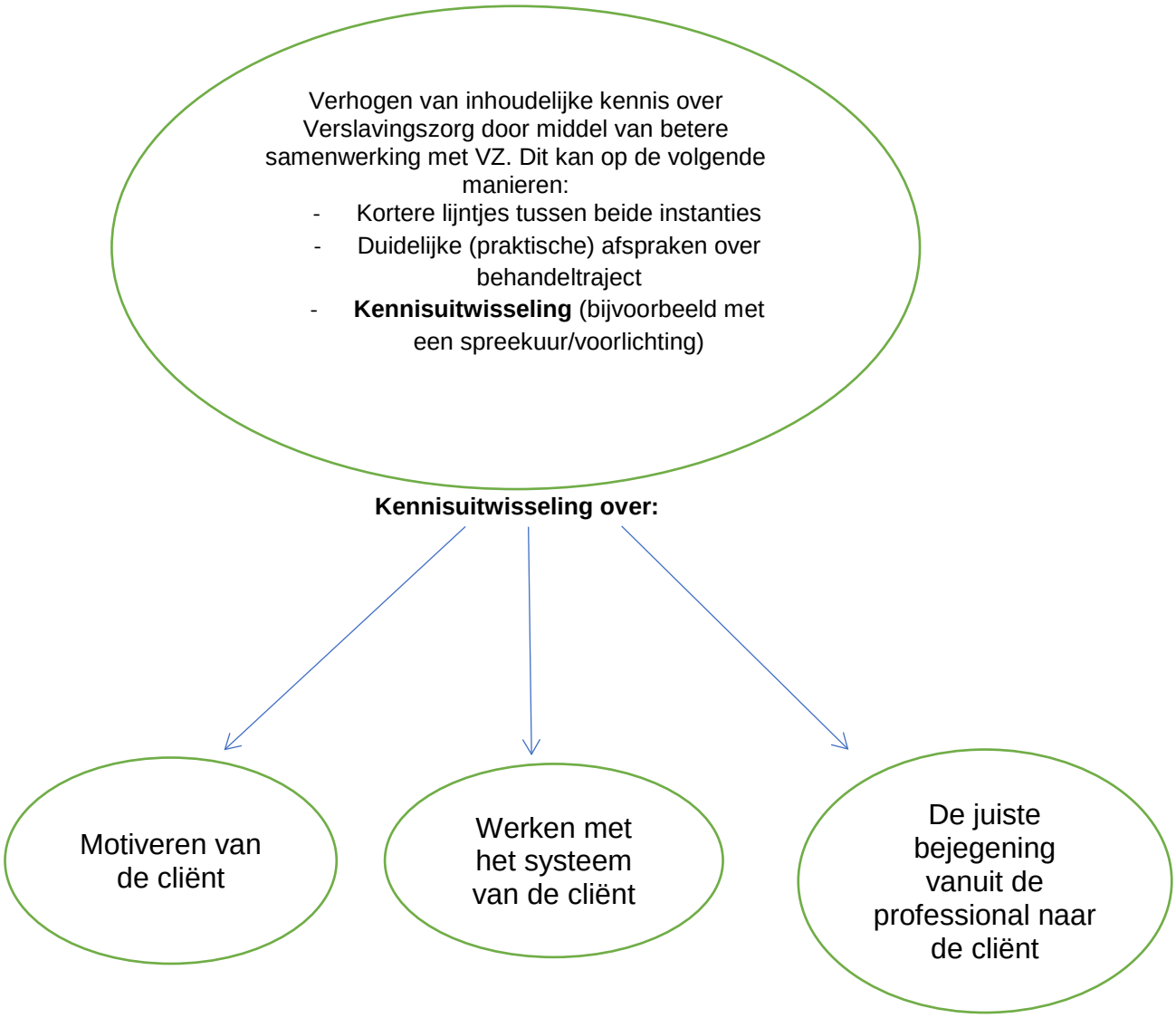
- Het stimuleren van de motivatie van de cliënt.
- De juiste bejegeningswijze vanuit de professional.
- Het werken met het systeem van de cliënt.

De motivatie van de cliënt
Alle respondenten geven aan dat het moeilijk is de cliënten te motiveren. Dit heeft volgens hen te maken met het feit dat cliënten de meerwaarde van het stoppen met middelengebruik niet inzien. Immers, op korte termijn onderdrukt het namelijk de psychose. Een respondent geeft aan dat de motivatie voor het stoppen met middelen niet wordt ervaren als probleem, en dat de cliënt hier zelf geen hulpvraag bij heeft. Zij zijn tevreden met deze werkwijze omdat hierdoor de cliënt regie over zijn/haar eigen behandeling houdt. De andere respondenten vinden dat de hulpverlening de cliënt juist moet motiveren in het stoppen van middelengebruik omdat de cliënt anders in een vicieuze cirkel terecht komt, waarbij middelengebruik de psychose in stand houdt en andersom. Zowel in de geanalyseerde richtlijnen als bij 85% van de respondenten, worden motiverende gespreksvoering en cognitieve gedragstherapie als succesvolle methodes aangeduid om de motivatie bij de cliënt te vergroten.
Twee derde van de respondenten geeft aan dat het werken met lotgenotengroepen en ervaringsdeskundigen ervoor zorgt dat meer cliënten gemotiveerd worden. De ervaringsdeskundigen kunnen zich beter identificeren met de cliënten waardoor zij bij hen een betere ingang weten te vinden. De lotgenotengroepen zorgen ervoor dat er op een gelijkwaardige manier over het middelengebruik gesproken kan worden en weten elkaar hierin beter te motiveren. Volgens de respondenten en de kwaliteitsstandaarden is ook zingeving een grote motivatie, zoals het als volwaardig lid weer meedoen in de maatschappij en het vervullen van sociale rollen.

Bejegening vanuit de professional
Zowel in de richtlijnen als bij twee derde van de respondenten komt naar voren dat presentie een van de belangrijkste punten in de begeleiding van cliënten is. De respondenten geven aan dat een mensgerichte benadering waarbij uitgegaan wordt van de kracht en behoefte van de cliënt, het maken van duidelijke regels en afspraken over middelengebruik, het bespreekbaar maken van middelengebruik en als team hierin één lijn trekken, zorgt voor duidelijkheid en structuur in de behandeling. Daarbij is het van essentieel belang dat de professional een niet oordelende houding aanneemt waarbij empathie, echtheid en onvoorwaardelijke gezindheid belangrijke aspecten zijn.

Systeemgericht werken
De geinterviewde respondenten en de geraadpleegde bronnen uit de 'Gouden Standaard' bereiken consensus over de effectiviteit van een systeemgerichte werkwijze. Ieder team dat geinterviewd is betrekt voornamelijk de familie bij de behandeling en diagnostiek. Ook het vinden van sociale contacten waarbij middelengebruik niet voorkomt wordt door alle respondenten als een geschikte methode gezien.
Ook binnen de Gouden Standaard bereiken meer bronnen consensus over de effecitiviteit van het betrekken van de omgeving bij verslavingszorg. De grootste reden hiervoor is het begrip en vertrouwen vanuit de omgeving, waar de client tijdens het herstelproces kracht uit kan putten.

Hieronder is een schematische weergave van deze analyse opgenomen:



4.2. De conclusie

Om de inhoudelijke kennis binnen de VIP teams te verbeteren is het nodig om de samenwerking met verslavingszorg uit te breiden. Uit onderzoek is gebleken dat er bij 50% van de teams wel een samenwerking is maar dat deze niet optimaal gebruikt kan worden. Het is bovendien vaak lastig voor de cliënt zelf, omdat ze zelden tot nooit behandeld kunnen worden voor zowel hun psychose als hun verslaving. De verschillende vormen van zorg worden naast elkaar aangeboden waardoor veel cliënten de behandeling niet aan kunnen. 100% van de teams geeft aan dat het voor de cliënt en hen zelf het makkelijkste zou zijn als er een verslavingsdeskundige in het team zou werken, zo zijn er kortere lijntjes en worden cliënten niet van het kastje naar de muur gestuurd maar meteen in het behandelingstraject voor beide problemen geholpen. Daarnaast geeft zowel de literatuur als 100% van de teams aan het belangrijk te vinden dat er een mensgerichte benadering is waarin empathie vanuit de professional, het stimuleren van de cliënt en het werken met het systeem en de eigen motivatie centraal staan.

4.3. Aanbevelingen

1. **Zorg voor korte lijntjes in de samenwerking met de verslavingszorg. Tips hierbij zijn:**
   - Sluit een samenwerkingsovereenkomst af met verslavingszorg waarin alle afspraken omtrent de behandeling van de cliënt staan alsmede wanneer er contact wordt gelegd tussen deze twee disciplines;
   - Laat iemand van verslavingszorg regelmatig een spreekuur binnen het team houden;
   - Laat iemand van verslavingszorg door middel van voorlichting de inhoudelijke kennis binnen het team vergroten.

2. **Zorg voor duidelijke regels en afspraken over middelengebruik in je team, zodat er 1 lijn in de behandeling getrokken kan worden.**

3. **Zorg dat je als professional present bent en een open, eerlijke, niet oordelende houding waarbij empathie, echtheid en onvoorwaardelijke gezindheid getoond worden.**

4. **Werk met verschillende methodieken. Goede voorbeelden zijn:**
   - IDDT: Geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling (IDDT) bestaat uit gecombineerde aandacht voor (de interacties tussen) psychiatrische en verslavingsproblematiek vanuit één multidisciplinair team. De toolkit ‘Integrated Dual Disorder Treatment’ (IDDT) vormt het uitgangspunt (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).
   - Motiverende gespreksvoering heeft als doel om gedragsverandering bij cliënten op gang te brengen. In de eerste fase staat het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen centraal. De tweede fase richt zich op het versterken van de betrokkenheid bij veranderingen alsook op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren. Er is nog geen onderzoek beschikbaar naar toepassing van deze methode binnen de sociale sector. Uit internationale effectonderzoeken op het terrein van de verslavingszorg en preventieve gezondheidszorg blijkt dat de methode positieve effecten heeft op motivatie en therapietrouw. Dat maakt het ook voor de sociale sector veelbelovend (Movisie, 2010). Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroege interventie (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

5. **Zorg dat de regie tijdens de behandeling altijd bij de cliënt ligt, motiveer de cliënt en sluit aan bij de eigen kracht zodat de behandeling niet stagneert. Een methodiek die hierbij kan helpen is:**
   - Shared decision making: De tool beoogt de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen bij het toepassen van voorkeursgevoelige richtlijnaanbevelingen in de praktijk (Zorginzicht.nl, 2017).

6. **Betrek het netwerk van de cliënt en maak middelengebruik bespreekbaar door middel van familie-interventies, voorlichting en lotgenotengroepen. Werk hiernaast met ervaringsdeskundigen, deze kunnen zich beter identificeren met de cliënt, zijn een goed rolmodel en kunnen hen hierdoor meer motiveren. Denk ook aan lotgenotengroepen voor cliënten of overwegingsgroepen. Deze zijn laagdrempelig en hierdoor toegankelijk voor iedereen die wilt stoppen of minderen met middelengebruik.**
   - In de zelfhulpgroep komen verschillende naasten van verslaafden bij elkaar, waarbij verschillende verslavingsproblemen spelen. Toch blijkt steeds dat iedereen tegen dezelfde thema's aanloopt. Er is daardoor veel herkenning. Mensen kunnen van elkaars ervaringen leren en hebben steun aan elkaar (Jellinek, 2017). Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren.
   - Het verdient aanbeveling om jongeren tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Aanbevelingen voor een vervolgonderzoek:

- Het is aan te bevelen een vervolgonderzoek te doen naar de samenwerking van verslavingszorg en vroege psychose zorg en hoe dit op organisatorische aspecten beter kan.
- Het is aan te bevelen vervolgonderzoek te doen naar de beste manier om cliënten te stimuleren tijdens de behandeling van middelengebruik.

4.4. Evaluatie

Tijdens elk onderzoek wordt de onderzoeker gedurende het proces van het onderzoek voor keuzes gesteld die het verloop van het onderzoekstraject en de uitkomsten kunnen beïnvloeden. Ook in dit onderzoek zijn keuzes gemaakt waardoor is afgeweken van de oorspronkelijke onderzoeksopzet. Deze keuzes zullen in dit hoofdstuk verantwoord en geëvalueerd worden.

Aan het begin van de uitvoerende fase van het onderzoek zijn enquêtes verspreid om de huidige situatie binnen de teams te schetsen en om teams te selecteren die representatief zouden zijn voor meerdere respondenten. De respons op deze enquêtes was meer dan de vooraf beoogde respons. Dat gaf voldoende resultaat om echt een selectie te maken van verschillende soorten teams. Op dat gebied was het doel om teams te selecteren gehaald. Daarnaast hebben de onderzoekers meer inhoudelijke kennis opgedaan over VIP-teams in haar algemeenheid, om in de vervolgstap, de interviews, inhoudelijker op de onderzoeksvraag in konden gaan. Een zwak punt bij het opstellen van de enquêtes was een praktische: de onderzoekers konden niet meer dan tien vragen opstellen i.v.m. de financiële middelen die hiervoor nodig waren. Hierdoor zijn verschillende vragen bij elkaar gevoegd en kon de ideale enquête niet opgesteld worden. Vervolgens zijn er teams geselecteerd om een groepsgesprek en een interview mee af te nemen, maar de geselecteerde teams waren niet allemaal bereikbaar. Hierdoor moesten de onderzoekers afwijken van de vooraf geselecteerde teams en voor ‘the second best’ gaan, een groep teams die als reserve waren geselecteerd. Het gevolg hiervan is dat de verschillen tussen de teams minder groot zijn geweest dan aanvankelijk beoogd. Deze verschillen zijn in eerste instantie voornamelijk op basis van teamsamenstelling, werkwijze en ervaring van het probleem geselecteerd. Omdat de onderzoekers moesten werken met de reservegroep zijn zij gaan in tweede instantie gaan selecteren tussen regio en randstad, en hebben gezorgd dat hier een evenredige verdeling in zat.

Bij het benaderen van de teams bleek dat het moeilijk was om groepsgesprekken inclusief individuele interviews in te plannen, omdat dit voor de respondenten veel tijd en ruimte in beslag zal nemen. De onderzoekers merkten hierdoor dat men minder enthousiast was om mee te werken aan het onderzoek. Na overleg met de begeleiding vanuit Phrenos is ervoor gekozen om het afnemen van groepsgesprekken te laten vervallen en alleen telefonische interviews af te nemen met 1 of meerdere teamleden, om zo de respons vanuit de respondenten te vergroten. De onderzoekers denken dat dit een keuze was die te verantwoorden is, omdat bij het afnemen van het eerste interview met G de conclusie werd getrokken dat alle informatie die relevant is voor het beantwoorden van de hoofdvraag toen was vergaard. Daarnaast, kijkend naar een eerder afgenomen groepsgesprek met de aangesloten teams bij het NVP, kon de conclusie getrokken worden dat de informatie vanuit een groepsgesprek veel overlap had met de individuele interviews.

Tenslotte is er geredeneerd dat het vooraf beoogde doel van de groepsgesprekken (het kiezen van een respondent met een bepaalde visie) niet meer op ging, omdat de onderzoeksvraag over algemene inhoudelijke kennis binnen de teams gaat en persoonlijke visie hierbij op de achtergrond staat. Daarnaast is er gekozen voor telefonische interviews. Het nadeel hiervan is dat het persoonlijke contact tussen respondent en onderzoeker minder aanwezig was, net zoals het concrete beeld (gebouw, de mensen etc.) voor de onderzoekers. Een voordeel van telefonische interviews is dat het meer ‘to-the-point’ is en de onderzoekers sneller informatie kunnen verzamelen in een kortere tijdsduur. De telefonische en ‘face to face’ interviews vergelijkend, kon de conclusie getrokken worden dat er geen essentieel verschil zit in de resultaten. Deze twee maatregelen: het verwijderen van de groepsgesprekken en het afnemen van telefonische interviews, heeft ertoe geleidt dat het vooraf opgestelde aantal respondenten uiteindelijk toch heeft meegewerkt het onderzoek.

Vervolgens is ervoor gekozen om het eerder genoemde groepsgesprek met de bij het NVP aangesloten teams (i.e. de vergadering van het NVP) mee te nemen in de uiteindelijke onderzoeksconclusie en aanbevelingen, omdat de transcriptie van deze vergadering van grote waarde is geweest. Deze vergadering was met ongeveer veertig aanwezige professionals, allen contactpersoon van het eigen vroege psychose team, een uitgelegen kans om meerdere teams in één keer over het onderwerp te horen. Hierdoor zijn de resultaten breder te trekken en zijn er onderzoeksresultaten vanuit meer teams dan vooraf verwacht. Een nadeel van dit groepsgesprek was dat de verdieping in het onderwerp minder groot was, omdat er zoveel verschillende geluiden te noteren waren. Ook konden er voor dit groepsgesprek geen teams geselecteerd worden die specifiek gehoord moesten worden.

Uiteindelijk is er tijdens het analyseren van de onderzoeksresultaten de beslissing genomen om de deelvragen te wijzigen, omdat te veel antwoorden gebruikt konden worden voor meerdere deelvragen. Dit gaf te veel overlap, waardoor een analyse van eenduidige onderzoeksresultaten niet haalbaar is. Daarom zijn de deelvragen gespecificeerd en in aantal van vier naar drie gegaan. Deze nieuwe invulling van de deelvragen veranderd niets aan de uiteindelijke beantwoording van de hoofdvraag. Bovendien zijn herhaling en overlap hiermee uitgesloten. Daarnaast maakt de nieuwe scheiding van de antwoorden het overzichtelijk en kunnen makkelijker conclusies getrokken worden.

Uiteindelijk zijn de hierboven genoemde wijzingen binnen het onderzoek al in de onderzoeksopzet geïmplementeerd, om er voor te zorgen dat iedereen die het onderzoek leest, het onderzoek ook werkelijk begrijpt.

Literatuurlijst

113 Zelfmoordpreventie. (2016, Maart 16). *Structuurdiagnose: vertrekpunt voor de behandeling*. Opgehaald van https://www.113.nl/ervaring/structuurdiagnose-vertrekpunt-voor-de-behandeling: https://www.113.nl/ervaring/structuurdiagnose-vertrekpunt-voor-de-behandeling

180 Gedragsinterventies en ontwikkelprogramma's voor jongeren. (2015, December). *Brains4use*. Opgehaald van 180: http://180.nl/producten-en-diensten/brains4use-0

Baarda, B. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek . Groningen/houten: Noordhoff.

Drake. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose, een richtlijn voor effectieve behandeling. .* Ledd (Landelijk Expertise - en implementatiecentrum dubbele diagnose: de Tijdstroom .

Duin, D. v. (2018). *Zorgstandaarden*. Opgehaald van Trimbos Instituut: https://www.trimbos.nl/themas/richtlijnen-zorgstandaarden-en-implementatie/zorgstandaarden

Emmelkamp, P., Merkx, M., & De Fuentes-Merillas, L. (2017). Contingency Management. *Gedragstherapie*.

Emotionele gezondheidscentrum Everyday Health. (2018). *Cognitieve herstructurering leert je hoe je vervormde gedachten te herkennen en ze te vervangen door realistische degenen.* Opgehaald van EVB: http://evb.nutrimos.com/cognitieve-herstructurering-verander-je-gedachten-verander-je

GGZ Interventie. (2018). *Wat is een verslaving?* Opgehaald van GGZ interventie: https://ggzinterventie.nl/wat-is-verslaving/?cn-reloaded=1

Handboek Vroege Psychose. (2016).

Jellinek. (2017). *Zelfhulpgroep*. Opgehaald van Jellinek: https://www.jellinek.nl/zelfhulpgroep/

Karakter kind- en jeugdpsychiatrie. (2015, Maart 9). *Sociale vaardigheidstraining.* Opgehaald van Karakter: https://www.karakter.com/media/35418/2015-03-09-module-sociale-vaardigheidstraining-def.pdf

Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (2018). *Diagnostiek bij problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit*. Opgehaald van Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie: https://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Problematisch-middelengebruik-en-psychische-comorbiditeit/Diagnostiek-9

Kenniscentrum Phrenos. (2016, Juni 3). Ggz en verslavingszorg,. *Kennisagenda voor geintegreerde zorg*. Bennebroek.

kenniscentrum Phrenos. (2016). GGZ en verslavingszorg, kennisagenda voor geintegreerde zorg. *Invitational Conference; kennisagenda voor geintegreerde zorg.* Bennebroek: kenniscentrum Phrenos.

Kenniscentrum Phrenos. (z.j.). *phrenos.mett.nl*. Opgehaald van Verslaving en VIP: Oproep om mee te denken: https://phrenos.mett.nl/NVP/Nieuws/831730.aspx?t=Verslaving+en+VIP%3a+Oproep+om+mee+te+denken

Kenniscentrum Phrenos. (z.j.). *Wat is het Netwerk Vroege Psychose?* Opgehaald van Kenniscentrum Phrenos: ps://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/netwerk-vroege-psychose/wat-het-netwerk-vroege-psychose/

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2018, Februari 2). *Stoornissen in het gebruik van cannabis*. Opgehaald van Kwaliteitsontwikkeling GGZ: https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines

Ledd. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp*. Opgehaald van Resultatenscoren: http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/dubbele-diagnose-dubbele-hulp-1.html

LEDD. (2016). *Generieke interventies voor geïntegreerde.* Utrecht: LEDD.

Moernaut, J. (2017, Juni 6). *De CRAFFT: screenen naar middelengebruik bij adolescenten*. Opgehaald van VAD: http://www.vad.be/artikels/detail/de-crafft-screenen-naar-middelengebruik-bij-adolescenten

Mondriaan. (2018). *Wat is psychose en schizofrenie?* Opgehaald van Mondriaan: https://www.mondriaan.eu/nl/patiënten /ziektebeelden/297/ouderen/wat-psychose-en-schizofrenie

Movisie. (2010, Maart 1). *Motiverende gespreksvoering*. Opgehaald van https://www.movisie.nl/esi/motiverende-gespreksvoering: https://www.movisie.nl/esi/motiverende-gespreksvoering

Movisie. (2016, Augustus 22). *Wraparound Care model*. Opgehaald van Movisie: https://www.movisie.nl/tools/wraparound-care-model

Multidimensionele Familie Therapie. (2018). *Wat is MDFT?* Opgehaald van Multidimensionele Familie Therapie: https://www.mdft.nl/wat_is_mdft/
NJI. (2011, September 22). *De Cannabisshow*. Opgehaald van Nederlands jeugdinstituut: https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Cannabisshow.html
NJI. (2014, December 1). *Stay-a-way*. Opgehaald van NJI: file:///C:/Users/olivier/Downloads/Stay-Away.pdf
Parnassia. (2003). *Richtlijn dubbele diagnose.* Trimbos Instituut., Multidiciplinaire Richtlijn ontwikkeling. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland - project Resultaten en Scoren.
Patiënten federatie. (2018). *Wat zijn kwaliteitsstandaarden?* Opgehaald van Patiënten federatie: https://www.patiënten federatie.nl/voor-organisaties/kwaliteitsstandaarden/
Phorza. (2005). *Beroepscode SPH/SPW.* Opgehaald van SWP host: http://pdf.swphost.com/phorza/bss.pdf
Phreno. (2018). *organisatie*. Opgehaald van Kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/over-phrenos/organisatie/
Phrenos. (2013). *Vroege Psychose* . Opgehaald van Phrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/vroege-psychose/
Phrenos. (2018). Opgehaald van kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl
Phrenos. (2018). *Cursussen*. Opgehaald van Kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/cursussen/
Pijnenborg, C. d.-B. (2013). Dubbele diagnose: behandeling en psychose met verslaving. *Psycho Praktijk*.
Psymens. (2018). *Wat houdt het MINI-interview in?* . Opgehaald van Psymens: https://psymens.nl/?pageid=227
Redactie Psychiatrie Nederland. (2015, April 12). *Verslavingsproblematiek – Index Of Suspicion*. Opgehaald van PSYCHIATRIE NEDERLAND: https://psychiatrie-nederland.nl/kennisbank/meetinstrumenten/verslavingsproblematiek-index-of-suspicion/
Resultaten scoren. (2018). *Mate*. Opgehaald van Resultaten scoren: http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/mate.html
Richtlijn Jeugdhulp. (2017, Augustus 7). *Selectieve en geïndiceerde preventie*. Opgehaald van Richtlijn Jeugdhulp: http://richtlijnenjeugdhulp.nl/middelengebruik/selectieve-en-geindiceerde-preventie/werkzame-elementen-van-verslavingspreventie/
Richtlijnen uit Nederland. (2018). *De gouden standaard.* Utrecht: Olivier Blonk, Irene Hanegraaf & Joycelynn Claver.
RINO groep. (2018). *Omgaan met verslaving*. Opgehaald van RINO groep: http://www.rinogroep.nl/images/html/RINO_flyer_Liberman_module4.pdf
Rutgers, M. (2018, Februari 15). (O. Blonk, J. Claver, & I. Hanegraaf, Interviewers)
Rutgers, M. (2018). Observatiedag Groningen. (O. Blonk, Interviewer)
Schriel, P. (2015, Januari 28). *De 5 fasen van gedragsverandering*. Opgehaald van Patrick Schriel: https://patrickschriel.nl/2015/01/28/de-5-fasen-van-gedragsverandering/
Slooten, D. v. (2018, 01 16). (O. B. J. Claver, Interviewer)
Solutions Verslavingszorg. (2017). *Dubbele diagnose*. Opgehaald van Solutions Verslavingszorg: https://solutions-center.nl/verslavingen/dubbele-diagnose/
Son, W. v. (2016, Oktober 28). *Verslavingsdeskundigheid binnen VIP?* Opgehaald van Netwerk Vroege Pscyhose: https://phrenos.mett.nl/NVP/Discussieforum/627635.aspx?t=Verslavingsdeskundigheid+binnen+VIP%3f
Stel, J. v. (2016). Duurzaam herstel bij verslaving plus een andere psychische stoornis. *Conferentie Phrenos en Resultaten Scoren*, (pp. 1-9). Haarlem.
Trimbos instituut. (2015, Maart 4). *The Community Reinforcement Approach (CRA)*. Opgehaald van Erkenningstraject interventies langdurige zorg ggz: https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/the-community-reinforcement-approach-cra-
Van Duin, D. (2017). *Module Vroege Psychose.* Utrecht: Phrenos.
Van Son, W. v. (2016, 10 28). *Verslavingsdeskundigheid binnen VIP?* Opgehaald van phrenos.mett.n: https://phrenos.mett.nl/NVP/Discussieforum/627635.aspx?t=Verslavingsdeskundigheid+binnen+VIP%3f
VARA (Regisseur). (2016). *Martijn wil een huis en een tuintje* [Film].
Veling, W. (2013). *Handboek vroege psychose.* Amsterdam: SWP.

Vereniging Ypsilon. (2016). *Informatie voor familieleden en naasten Dubbele Diagnose.* Opgehaald van ypsilon.org: https://www.ypsilon.org/download/?id=19132579
vereniging Ypsilon. (2018). *feiten en cijfers*. Opgehaald van ypsilon: https://www.ypsilon.org/feiten-en-cijfers
vereniging ypsilon. (2018). *oorzaken*. Opgehaald van https://www.ypsilon.org/oorzaken.
Verhoeven, N. (2014). Wat is onderzoek? Den haag: Boom Lemma.
watbetekenthet. (2018). *wat betekend indicatie*. Opgehaald van watbetekenthet: http://www.watbetekenthet.nl/wat-betekent-indicatie/
Weeghel, J. v. (2018, februari 14). Voorgesprek. (I. H. Joycelynn Claver, Interviewer)
West, H. (2012, Juni 5). *Het G-schema in therapie (een prezi en een formulier)*. Opgehaald van Hans West: https://hanswest.wordpress.com/tag/g-schema/
Zelm, Ruben van. (2017, Januari 22). *Gedragsverandering of duurzaam verbeteren – Behavioural Change Wheel helpt!* Opgehaald van Ruben van Zelm: https://rubenvanzelm.wordpress.com/2017/01/22/gedragsverandering-of-duurzaam-verbeteren-behavioural-change-wheel-helpt/
Zorginzicht.nl. (2017, November 28). *Richtlijnen en shared decision making in de praktijk (Haringtool)*. Opgehaald van Zorginstituut Nederland: https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Richtlijnen-en-shared-decision-making-in-de-praktijk.aspx

1.1. De enquête

1.1.1. De inleiding

De reden dat wij een enquête hebben afgenomen is om op een snelle manier te inventariseren wat de huidige situatie omtrent de kennis van verslavingszorg binnen de VIP zorg is. De enquête geeft ons een beeld van alle aangesloten teams en maakt het voor ons mogelijk om op basis van verschillen zes teams te selecteren. De teams die wij aan de hand van de enquête selecteren zullen verder onderzocht worden om een duidelijk beeld van de huidige en de gewenste situatie in kaart te brengen.

De enquête is afgenomen binnen alle aangesloten teams van het NVP. Hier stonden 100 mensen op de lijst en wij hebben op een respons van 20% gerekend om een goede analyse te kunnen maken. Van de 100 mensen hebben 34 mensen gereageerd. Dat houdt in dat 34% heeft gereageerd en dat de analyse gemaakt kan worden. Om een duidelijk beeld te krijgen van de gegevens hebben wij de teams onderverdeeld in de verschillende teams en bijbehorende respondenten.

Team	Respondenten
Vip team	32, 28, 26, 25, 24, 21, 19, 17, 16, 11, 10, 9, 6, 2
ABC team	33, 20, 7
FACT team	32, 29, 23, 12, 4
ACT team	31, 29, 8
DVI team	34, 27
Wijkteam	32, 15
Geen ambulant team	30, 22, 18, 14, 3
Poliklinisch team	13, 32

1.1.2. De enquête

De enquête die wij naar de aangesloten teams hebben verstuurd was een online enquête die bestond uit 10 vragen. De vragen hebben wij per vraag en per team geanalyseerd op positieve (groen) en negatieve (rood) verschillen. Daarnaast hebben wij deze verschillen hieronder in een schema per subgroep met elkaar vergeleken en genoteerd. De uitkomsten van de poliklinische teams of de niet ambulante teams zullen wij niet mee nemen in de analyse of conclusie.

Uitkomsten VIP teams:
15 respondenten van het NVP die de enquête hebben ingevuld bevinden zich in een Vip team (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• Uit resultaten is gebleken dat 17, 18, 21, 25 en 32 een ervaringsdeskundige in het teams werkzaam hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 6, 18, 24, 25 en 32 een maatschappelijk werker in het team hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 17 en 32 een verslavingsdeskundige in het team hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 2, 11, 18, 25 en 32 een verpleegkundige specialist in hun team hebben.	• Uit de resultaten is naar voren gekomen dat 9, 24, 26 en 28 geen psycholoog in het team heeft. • Uit resultaten is gebleken dat alle teams behalve 19, 24 en 28 een psychiater in het team hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 10, 11, 18, 19, 24 en 28 geen traject begeleider in het team hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 6. 9. 18. 19 en 24 geen sociaal psychische verpleegkundige in hun team hebben. • Uit de resultaten is gebleken dat 10, 11, 16, 18, 19, 28 en 32 geen andere deskundige in hun team hebben.
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• Uit onderzoek is gebleken dat 17 een ervaringsdeskundige heeft in het team. • Uit onderzoek is gebleken dat 16 werkt met de algemene kennis in het team. • Uit onderzoek is gebleken dat 9 aan co behandeling doet. • Uit onderzoek is gebleken dat 6 en 25 een medewerker hebben met ervaring in de verslavingszorg. • Uit onderzoek is gebleken dat 28 het anders doet dan de andere teams.	• Uit onderzoek is gebleken dat 2, 6, 9, 11, 16, 17, 19 en 26 geen samenwerkingsverband hebben met de verslavingszorg. • Uit onderzoek is gebleken dat 11 en 19 helemaal geen vorm van verslavingsdeskundigheid in het team hebben. • Uit onderzoek is gebleken dat niemand een verslavingsdeskundige in het team heeft.
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• Uit de resultaten is naar voren gekomen dat 21 en 32 op dit moment een samenwerkingsverband hebben met de verslavingszorg. • 19 doet aan CRA training. • 10 doet aan cognitieve gedragstherapie. • 6 doet aan IDDT • 17 doet aan overweging en overwinningsgroepen • 25 doet aan motiverende gespreksvoering	• 6, 9, 10, 17 en 32 hebben geen behoefte aan een andere behandeling in het team.

VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• Alcohol 20% en meer → 17, 18 en 32 • Drugs 50% en meer → 2, 9, 17	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 100 of meer → 10,11, 16, 18, 25, 26 en 3	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 17 doet aan ROM • 10, 16,17 en 32 Doet aan uitvragen • 17 doet aan deelname wetenschappelijk onderzoek • 9 doet aan een verslavingsanamnese • 19 en 21 Handteren een screeningslijst voor middelengebruik. • 2 hanteert een interview in het begin met de cliënten.	• 6, 11, 18, 24, 25 en 26 Hebben geen specifieke methode maar hebben hier wel behoefte aan. • 2 en 28 Hebben het niet in hun team en ook geen behoefte aan.
VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
	• 10 En 32 Hebben geen behoefte aan bijscholing • 11, 17, 18, 19, 26 en 28 Geen cursussen of trainingen over verslaving binnen het team.
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 11, 16, 17, 28 en 32 ja behoefte aan verslavingsdeskundigheid in het team • 16, 17 en 26 Ja behoefte aan deskundigheid van buiten het team.	• 11 en 28 hebben geen behoefte aan meer deskundigheid
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	**Negatief**
• 17, 18, 19, 21, 25, 26, 28 en 32 Doen aan doorverwijzen. • 10 en 17 Doen aan het aanleren van zelfcontrole omtrent verslaving. • 17 werkt met afbouwschema's • 9 en 17 werken met familie interventies. • 9, 10 en 18 leert de cliënten interactieve vaardigheden • 6 en 32 werkt met de liberman module • 9 en 17 werken met overige methodieken.	• 19 geeft Geen psycho-educatie • 6, 19, 21, 25 en 26 gebruikt geen medicatie. • 18 en 19 doen niet aan motiverende gespreksvoering. • 11, 19, 21, 25 en 26 doen niet aan cognitieve gedragstherapie.

Uitkomsten ABC teams:
3 respondenten die de enquêtes hebben ingevuld bevinden zich in een ABC team (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• 7,20 en 33 hebben een psycholoog, psychiater en een ervaringsdeskundige aanwezig in hun teams. • 7 heeft een maatschappelijk werker. • 33 heeft een verpleegkundige specialist. • 20 en 33 hebben overige teamleden.	• 20 heeft geen traject begeleider. • 33 heeft geen sociaal psychiatrisch verpleegkundige.
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• 7, 20 en 33 hebben allemaal een ervaringsdeskundige in het team. • 7 heeft een medewerker met ervaring in de verslavingszorg.	• 20 heeft geen samenwerkingsverband met de verslavingszorg.
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 33 doet aan psycho-educatie. • 33 voert gesprekken met een ervaringsdeskundige. • 7 doet aan individuele psychotherapie. • 7 en 20 hebben behoefte aan meer.	• 20 heeft geen Overwegings en overwinnings groepen.
VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• 7 heeft meer dan 20% cliënten die verslaafd is aan alcohol. • 33 heeft 65% cliënten die verslaafd zijn aan drug.	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 7 heeft 221 cliënten • 20 heeft 190 cliënten • 33 heeft 159 cliënten	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 33 doet aan contextuele anamnese, open gesprekken en motiverende gespreksvoering. • 7 en 20 gebruiken een verslavingsanamnese. • 7 gebruikt een screenlijst over middelengebruik.	

VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 7 en 20 doen aan bijscholing. • 33 heeft meer behoefte aan bijscholing.	• 33 doet niet mee aan bijscholing
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 7, 20 en 33 willen meer deskundigheid binnen het team.	
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	**Negatief**
• 7, 20 en 33 doen aan psycho-educatie. • 7 en 33 doen aan doorverwijzen. • 20 doet aan cognitieve gedragstherapie. • 33 doet aan het aanleren van controle procedures. • 33 werkt met afbouwschema's • 20 werkt met peersupport groepen.	• 20 doet niet aan medicatie. • 20 doet niet aan motiverende gespreksvoering

Uitkomsten FACT teams:
4 respondenten die de enquête hebben ingevuld bevinden zich in een FACT team (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• 4, 12, 23 en 29 hebben een psycholoog sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater in hun team. • 12 heeft een maatschappelijk werker. • 12 heeft een verslavingsdeskundige. • 12 en 29 hebben overige teamleden.	• 4 heeft geen ervaringsdeskundige. • 29 heeft geen verpleegkundig specialist. • 4 heeft geen trajectbegeleider.
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• 23 en 12 hebben een samenwerking met de verslavingszorg. • 12 en 29 hebben een medewerker met werkervaring in de verslavingszorg. • 12 heeft een verslavingsdeskundige.	• 4 heeft geen verslavingsdeskundigheid.
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 23 en 29 werken samen met de verslavingszorg binnen het team. • 12 werkt met een verslavingsdeskundige. • 4 werkt met detox.	
VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• Alcohol 20% of meer → 23, 4 en 29 • Drugs 50% of meer → 23, 4 en 29	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 23 heeft 262 cliënten • 12 heeft 230 cliënten • 4 heeft 100 cliënten • 29 heeft 248 cliënten.	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 29 doet aan urine controles. • 12 werkt met een screeningslijst over middelengebruik. • 4 heeft niets maar heeft hier ook geen behoefte aan.	• 23 doet niets maar heeft wel behoefte aan.

VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 29 neemt deel aan cursussen. • 29 heeft wel behoefte aan cursussen of trainingen.	
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 4, 12, 23 en 29 hebben allemaal behoefte aan meer deskundigheid binnen het team.	
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	**Negatief**
• 4, 12, 23 en 29 werken met psycho-educatie. • 12 en 4 werken met medicatie. • 12, 4 en 23 doen aan doorverwijzen. • 12 en 4 werken met afbouwschema's. • 23 werkt met familie interventies. • 23 werkt met de libermanmodule.	• 29 doet niet aan doorverwijzen. • 29 doet niet aan motiverende gespreksvoering. • 4 doet niet aan cognitieve gedragstherapie. • 23 en 4 werken niet met interactieve vaardigheden.

Uitkomsten ACT teams:
3 van de respondenten die de enquête hebben ingevuld bevinden zich in een ACT team (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• 31 heeft alles in het team. • 8 heeft overige teamleden.	• 8 heeft geen verslavingsdeskundige en verpleegkundige specialist in het team
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• 8 en 31 hebben een medewerker met werkervaring in de verslavingszorg	
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 31 heeft wel een samenwerking met de verslavingszorg.	• 8 heeft geen samenwerking met de verslavingszorg
VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• Alcohol 20% heeft 31 • Drugs 50% 8	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 8 heeft 90 cliënten • 31 heeft er 190	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 8 doet aan anamnese en huisbezoeken • 8 heeft behoefte aan meer • 32 doet alleen aan intakes.	
VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 8 en 31 doen aan bijscholing.	
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 8 heeft meer behoefte aan deskundigheid binnen het team • 31 heeft meer behoefte aan deskundigheid buiten het team.	
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	Negatief
• 8 en 31 doen aan psycho-educatie, medicatie, doorverwijzen, motiverende gespreksvoering, aanleren van zelfcontrole procedures en interactieve vaardigheden. • 31 werkt met afbouwschema's • 8 werkt met de libermanmodule.	

Uitkomsten DVI team:
Slecht 2 respondenten die de enquête hebben ingevuld werken in een DVI team (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• 27 en 34 hebben beide overige teamleden.	• 27 en 34 hebben alles in hun team behalve een verpleegkundige specialist.
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• 27 werkt met verslavingsdeskundigheid. • 34 hebben een medewerker met ervaring op het gebied van verslavingszorg.	
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 27 heeft een medewerker op het gebied van een verslaving. • 34 werken met sociaal psychisch verpleegkundige met ervaring.	
VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• 27 heeft geen idee. • 34 10% aan alcohol • 34 heeft 30 % aan drugs.	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 27 heeft 155 • 34 heeft 151	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 27 werkt met ROM • 34 werkt met screeningsvragenlijst.	
VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 34 Heeft wel bijscholing en geen behoefte aan.	• 27 heeft geen bij scholing maar heeft er wel behoefte aan
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 34 Ja en er is geen behoefte aan.	• 27 nee er is geen behoefte aan.
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	**Negatief**
	• 27 geen aanleren van zelfcontrole procedures. • 27 en 34 hebben geen interactieve vaardigheden en libermanmodule.

Uitkomsten Wijkteam:
Slecht 1 respondent die de enquête heeft ingevuld werkt in een wijkteam (dit is meteen het antwoord op de eerste vraag, in wat voor een team bevindt u zich?)

VRAAG 2: uit welke functie bestaat het team waarbinnen u werkzaam bent?	
Positief	**Negatief**
• 15 heeft een psycholoog, psychiater, ervaringsdeskundige, sociaal psychisch verpleegkundige en overige teamleden.	
VRAAG 3: Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er op dit moment binnen het team aanwezig?	
Positief	**Negatief**
• 15 benaderd via een expert.	
VRAAG 4: Is er op dit moment een behandeling binnen het team voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• Er is bij 15 behoefte aan behandeling.	
VRAAG 5: Kunt u in een percentage aangeven hoeveel cliënten binnen uw team een verslaving hebben (schatting)	
Positief	**Negatief**
• Alcohol 25% • Drugs 25%	
VRAAG 6: Hoeveel cliënten staan er op dit moment onder behandeling binnen uw team?	
Positief	**Negatief**
• 314 cliënten	
VRAAG 7: Zijn er specifieke methodes waarmee medewerkers een verslaving bij cliënten signaleren?	
Positief	**Negatief**
• 15 heeft een vragenlijst voor screening dat heet ROM	
VRAAG 8: Wordt er binnen het team deelgenomen aan (bij)scholing, cursussen of trainingen die gaan over verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 15 heeft op dit moment al scholing.	
VRAAG 9: Is er binnen het team behoefte aan (meer) verslavingsdeskundigheid of kennis over een verslaving?	
Positief	**Negatief**
• 15 heeft geen behoefte aan meer verslavingsdeskundigheid.	
VRAAG 10: Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/EBRO-module worden er toegepast voor cliënten met een verslaving en vroege psychose?	
Positief	**Negatief**
• 15 doet aan psycho-educatie, motiverende gespreksvoering, cognitieve gedragstherapie, doorverwijzen en familie interventies.	

1.1.3. Het selecteren van de teams.

Om een goede keuze te maken in de selectie van de teams op basis van verschillen hebben wij de enquêtes geanalyseerd, wij hebben bovenstaande uitgeprint en de respondenten een kleur gegeven. Daarna hebben wij in de lijst alle kleuren/respondenten geteld. Hier kwamen de volgende gegevens uit. (De vakjes die geen kleur hebben wij niet geanalyseerd omdat deze ons onderzoek niet geheel dekken.)

Overzicht:

Team	**Respondenten**														
Vip team	2	6	9	10	11	16	17	18	19	21	24	25	26	28	32
ABC team	7	20	33												
FACT team	4	12	23	29											
ACT team	8	29	31												
DVI team	27	34													
Wijkteam	15														
Geen team	3	14	18	22	30										
Poliklinisch team	13														

Uitkomsten:

Team	**Respondenten**														
Vip team	2	6	9	10	11	16	17	18	19	21	24	25	26	28	32
Aantal:	5	9	10	9	9	7	19	12	14	6	6	10	9	10	14
ABC team	7	20	33												
Aantal:	14	16	17												
FACT team	4	12	23												
Aantal:	16	15	13												
ACT team	8	29	31												
Aantal:	12	14	10												
DVI team	27	34													
Aantal:	11	11													
Wijkteam	15														
Aantal:	9														

Nadat wij de gegevens hebben geanalyseerd en de getallen hebben geteld. Zijn wij begonnen met het analyseren van de cijfers.

- Wat ons het eerst opviel is dat nummer 2, 21, 24 en 16 erg weinig voor kwamen.
- Daarnaast viel ons op dat 17 en 33 erg vaak voorkomen.
- Wij zijn daarna gaan kijken naar de mensen die behoefte hebben aan meer deskundigheid. Dat waren 24, 25, 26, 18 en 6.
- Ook hebben we naar het aantal % aan drugs gekeken en cliënten.
- Vervolgens hebben wij 14 teams geselecteerd en deze hebben wij met elkaar vergeleken, de teams die het meest van elkaar verschilde hebben wij uiteindelijk gekozen.
- Daarnaast hebben wij ook reserve teams gemaakt voor het geval de teams die wij willen benaderen geen tijd voor ons kunnen maken.

Tijdens het analyseren hebben wij voor onderstaande teams gekozen. Dit omdat zij veel van elkaar verschilde en volgens ons een goede visie hebben op hoe de behandeling zou moeten zijn of al erg tevreden waren met hun huidige aanpak.

Team	**Gegevens**		
	Regio	**Aantal Cliënten**	**Verslaafd aan drugs**
Resp. 8	N	90	50% *Dat houdt in dat 45 cliënten in dit team verslaafdis.*
Resp. 16	D	170	40% *Dat houdt in dat 68 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 17	R	98	50% *Dat houdt in dat 49 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 26	B of T	100	30% *Dat houdt in dat 30 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 32	G	217	40% *Dat houdt in dat 87 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 33	U	159	65% *Dat houdt in dat 104 cliënten in dit team verslaaf dis.*
Reserve teams			
Resp. 23 **Fact team 1**	G	262	60% *Dat houdt in dat 158 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 2 **Vip Team**	onbekend	90	50% *Dat houdt in dat 45 cliënten in dit team verslaafd is.*
Resp. 29 **Fact/EPA en VIP**	T	248	50% *Dat houdt in dat 124 cliënten in dit team verslaafd is.*

Mochten wij niet in contact kunnen raken met bovengenoemde teams zullen wij samen met onze begeleider kijken naar andere mogelijkheden om onze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden. Wij zijn ons ervan bewust dat wij met ambulante hulpverleners werken die vaak weinig of geen tijd kunne vrijmaken door de werkdruk. En houden daarom rekening met verandering of wijziging van ons eerste plan.

1.2. De interviews

Analyse Interviews

Tijdens het onderzoek hebben we verschillende soorten interviews afgenomen.
Wij hebben een groepsvergadering gehouden waarbij ongeveer 20 verschillende teams aanwezig waren. Dit was de commissie vergadering, hier hebben wij het probleem besproken en dezelfde vragen gesteld als in de individuele//groepsinterviews die daarna plaats vonden. Het waren 5 interviews waarbij elk interview 2 tot 4 respondenten betrokken waren. Hierdoor heb je van verschillende mensen een visie gehoord en kan er gesproken worden namens het gehele team.

Om de interviews goed te kunnen analyseren hebben wij besloten dit per deelvraag te doen. De interviews zullen we daarom na lezen en verdelen in de categorieën van de deelvragen. Deze zullen wij in een schema weergeven zodat er per deelvraag gekeken kan worden welke stukken uit de interviews bij welke deelvraag horen. Deelvraag 2 wordt hierin niet meegenomen omdat dit gaat over bestaande literatuur en deze deelvraag doormiddel van het literatuuronderzoek, het product en de enquêtes wordt beantwoord.

De tabel met alle antwoorden uit de interviews per deelvraag vind je hieronder.
De tabel is ook voorzien van kleuren, de kleuren geven de belangrijke punten aan. Elk punt heeft zijn eigen kleur en wat je dus in de tabel ziet is dat alles wat met elkaar te maken heeft ook dezelfde kleur heeft zodat je in 1 opslag ziet oh dat, dat en dat is rood dus dat gaat over hetzelfde onderwerp.

Team	*Deelvraag 1:* *Wat is er al en wat werkt?*	*Deelvraag 3:* *Wat ontbreekt er volgens de teams?*
NVP Vergadering	(verslavingsdeskundige in het team)en die doet dus ook wel die verslavingsbehandelingen ehm volgends richtlijnen die er zijn. Maar wij zijn erg blij dus met iemand in het team gaan ze in dat team apart naar ** (naam verslavingsdeskundige in het team) voor de verslavingsbehandeling en. ja dat werkt wel het beste ja… nou wij hebben wel eens een ervaringsdeskundige gehad die voorheen ook verslavingsproblematiek had gehad, en die had een veel betere ingang en die kreeg ook veel meer voor elkaar dan... en die deed ook heel veel groepen, en daar kwamen vaak veel betere resultaten vandaan dan onze eigen professionele AA groepen en methodes die wij inzetten ik vind het wel een aanvulling, de ervaringsdeskundige binnen ons team, die is ook verslavingsdeskundige die weet ook wel een beetje hoe mensen zich gedragen en hoe ze zich bewegen en die pikt er ook weer hele ander dingen uit dan dat wij dat ehuu zien we hebben ook wel op een locatie, dat was de good old libberman training verslaving, deze gebruiken we nog steeds en gaat eigenlijk wel heel goed, heb nu even de cijfers niet zo paraat enz... nou het voordeel daarvan is, dan je lotgenoten groepen hebt, zodat die cohesie, onderlinge cohesie heel groot wordt, dat ze iets aan elkaar hebben en dat er dus uiteindelijk wordt gezegd van hé waarom was jij er vorige week niet?? Dat helpt en ze leren heel veel van elkaar, dus ik vond ik heb het ooit wel eens gedraaid, ehuu een jaar, en iedereen was erg enthousiast daarover, ja. maar daar, word een *CRA tranig* gegeven en die vinden mensen heel waardevol, die duurt zo ongeveer 20 keer en ehuum, ja mensen komen daar graag, geven aan dat ze er heel veel aan hebben	nou wij voelen allemaal dat we eigenlijk *niet genoeg kennis ervan hebben, er mee om te gaan,* ons aan ontbreekt, is iemand die veel weet van hoe zet je al die, gezamenlijk afstemmen en hoe speelt het en hoe werkt het bij jou en hoe zet je dat nou om in gedragsverandering en hoe begeleid je daar goed bij. toch meer kennis bij alle ehuu medewerkers en elkaar in samenwerking opdoen... en wat meer kennis van wat nou echt werkt denk ik, bij alle medewerkers, zodat je het gewoon mee kan nemen *niet genoeg ervaring.* evendenced based zorg hebben we toch wat meer nodig maar is het ook geen gebrek aan, uhum zeg maar werkzame interventie, uhum **R15**: mis wel van, ja we hebben interventies, maar ze werken niet of onvoldoende ja en ik denk ook dat de ehuu beschikbare interventies die er gewoon zijn dat tie ook niet goed geïmplementeerd zijn…onderzoek gedaan naar ehuu dat interventies ouders getraind werkten om het cannabis gebruik, middelengebruik van hun psychotische kind ehuu te verminderen, nou dat bleek best goed te werken ik weet niet of dat ergens daarna ooit geïmplementeerd is ja en wat ik ook wel heel erg merk is de discussie van, wat heeft dan prioriteit, van als je het buiten het team hebt, dan ja staat dan de verslaving op de voorgrond, of de psychose, en ehum terwijl het natuurlijk elkaar wel heel erg in stand houdt maar dan krijg je wel die discussie, van wie moet nou... wie is nou het eerst aan zet ofzo hé. waar ik dan tegenaan loop dat ik ehu met al mijn ervaring in de verslavingszorg ehu al bij voor en nadelen beland, in de knoei kom, omdat ehuu want daar begin je mee, en de voordelen zijn groter dan de nadelen, waar vind ik, waar haal ik de motivatie vandaan, dat mensen willen veranderen? nou ik denk dat het ook bij het begin he, hoe krijgen we mensen zo gemotiveerd dat ze wel de verslavingszorg in willen? En wel iets met de verslaving willen doen het is een beetje houtje-touwtje…

		voor de meeste is een basale aanpak natuurlijk al heel veel… … als je dat in je team kan bieden dan heeft dat wel veel voordelen, dan is dat voor de cliënt denk ik prettig wat ik zelf wel ehuu mis, ehuu binnen de psychiatrie dan is ehuu we hebben binnen de verslavingszorg, heb je verslavingsartsen, die dan echt wel wat met medicatie ook enz. kunnen, en dat is iets wat binnen de ja… meeste psychiaters zijn niet ehuu onderlegd in ehuu het stukje van wat kan je eventueel geven bij bepaald middelen gebruik… en moeten we dan ook niet iets gaan doen met het aankomen van mensen bij , bij de verslavingszorg bijvoorbeeld, want daar loopt het dan nog mis, mensen komen daar niet aan of ze komen één keer en dan komen ze niet meer terug en dan ehmm, ja dan zegt de verslavingszorg van: ja, je moet gemotiveerd zijn, anders dan houdt het op. zodra ze boven de 21 komen, dan merken wij dat het veel ehuu lastiger wordt En ik vind ehum, bijna 15% van de mensen hebben een hele hardnekkige verslaving en dat is ehu vaak coke en ehuu extreme cannabis en de verslavingszorg helpt ons hier ook niet.. zelfs de dubbele diagnose kliniek, ja drie keer geprobeerd, drie keer geen succes ook echt problemen in de behandeling van die verslaving, ook binnen ons team, we krijgen het niet goed van de rang. nou ik heb ook lang gedacht om met de mat iets te doen, …kosten, nou die zijn zo ontzettend hoog,

	Deelvraag 1: ***Wat is er al en wat werkt?***	***Deelvraag 3:*** ***Wat ontbreekt er volgens de teams?***
G	Dat je dan met zon cliënt in gesprek en dan vraag je wat is het evenwicht wat je nastreeft en hoe kunnen we je daarbij helpen? In plaats van dat je blijft benadrukken van het is niet goed voor je en je moet stoppen. Want dan ben je een cliënt kwijt. Je moet blijven uitgaan van de wens van de patient zelf, hoe tegenstrijdig het ook is met de acties die de patient zelf heeft, omdat je anders geen samenwerking hebt.	Het meest ideaal is natuurlijk dat je alles gewoon zelf in huis hebt. Wat we in het verleden wel hadden is dat het nog niet volledige transitie is. Daar gaan we wel naartoe werken dat er meer expertise komt. In het verleden hadden we kinderen en jeugd dus die zijn over gegaan naar de gemeente. Dit maakte het wat lastig om samen te werken dus we zijn een nieuw samenwerkingsverband op die manier aan het opzetten. Want sommige van deze jongeren zijn al op hun twaalfde erg verslaafd. hoe het nu georganiseerd is kan ik wel bij kennis komen maar het is wel prettig om zelf ook over meer kennis te beschikken. Je moet de kennis en de ontwikkelingen bijhouden. De psychiatrie is ook al zo'n dynamisch vak en om ook nog de verslavingszorg op die manier teamleden erbij te betrekken is niet voor iedereen weggelegd. Er zijn een aantal van ons die wel dat stuk erbij pakken. Motivatie cliënt: Dat is een hele grote uitdaging want deze groep zit nog echt in de puberleeftijd en je ziet ook de normale ontwikkeling waarin er vermoeidheid, verzet en eigen identiteitsontwikkeling meespeelt, en constant zal je daarin moeten meebewegen. En waar we vooral op zitten met de motivatie is de leidingdruk, waar ze hinder van hebben. En wat ze graag zouden willen bereiken.

	Deelvraag 1: ***Wat is er al en wat werkt?***	***Deelvraag 3:*** ***Wat ontbreekt er volgens de teams?***
N	Maar het gaat gemiddeld beter dan heel veel andere zorgteams. Vanwege het systematisch vanuit een krachtgerichte benadering zonder dat je de hele tijd zegt, daar waren jullie bij, We streven naar activiteiten op werkgebied, op sportgebied of vrienden, andere gebieden buiten het drugsgebied dan komt die behoefte ook minder naar buiten… Ja en ook door het present zijn kun je vragen naar de drijfveren van mensen en om daar proberen wat bij aan te sluiten en daar ook kleine succesjes in te behalen merken we ook dat mensen lekkerder in hun vel gaan zitten en daardoor kunnen ze weer kleine stapjes of grote stapjes maken… wat wij doen dat werkt. Eigenlijk hebben wij die tools en als wij goed gaan kijken voeren we die tools niet uit maar over de linie hebben we presentiegericht werk Want we zijn heel goed in het intuïtieve werk zoals naast de cliënt staan en samen zoeken	Het is lastig om te kijken wat staat voorop? Is het de psychiatrie of verslaving? Dat is wat wij regelmatig terugkrijgen van (....) Staat psychiatrie voorop dan moet die behandeld worden. Terwijl wij ook denken dat de verslaving behandeld moet worden. Het is vaak allebei en wat wij dan vaak doen is deze mensen psychiatrisch behandelen of proberen op verslaving wat te bereiken. Maar als het na een tijdje niet lukt, dan is het denken wij beter om de insteek van de verslaving mee te nemen. Sommige dingen gaan ook gewoon niet over… Als ze vertrouwen krijgen dat ze iets kunnen brengen of ook vertrouwen krijgen in anderen gaat het gebruik naar beneden. Dat kan terugvallen natuurlijk weer. We zien wel dat veel beter werkt dan op een kantoor een uur lang praten over waarom zal je stoppen met het gebruik. (meer behoefte aan verslavingsdeskundigheid) Ja, als je kijkt naar ons model en de score dan zie je dat we laag scoren op de aanwezigheid van verslavingsdeskundigheid Misschien moeten we toch wat meer modelmatig, wat stapsgewijze aan te pakken. soms is het ook beter om methodische te werken. zou wel iemand van verslavingszorg in het team willen hebben… ideaal zou zijn als wij tijd zouden hebben dan zou je wel eens een middagprogramma of een dagprogramma kunnen aanbieden samen met de verslavingszorg en zou je bepaalde dingen kunnen ontwikkelen of modules kunnen creëren die in een bepaalde fase zijn, die korter zijn en meer geïndividualiseerd zijn.

	Deelvraag 1: ***Wat is er al en wat werkt?***	***Deelvraag 3:*** ***Wat ontbreekt er volgens de teams?***
Z	we maken het zeker bespreekbaar omdat wij hiervoor interventies inrichten. Wij hebben daar (verslaving) wel een heel open contact over. Dus mensen (patiënten) zeggen het ook gewoon hier ja ik denk zolang je het niet gaat verbieden blijven mensen het ook wel eerlijk zeggen als het gewoon een gespreksonderwerp kan zijn dus dat doen we wel heel goed heel vaak blowen mensen ook uit vervelening of als je je naar voelt en ja onderzoek heeft ook uitgewezen dat als jij zingeving hebt of zinvol bezig bent dat je je dan ook al gelukkiger voelt. Dan ga je over het algemeen ook wat minder snel piekeren en je ellendig voelen en drugs gebruiken. wij betrekken de familie zoveel mogelijk bij de behandeling, als wij een eerst kennismaking doen vragen wij altijd of er een familielid of een kennis of iemand van het netwerk bij kan zijn.. en uh.. wij organiseren familieavonden Bij behandelplan bespreking zit altijd de cliënt bij en familie.En we hebben een ervaringsdeskundige dus als de familie gewoon eens wil praten met een ervaringsdeskundige dan kan dat ook dusja daar ben ik wel echt trots op hoe wij de familie en netwerk betrekken bij de behandeling… ja, dat is gewoon heel belangrijk, je ziet ook wel dat mensen in het team dat patiënten met een netwerk sneller en makkelijker herstellen en minder snel terugvallen dan de mensen die alleen zijn. Het is ook belangrijk dat er een netwerk voorlichting geeft het moet de patiënt begrijpen. Wat houdt zo een psychose nou in? Hoe kunnen we het voorkomen? Hulpverleners om je heen zijn mooi maar nog mooier is een goed sociaal netwerk die je achteraf kan steunen. Want daar moet je het uiteindelijk van hebben.	Verslaving in de behandeling: daar lopen wij eigenlijk op vast... dat is ook wel wat we heel graag binnen ons team zouden willen iemand die uh.. Veel bekender is in de verslavingszorg en daar zijn expertise in heeft… we hebben wel een aantal cursussen ook gedaan, op het gebied van verslaving maar dat is gewoon niet voldoende ik denk dat je echt minimaal 1 iemand in je team zou moeten hebben die ook in de verslavingszorg heeft gewerkt en die basis attitude heeft die diegene dan naar ons over kan brengen want ik geloof dat wij een heel leerbaar team zijn… ja wij hebben zo een basiscursus aangeboden gekregen vanuit dat is hier een bekende verslavingsinstelling. Die basis zorg is het dan, maar daar blijft het dan ook bij. En uh.. we hebben het wel gehad over ons wat meer scholen erin maar het is ook echt heel moeilijk om dan uit te zoeken wat is passend. En waar hebben we wat aan Dat het gewoon in een vip team zou moeten zitten? (samenwerking verslavingszorg) Maar dan kunnen wij ons richten op de psychose en de verslavingszorg op de verslaving maar het probleem is dat de meeste patiënten het niet willen. Het zou natuurlijk goedzijn dat er dan een expertise is op de verslaving en de ja. Dus het is best ingewikkeld voor de psychiater ook. daar is er nog helemaal een slag te slaan (medicatie) dan is het toch nog het eiland van de verslavingszorg en ons eiland.. het is wel allemaal buiten ons om dat heeft nog tijd nodig om daar het netwerk wat beter op te bouwen zeg maar zouden zo graag willen dat ze dan 1x in de maand bij ons gaan zitten en dat we dan een soort van consult kunnen doen… Dus een collega is er op dit moment wel mee bezig om dat dan zo wel te gaan regelen met iemand. Eigenlijk zou der als je echt goede psychose behandeling wil geven zou je gewoon een versalvingsdeskundige in het team moeten hebben. Maar voor dagbesteding is dat best wel een dingetje omdat wij hiervoor iemand hadden maar diegene is weg bezuinigd.

	Deelvraag 1: ***Wat is er al en wat werkt?***	***Deelvraag 3:*** ***Wat ontbreekt er volgens de teams?***
U	en we ehuu hebben hier een middelengroep dat is een wekelijkse groep waar ehuu mensen samenkomen die hu ja of na die middelen gebruiken en sommige vinden zichzelf dan ook wel echt verslaafd en sommige twijfelen daar nog aan en ik ga dat onderzoeken en dan ga je met elkaar dus eigenlijk kijken van hoe zit mijn gebruik in elkaar en hoe vaak gebruik ik dan en ja wat vind ik daar eigenlijk van, zit het me in de weg, of helpt het me juist bij heel veel dingen ehuu.. Waarom doe ik het eigenlijk als het me in de weg zit en ehum ja dat soort dingen ja dat is dus een peer supportgroep, dat is geen behandelgroep, dus dat zijn ehuu allemaal mensen die dus ehuu ja een verleen hebben gehad of nog actief in gebruik zijn en ehum ja het wordt dan dus ook begeleid door een ervaringsdeskundige medewerker van hier… want een bepaald verslavingsgedrag dat gedraai he en dat allemaal een beetje mooie maken, dat hebben ze zo van elkaar door, dus dat kan je als behandelaar wel zeggen, maar dat komt veel beter binnen, harder binnen, als een mede deelnemer tegen je zegt van wat zit jij nou ehuu... ja ja, dus dat werkt gewoon heel goed dat ze elkaar ook kunnen ondersteunen en echt wat hebben aan elkaar dus niet alleen maar ja, dat je niet alleen wat komt halen, maar ook wat komt brengen in zo'n groep. wat een heel belangrijk element is in onze behandeling dat is de rehabilitatie… ervoor zorgen dat je naja je bezig houdt met participatie dus nou he weer gewoon volwaardig meedoen in het maatschappelijk gebeuren, dus gewoon naar school, werken en aandacht hebben voor je sociale contacten en noem maar op en dat ik er van overtuigt ben dat aandacht daarvoor en zorgen dat dat weer op poten komt maakt ehmm… dat middelen gebruik steeds meer naar de achtergrond verwijd, want er wordt heel veel gebruikt door leegte en ehuu geen vooruitzicht en de focus op alleen maar dat je psychotisch bent geweest of ziek bent geweest ja dat dat dramatisch is, dat is het ook, met elkaar heel veel over gaan praten,	ja voor hier mis ik wel, zeker bij de groep, als als mensen op een begeven moment klaar zijn om echt iets te gaan doen, zou ik het fijn vinden als ik beter... ehum ja betere kennis zou hebben van goh nu is het goed ehuumm, ja nou sowieso waar je terecht kan en een wat breder pallet, en voor die mensen is die plek misschien weer prettiger dan voor die... ja zo van wat past bij ehu verschillende individuele wensen en ehum, zodat je dus ook sneller door kan pakken als iemand er echt klaar voor is, dat er wat meerdere lijnen uitstaan die je dan ook gewoon in kan zetten want die ik denk dat dat wel heel belangrijk is, als iemand zegt van ja nu wil ik er echt wat mee, dat je dan niet meer, ja dat je niet moet gaan zoeken en uhum ja, dat ze daarna op een wachtlijst komen en dat het dan ook weer inzakt weetje wel dus dat ehuu een beetje meer kennis over wanner hoe en waar naar toe… dus dat je door kan pakken … maar meer een steady informatie van wanneer kan je wat doen…ik denk dat het ook vooral belangrijk is dat je ook nog wel de ervaring… ehuu kijk jongeren komen hier in verband met psychose problematiek en niet vanwege middelen problematiek dat zit erbij, en dat is ook een beetje onze cultuur, om daar aandacht voor te hebben, en we zien ook wel dat dat middelengebruik, dat dat problematisch is, en dat we daar dan wat mee moeten en dan doen we een aantal dingen aan en daar is wel degelijk over nagedacht, maar je ziet ook wel van ja, als er een tijdje aandacht voor geweest is dat het een beetje verschuift naar de achtergrond, want heel veel jongeren zeggen niet dat ze gebruiken, of ze hebben het er niet over met ons, dan lijkt het net alsof het minder is, ja dan laat je er een beetje zand in de ogen strooien denk ik, ja als je er dan bij stilstaat dan denk je van ja , ik word in de maling genomen he, ja bij wijze van spreken, want het kan niet zo zijn dat dat dan in een keer zomaar opgelost is, en ehuu er zijn er nog steeds veel die nog wel gebruiken

	maar toekomstperspectief dat is heel belangrijk… Participatie dat is belangrijk, want van daaruit komt, mocht je last hebben van je psychose of je stemmen of van allerlei andere psychische klachten en mocht je daar wat mee willen, dan komt daar de motivatie uit wij geloven erg in gesprek zijn in elkaar en vanuit ervaringen kunnen wij wat voorlichting bieden, maar kunnen in dit geval kunnen ouders vaak heel goed vertellen tegen elkaar wat hun vraagstukken zijn of waar ze tegenaan lopen, naja net zoals de jongeren veel van elkaar leren kunnen ouders dat ook	

	Deelvraag 1: ***Wat is er al en wat werkt?***	***Deelvraag 3:*** ***Wat ontbreekt er volgens de teams?***
R	En hoe is dat dan bij jullie in het team? Hebben jullie die basis kennis? Of missen jullie daar nog iets in? uh. Wat ik mis zijn de nieuwe middelen en daarvoor loop ik altijd naar a. Ja ik denk dat ik verder. Ja nee ik vind het niet een gemis in wat ik aan behandeling kan aanbieden. Want als ik dan. Ja dan besprek ik dat met a. oké. En sowieso vragen we dat altijd wel uit bij de intake. En we kijken dan In hoeverre het dan een probleem vormt en of we ook bijvoorbeeld deelbehandeling moeten doen bij fact bouwman dat doen we ook wel eens. Om het zo aan te pakken. ja. Want dat wou ik inderdaad ook nog even vragen. Hoe dat bij de intake diagnostiek zeg maar is. Hoe vindt dat dan plaats? Hebben jullie daar zeg maar een soort Methodiek voor? ja dat wordt gewoon uitgevraagd, wel echt specifiek. oké, en er is niet iets van een lijst die jullie dan gebruiken het is gewoon in gesprek? over het algemeen hebben we wel een lijst over middelengebruik, het is niet echt een hele uitgebreide screeningslijst maar middelen gebruik komt er wel in voor. en als nou blijkt dat het echt een onderwerp is dan kan ik eventueel nog een extra gesprekje inplannen om het hier over te hebben. Want wij hadden laatst ook met iemand van verslaving een gesprek en die zij ik gebruik heel veel motiverende gespreksvoering. Is dat ok bij jullie? ja. Dat doet iedereen en daarmee probeer je een ingang te vinden. Motiverende gespreksvoering is wel iets dat helemaal in mijn systeem zit met werken bij verslaving. En ik denk bij iedereen in ons team wel.	Maar een groot probleem wel is vaak dat ze niet gemotiveerd zijn. Ik hoor vaak van andere behandelaren dat ze hun patiënten niet naar mij krijgen en gewoon niet gemotiveerd zijn haha. Jullie hebben dan een deskundigheid binnen het team maar dan willen ze niet naar jou voor een behandeling voor de verslavingszorg. de meest zien het niet als een probleem maar als een winst. De verslaving. omdat het de psychose onderdrukt? ja wat je zelf ziet is dat ze zelf geen hulpvragen op dat gebied. En ze het gewoon lekker vinden om te blijven blowen. Ja ik heb natuurlijk bij verslavingszorg gewerkt maar daar kwamen dan toch mensen met hun eigen hulpvraag en het lastige vind ik bij deze doelgroep. Waar je altijd mee begint is het voor en nadelen Balance eigenlijk dat is de start dan heb ik best vaak dat de voordelen groter worden ervaart dan de nadelen. En dan kom je eigenlijk al bijna niet verder. en hoe krijg je ze dan gemotiveerd. Je doet wel veel aan psycho-educatie en uitleg geven maar uiteindelijk hoop je dat dat werkt. Maar gedragsverandering werkt pas echt als patiënten zelf last krijgen van iets. Wordt daar dan ook een soort methodiek in gemist of een soort. ja daar mis ik dan nog wel inderdaad. Iets in. Zo van hoe kun je dat nou wat beter behandelen.

	het netwerk is heel belangrijk! Als ze een groep vrienden hebben die ook blowen dan is het heel moeilijk voor ze om te stoppen te minste dan raken ze ook hun sociale netwerk gewoon kwijt. En betrekken jullie dan ook het netwerk dan beide behandeling? Ja, dat proberen wij wel zoveel mogelijk te doen. Niet alle mensen werken natuurlijk mee. En patiënten moeten zelf ook bereid zijn om iemand mee te nemen. Dus het lukt niet altijd. Maar we proberen zoveel mogelijk direct betrokkenen In de behandeling en erbij te krijgen. in de herstel training leren we ook wel er is een module alcohol en drugs waarin het gaat over hoe laat je die blow voorbij gaan, dus hoe kan je nee zeggen als je toch met een groep bent die blowen. Dat ze elkaar ook leren hoe kan je. Toch bij je vrienden zijn maar niet blowen. dat is de herstel training. Dat is een vast onderdeel van het programma en die proberen we eigenlijk bij iedereen er in te krijgen. En daar is middelengebruik dus ook een onderdeel van. ja, want dat is wel heel goed want ze motiveren elkaar wel daarin. Want als je lotgenoten zeggen dat je moet stoppen met blowen is het veel krachtiger. ja, want kijk als je een psychose hebt gehad en een lotgenoot zegt ja. Maar juist doordat ik ben gestopt heb ik nu geen last meer en heb ik mijn leven weer op de rit ja dan pak je ze veel meer en denken ze van ja. Dan moet ik ook maar gaan stoppen. Dus dat is wel echt een winst. en er is ook een ervaringsdeskundige bij. Dus dat is ook wel iets belangrijks. Omdat diegene zelf ook een verslaving heeft gehad. Dus die kan daar ook over vertellen. die ervaringsdeskundige zit in jullie team? Ja! is er dan ook echt een samenwerking? ja, er zijn dan ook gesprekken met de instelling en wij blijven in beeld. Momenteel zijn we in het team nog wel bezig met het beter laten verlopen van de samenwerking. Het gaat nu op individuele basis. Maar we hopen door die fusie dat er daar betere afspraken over gemaakt kunnen worden. en wanneer is dat geweest die fusie? een half jaartje. ik denk dat dat komt dat wij als team heel erg open zijn en als we ergens binnen komen ook meteen voorlichting geven wat wij doen en wat ze van ons kunnen verwachten en dat je daarin dan ook direct een goede samenwerking kan aangaan. Ik denk dat we daar als team heel open en	is dat dan het stukje met kennis dat jullie missen? Of meer het andere behandelmethodes. ja toch misschien wel een stukje kennis. Dat zij hier bijvoorbeeld wat kunnen bijbrengen. En daardoor meer samenwerken en kortere lijntje hebben. Om patiënten door te verwijzen zodat het allemaal wat sneller gaat. Dat missen we eigenlijk. Haha. Kom op! Iemand moet snel behandeld worden en we willen zo snel mogelijk iets bereiken en duurt allemaal te lang. Dat is ook heel frustrerend. de ideale wereld. Dan zou ik zelf beschikking willen hebben over detox bedden. Haha en gewoon vaker bijvoorbeeld nu heb jij een cursus over drugs ik denk dat het voor iedereen mooi zou zijn om bijscholing te krijgen. Maar dat is ook heel erg duur. Dus niet iedereen kan erheen. dat is echt een financieel plaatje...? ja ook en ook kwa tijd ook. dat stigma. ja. Het blijft wel een dingetje hoor. En uh. Wat ik ook merk is dat we heel veel Marokkanen hebben hier in R en dat daar het stigma nog groter is. Die houden het ook echt allemaal binnenboord. Dat is al moeilijk om als hulpverlener binnen te komen. Dat is wel een dingetje. En de taal. Spreken ze soms ook gewoon niet. Dat is ook een heel groot probleem. We hebben geen Marokkaanse of Turkse hulpverlener dus dat vinden we wel een gemis ja dat snap ik wel, want dan heb je misschien wat eerder een ingang. ja bij verslavingszorg zijn ook veel Marokkanen wat ik dan wel merkte is dat ze juist geen hulpverlener van Marokkaanse afkomst wilde dan zijn ze bang dat het doorvertelt wordt en rond gaat in de cultuur. Voorkeur natuurlijk naar integraal behandelen alles onder 1 dak. En heel informeel contact. Dat kan natuurlijk niet overal. Uh. Ik weet dat het bij de psychiatrie ook te kort is maar bij verslavingszorg zijn er ook te weinig bedden. En wachttijden. En soms is het heel fijn om iemand voor 3 weken te kunnen detox. En dan verder, de behandeling op kan pakken. Dan heb je echt even die interventie nodig om verder te kunnen.

	transparant in zijn en dat maakt dan ook dat de ander dan ook wel mee wil werken het is gewoon een samenwerkingsverband waarin wij heel flexibel zijn. Wij kijken echt naar datgene dat de patiënt nodig heeft... en geen afspraken maakt voordat je iemand kent. Ja ik zit even te denken aan de casus van meneer M dat is echt zo 2 sporen beleid geweest maar uiteindelijk is hij nu wel helemaal overgedragen naar de verslavingszorg. Het is steeds een discussie geweest van waar hoort hij nou thuis. Hij had een behoorlijk alcohol probleem maar was ook echt psychotisch en we waren dus steeds op zoek naar waar moet nou eigenlijk de hoofd diagnose liggen. En als het niet nodig is om het 2 sporen beleid te doen, doen wij het liever hier. ja dat komt dan denk ik ook omdat er iemand in het team is. ja inderdaad anders zou je sneller de verslavingszorg erbij halen. Hebben jullie specifieke programma's in die uh. Waar jullie mee werken dus gewoon de therapie zelf. ja. Maar die zijn niet specifiek voor de verslaving, maar het kan wel gericht. We geven standaard een g training dus dat is de basis van cognitieve gedragstherapie. Geven we 2x per jaar en op basis daarvan wordt bepaald of er verder wordt gegaan met CGT en dat kan op verslaving maar dat gebeurd bijna nooit omdat daar de hulpvragen niet op zijn. Meer op negatief zelfbeeld of dat je daar de focus op legt omdat daar de hulpvraag ook ligt anders kan je. wat misschien ngo wel leuk is om te vertellen is dat er ook nog wel een overweging groep is. Uh. Die is voor alle teams. Dus dat is een samenwerkingsverband voor alle ggz teams. Daar zijn alle patiënten welkom die iets willen doen met hun middelen gebruik die overwegen om te stoppen. Vrij laag drempelig is dat. ook een ervaringsdeskundige en dan soms schuift er iemand aan. En dat is dus 1x in de week. die groep is echt special voor middelengebruik en verslavingsgedrag en de herstel training heeft meerdere onderwerpen. En dan komt dat ook voorbij die is echt veel breeder gaat in om de leef gebieden. Dat is ook nazorg. Hoe doen jullie dat? Ja daar hebben we een jobcoach voor gelukkig haha. Maar ook wel een beetje samen want	

	als iemand hier wordt aangemeld dan gaan we kijken heeft iemand of is hij gestopt met een opleiding en hoe kunnen we er voor zorgen dat iemand weer verder gaat. Dus dat is eigenlijk ons streven ook. We willen eigenlijk dat ze weer deelnemen omdat het beter is voor hun herstel. Al ben je knetter psychotisch en stoned ga maar weer naar school. Haha hou dat vast. Dat is waar we op zitten dat je zo snel mogelijk die maatschappelijke rollen weer gaat vervullen. ja dan heb je weer andere stigma. Maar het is wel makkelijker om wij hebben dan ook familie avonden waarin ook psych educatie wordt gegeven aan familie en een familie ervaringsdeskundige ook komt vertellen. En daar zie je toch dat veel Marokkaanse en Turkse niet komen. We nodigen ze wel uit maar die willen er niet bij zijn waardoor ze ook geen kennis hebben. Het is er wel maar heel moeilijk om hen te bereiken. er zit veel tijd en energie in om dat persoonlijk te doen. Wij werken met 10 levensgebieden voor het behandelplan. Psychiatrie middelen sommatie sociale relatie dat zijn eigenlijk allemaal onderwerpen en dan komt het vanzelf wel een beetje ter sprake. De werkwijze van een vip team is die niet overal hetzelfde. Ja er is een basis richtlijn en ook een document uit waar we ons aan moeten houden en daar hebben wij onze werkwijze naast neergelegd en dan zitten wij op 80% zoals we werken dat het goed gaat. Ja. We doen het niet slecht. Dus er zijn wel basis richtlijnen maar de vip teams zijn ontstaan die hebben zichzelf wel ontwikkeld. ze zijn er mee bezig maar dan komt het in de richtlijn voor schizofrenie.	

Nadat de interviews per team en deelvraag zijn onderverdeeld en de gelijkenissen ieder een eigen kleur hebben gekregen hebben wij de informatie gebundeld in een overzichtelijk schema waarin in korte zinnen de belangrijkste punten worden weer geven.

Dat schema ziet er als volgt uit:

teams	***Deelvraag 1:*** ***Wat is er al en wat werkt?***
NVP	- Verslavingsdeskundige in het team. - Ervaringsdeskundige in het team die groepen begeleid - Liberman training voor verslavingszorg - CRA training is voor mensen waardevol
G	- Blijven uitgaan van de patiënt
Z	- Maak een verslaving bespreekbaar en heb hier open contact over - Zingeving - Familie betrekken bij behandelplan - Ervaringsdeskundige in het team - Betrekken van het netwerk door ervaringsdeskundige - Netwerk voorlichting geven
N	- intuïtieve werk zoals naast de cliënt staan en samen zoeken maar soms is het ook beter om methodische te werken. - Participatie in maatschappelijke rollen - Presentie gericht werken
U	- Middelgroep van lotgenoten, Begeleiding vanuit ervaringsdeskundige - Rehabilitatie en participatie - Lotgenotengroep voor familie
R	- Motiverende gespreksvoering - Netwerk betrekken - Hersteltraining - Groep 1x in de week voor mensen die wat willen doen aan hun verslaving - Lotgenoten groep met ervaringsdeskundige - G training met CGT - Overwegingsgroep voor patiënten uit alle team die willen stoppen met ervaringsdeskundige - Participeren in de samenleving - Familie avonden - Werken met levensgebieden - Middelen gebruik is vast onderdeel van behandeling.

Teams	Deelvraag 3: Wat ontbreekt er volgens de teams?
NVP	- Kennis ontbreekt - Deskundigheid op gebied van verslaving ontbreekt - De ervaring ontbreekt - Evidenced based zorg kan meer - Betere samenwerking - Duidelijke regels omtrent welk probleem op de voorgrond staat, dit begint al bij de diagnose, wat is de hoofddiagnose - Voor en nadelen duidelijk in kaart brengen - Meer basis technieken over interventies omtrent verslavingszorg. - Techniek omtrent motivatie, hoe kun je ze beter motiveren? - Leren van verslavingszorg - Beter overleg omtrent medicatie - Beter contact na doorverwijzen.. komt een cliënt wel echt aan bij de verslavingszorg? - Betere samenwerking met de verslavingszorg, kortere lijntje en meer persoonlijk contact. - Financiële middelen
G	- Alles onder 1 dak en binnen het team - Een goede samenwerking met verslavingszorg, kortere lijntjes. - Zelf beschikken over meer kennis - Bijhouden van de kennis en de ontwikkelingen omtrent verslavingszorg. - Leren hoe we de cliënt meer kunnen motiveren
Z	- Verslavingsdeskundige in het team - Uitgebreidere cursussen en bijscholing - Duidelijkheid over bijwerkingen en toedienen van medicatie, misschien meer verslavingsgericht. - Betere samenwerking en geen aparte eilandjes meer. - Consult 1x in de maand van verslavingszorg - Iemand in het team die de dagbesteding op pakt.
N	- Hoe bepaal je wat de hoofddiagnose is? - Meer behoefte aan verslavingsdeskundigheid - Meer modelmatig werken en stapsgewijs denken aan de verslaving - Meer tijd zodat je een middag/dagprogramma kan aanbieden.
U	- Meer kennis over verslaving - Meer ervaring op gebied van verslaving - Betere samenwerking met de verslavingszorg
R	- Motivatie van de cliënt ontbreekt - Er zijn meer voor als nadelen voor het blowen - Betere samenwerking - Iets van een methode voor motivatie - Bijscholing - Zelf beschikken over detox bedden - Integraal werken alles onder 1 dag en informeel contact.

Bijlage 2. Voorbereiding

2.1. Voorbereiding Enquête

1. Binnen wat voor een team bent u werkzaam?

   - o VIP
   - o ACT
   - o F-ACT
   - o F-ACT CCAF-gecertificeerd
   - o Poliklinisch

2. Welke functies zijn er aanwezig binnen het team?

   - o Psycholoog
   - o Psychiater
   - o Ervaringsdeskundige
   - o Maatschappelijk werker
   - o Trajectbegeleider
   - o Verslavingsdeskundige
   - o Overig:

3. Welk percentage van de cliënten binnen uw team gebruikt er drugs?

…….

4. Is er bij deze cliënten ook sprake van een verslaving?
   - Ja
   - Nee

5. Welke vorm van verslavingsdeskundigheid is er binnen het team aanwezig? Eerder binnen de enquête en andere formuleren.

……..

6. Is er binnen het team sprake van bijscholing over verslaving?

   - o Ja, het is er al
   - o Ja, het is er nog niet
   - o Nee

7. Is er op dit moment een behandeling binnen het team aanwezig voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving? (gebruik van drugs/verslaving)

   - o Ja
   - o Nee

8. Welke specifieke methodieken en interventies uit de Zorgstandaard Psychose/Ebro- module worden er toegepast voor cliënten met een vroege psychose en een verslaving? (meerdere antwoorden mogelijk)

   - o Psycho-educatie
   - o Motiverende gespreksvoering
   - o Cognitieve gedragstherapie
   - o Afbouwschema's
   - o GGGG Schema's
   - o Aanleren van zelfcontrole procedures
   - o Libermanmodule Omgaan met Verslaving
   - o Interactievaardigheden
   - o Familie-interventies
   - o Overig:

9. Is er binnen het team sprake van bijscholing over verslaving?

   - Ja
   - Nee

10. Zo ja, wat voor een vormen van bijscholing zijn er?

   - Trainingen
   - Cursussen
   - Theorie
   - Overig: ……..

2.2. De Interviewopzet

Taken:

Groepsleider → Begeleid de bijeenkomst, houdt de agenda bij en waakt of het gesprek op het onderwerp blijft, waar het moet zijn.
Assistent groepsleider → Helpt de groepsleider bij het houden van het overzicht en schrijft mee op een flap-over
Notulist → de notulist zorgt voor de geluidsapperatuur en schrijft de belangrijkste punten op papier. De notulist kan eventueel rouleren met het schrijven op de flap-over om daar belangrijke punten op te schrijven

---

De kernvragen voor dit onderzoek:

Doel van het gesprek:
Duidelijk beeld krijgen van de huidige en de gewenste situatie van de behandeling voor cliënten met een psychose en verslaving. Daarnaast de visie van de betrokkene in kaart brengen om vervolgens iemand uit te kiezen een verdiepend interview mee te doen.

Hoofdvragen:
Op welke wijze kan de ambulante Vroege Psychose Zorg van het NVP de inhoudelijke kennis over de signalering en behandeling van verslavingsproblematiek verbeteren ten behoeve van de zorg voor cliënten met een verslaving en een vroege psychose?

Deelvragen:

1. Welke inhoudelijke kennis over signalering en behandeling van een verslaving is er op dit moment aanwezig binnen de ambulante vroege psychose zorg van het NVP?
2. Welke inhoudelijke kennis is er volgens de bestaande kwaliteitsstandaarden nodig binnen de ambulante vroege psychose teams van het NVP om aan te sluiten op de behandeling van een cliënt met een psychose en verslaving?
3. Welke inhoudelijke kennis is er volgens de ambulante vroege psychose teams van het NVP nodig over signalering en behandeling van verslaving?
4. Welke goede of beloftevolle praktijken zijn reeds voorhanden om de inhoudelijke kennis te verbeteren?

Deel 1. Introductie (15 min)

Wat moeten wij hier weten → De teamsamenstelling

Ondersteunende vragen/onderwerpen:

- Welkom
- Voorstellen van de gespreksleider en assistent
- Voorstellen van de leden die aanwezig zijn.
- Waarom dit onderzoek en wat houdt het in? Wat zijn de hoofd en deelvragen?
- Hoe ziet de bijeenkomst eruit? Wat kunt u verwachten?
- We stellen u vragen en af en toe is er een korte onderbreking
- Rol van de gespreksleider. Het is goed als u zoveel mogelijk onderling discussieert. De discussieleider is er alleen om het tempo erin te houden en af en toe te sturen. Er zijn geen goede of foute antwoorden. Het gaat erom wat u vindt en waarom u dat vindt?
- Er wordt verslag gemaakt van de bijeenkomst (eventueel melden dat er een bandopname wordt gemaakt)
- Als u belangstelling heeft kunt u een eindverslag krijgen. Dit noteren we na afloop.
- Heeft u nog vragen voor we beginnen?

Deel 2. Kern (15min)

Hier willen we ingaan op de kern van het onderzoek, mensen de gelegenheid geven zelf invulling te geven aan het onderwerp met onderstaande vragen als leidraad. Om vervolgens door te vragen als dit nodig is.

Wat moeten wij hier weten -> De huidige situatie in het team op het gebied van verslavingszorg

Ondersteunende vragen/onderwerpen:

- Wat is op dit moment de huidige situatie?
- Wat gaat er goed?
- Wat is de ideale situatie?
- Wat is er nodig om dit te bereiken?
- Wat kunnen jullie zelf doen om dit te bereiken?

Deel 3. Kern (15min)

Wat moeten wij hier weten → De behandeling en begeleiding, methodieken, hoe gaat de diagnostiek?

Afsluiting (15 min)

Wat moeten wij hier weten:

→ Wat zijn de high light van het gesprek vanuit het team?

→ Wat hebben wij wakker geschud of nieuwe inzichten?

Ondersteunende vragen/onderwerpen:

- Samenvatting en conclusie

- Samenvatting van de vragen.
- Zijn er nog vragen of onduidelijkheden over dit onderwerp?
- Dankwoord

Bijlage 3. Transcripten

3.1. R

I = interviewer
R = respondent.

I: Uhm... a. die weet al wel het 1 en ander ook over ons project, maar ik dacht het is misschien nog heel even handig dat wij het even toelichten.
R: Ja.
I: Dit is Irene, Joycelynn en mijn naam is Olivier. En wij doen namens kenniscentrum Phrenos in Utrecht en het netwerk vroege psychose een onderzoek. Uhm... naar de verschillende vip teams in Nederland niet per se allen vip teams hoor, ook fact teams en andere teams die zijn aangesloten bij het NVP en zich bezig houd met vip zorg. En uhm... aan ons is toen gevraagd om te kijken hoe de verslavingszorg binnen de vip teams is ingericht. En omdat in kaart te brengen dus wij willen eigenlijk bij verschillende vip teams in Nederland langs gaan om dat dus in kaart te brengen om te kijken wat werk en wat juist niet. Uh. Wat wordt er al gedaan? En om zo eigenlijk te kijken hoe het verbeterd kan worden, om eigenlijk de kennis te bundelen en o uiteindelijk iets van een product te komen het productmoeten we nog een beetje over sparren. Dus uh ja. Dat is het eigenlijk kort samengevat.
R: oké, helder
I: nah ik denk dat we kort, want a. jij bent SPV'er?
R: Nee SPH.
I: SPH. En wat is jullie functie?
R: ik ben systeem therapeut en ik ben verpleegkundige.
I: verpleegkundige. Oké en hoeveel mensen werken er hier in het team?
R: we zijn in bezit van nog een verpleegkundige, hebben nog een collega SPV, collega. Uuh. Verpleegkundige specialist, psycholoog, psycholoog in opleiding, klinisch psycholoog, en een psychiater, maatschappelijk werker, een stagiaire maatschappelijk werk, een ervaringsdeskundige, dan hebben we het wel zo een beetje gehad denk ik.
I: oké en uhm. Jullie zijn een ambulant team?
R: ja.
I: en jullie hebben heel noord las ik op de site.
R: ja.
I: jullie hebben dus heel noord. En hoe zien jullie behandelgroepen eruit wie behandelen jullie allemaal? Wat is de doelgroep?
R: onze doelgroep is voor mensen met een eerste psychose van 18 tot 35 onze contra indicatie is zwakbegaafdheid, en als mensen al langdurig een andere behandeling hebben gehad. Eigenlijk moet dit de eerste stap van behandeling zijn. De eerste ggz behandeling dan, dat is een beetje onze doelgroep.
Oké, en uh mensen met ene verslaving hebben jullie die ook veel?
R: ja. Haha, heel veel. Haha wie niet.
I: ja echt zoveel?
R: ja. En dan vooral blowen. En lachgas is momenteel erg in opkomst.
I: ja.
R: waar ik zelf niet zoveel zicht op heb is game verslaving ik denk een klein percentage. Sommige zitten denk ik wel tegen een verslaving aan.
I: nou dus alle =maal nieuws we hadden inderdaad ook gelezen dat cannabis veel onder deze groep,
R: vooral cannabis
I: ja dat lezen wij ook inderdaad. En hoe gaan jullie daar dan mee om dan? Want jullie hebben geen verslavingsdeskundige in het team? Oh u bent de verslavingsdeskundige...
R: ja.
I: ja want u had ook gewerkt toch in de verslavingszorg.
R: ja
I: ja dat weet ik nog van het, vorige gesprek haha. Hoe lang heeft u daar gewerkt?
R: 10 jaar.
I: 10 jaar, dat is wel. Dan kunnen we dat eigenlijk wel deskundige noemen haha.
R: ja. Haha je moet wel echt op to date blijven toch?
R: Ja want ik ben er nu al 4 jaar uit dus ik ga binnenkort wel weer een bij scholing doen. Haha
I ja.

R: ja want intussen zijn alle middelen veranderen en de werkwijze ook, dus uh. Ik ben verder niet meer bijgeschoold. Dus het wordt hoog tijd dat we een beetje worden bij geschoold.
I: uhu.
R: want in 4 jaar is er best een hoop veranderd denk ik. In verslavingsland.
I: ja dat denk ik ook. En, merk je dat dan ook dat je niet helemaal uh. Dat je er dan even uit bent ofzo. Hoe merk je dat dan in het dagelijks werk? Met de cliënten?
R: nou. Op zich niet want op zich heb ik wel aardig wat bagage denk ik. Maar als ik bijvoorbeeld ex collega's spreken van verslavingszorg dan hoor ik dat uh. De methode waar ik mee gewerkt heb alweer veranderd is. Haha.
I: haha
R: dus haha, ik gebruik eigenlijk nog de oude methodes haha.
I: Ja, haha als ze werken.
R: ja dat wel haha, ze waren toen evedence based dus dat zijn ze nog wel maar het gaat natuurlijk wel door die ontwikkeling.
I: ja, zeker. Maar het is dus niet zo dat binnen jullie vip team daar echt een focus op ligt zeg maar. Van de bijscholing van de verslaving zeg maar. Dat moet je dus echt zelf regelen?
R: ja, dat moet je allemaal zelf in de gaten houden, zodat je een beetje bij blijft ja.
I: oké, want jij bent dan de enige deskundige op het gebied van verslaving?
R: ja.
I: en uh... is dat ook genoeg? Omdat er natuurlijk zoveel cliënten zijn met een verslaving?
R: nou. Ik denk dat het voor de andere medewerkers wel nodig is dat er een beetje basis kennis is.
I: ja precies. En hoe is dat dan bij jullie in het tea? Hebben jullie die basis kennis? Of missen jullie daar nog iets in?
R: uh. Wat ik is zijn de nieuwe middelen en daarvoor loop ik altijd naar a. Ja ik denk dat ik verder. Ja nee ik vind het niet een gemis in wat ik aan behandeling kan aanbieden. Want als ik dan. Ja dan besprek ik dat met a.
I: oké. Het is dus echt wel zo dat de kennis op dit moment wel binnen het team aanwezig is.
R: ja en meestal kijken we ook wel van. Als iemand binnen komt qua. In de verwijsbrief bijvoorbeeld als er daar duidelijk staat dat iemand echt wel last heeft van verslavingsproblematiek dan zeggen we van a. is de eerste behandelaar of tweed behandelaar zodat hij wel betrokken blijft daarbij. En sowieso vragen we dat altijd wel uit bij de intake. En we kijken dan In hoeverre het dan een probleem vormt en of we ook bijvoorbeeld deelbehandeling moeten doen bij fact bouwman dat doen we ook wel eens. Om het zo aan te pakken.
I: ja. Want dat wou ik inderdaad ook nog even vragen. Hoe dat bij de intake diagnostiek zeg maar is. Hoe vindt dat dan plaats? Hebben jullie daar zeg maar een soort Methodiek voor?
R: ja dat wordt gewoon uitgevraagd, wel echt specifiek.
I: oké, en er is niet iets van een lijst die jullie dan gebruiken het is gewoon in gesprek?
R: over het algemeen hebben we wel een lijst over middelengebruik, het is niet echt een hele uitgebreide screeningslijst maar middelen gebruik komt er wel in voor.
I: ja.
R: en als nou blijkt dat het echt een onderwerp is dan kan ik eventueel nog een extra gesprekje inplannen om het heir over te hebben.
I: uhu. Ja.
R: Maar een groot probleem wel is vaak dat ze niet gemotiveerd zijn. Ik hoor vaak van andere behandelaren dat ze hun patiënten niet naar mij krijgen en gewoon niet gemotiveerd zijn haha. En dat is best een groot probleem.
I: ja dat horen we wel vaker, dat is wel een. Want uh. Jullie hebben dan een deskundigheid binnen het team maar dan willen ze niet naar jou voor een behandeling voor de verslavingszorg.
R: de meest zien het niet als een probleem maar als een winst. De verslaving.
I: omdat het de psychose onderdrukt?
R: ja wat je zelf ziet is dat ze zelf geen hulpvragen op dat gebied. En ze het gewoon lekker vinden om te blijven blowen. Dus dat is best een lastig dingetje.
I: ja. En die motivatie. Hoe uh. Want wij hadden laatst ook met iemand van verslaving een gesprek en die zij ik gebruik heel veel motiverende gespreksvoering. Is dat ok bij jullie? \
R: ja. Dat doet iedereen en daarmee probeer je een ingang te vinden. Motiverende gespreksvoering is wel iets dat helemaal in mijn systeem zit met werken bij verslaving. En ik denk bij iedereen in ons team wel.
I: ja dat was ook toen een beetje erbij die bijeenkomst, toen zijden ook de andere vip teams die zijden ook dat het voornamelijk de dingen zijn buiten de verslaving de motivatie en de vrienden en het netwerk

R: ja het netwerk is heel belangrijk! Als ze een groep vrienden hebben die ook blowen dan is het heel moeilijk voor ze om te stoppen te minste dan raken ze ook hun sociale netwerk gewoon kwijt.
I: ja. En betrekken jullie dan ook het netwerk dan beide behandeling?
R: Ja, dat proberen wij wel zoveel mogelijk te doen.
I: ja en hoe gaat dat dan? Ik kan me voorstellen dat dat best lastig is als je een groep vrienden hebt om die dan mee te nemen.
R: om die ja. Niet alle mensen werken natuurlijk mee. En patiënten moeten zelf ook bereid zijn om iemand mee te nemen. Dus het lukt niet altijd. Maar we proberen zoveel mogelijk direct betrokkenen In de behandeling en erbij te krijgen. Den k aan partners ouders,
I: ja.
R: en in de herstel training leren we ook wel er is een module alcohol en drugs waarin het gaat over hoe laat je die blow voorbij gaan, dus hoe kan je nee zeggen als je toch met een groep bent die blowen. Dat ze elkaar ook leren hoe kan je. Toch bij je vrienden zijn maar niet blowen.
I: hoe heet die training?
R: dat is de herstel training.
I: En die wordt vanuit jullie gegeven?
R: ja. Dat is een vast onderdeel van het programma en die proberen we eigenlijk bij iedereen er in te krijgen. En daar is middelengebruik dus ook een onderdeel van.
I: oké en is dat dan individueel?
R: nee dat is in een groep, en dan kunnen ze ook met elkaar erover in gesprek. Van hoe ga jij er mee om en hoe pak jij het nou aan? Dan zou je dus bijvoorbeeld ook rollen spellen kunnen spelen als blijkt dat het bij meerdere een probleem is. Dan ga je met elkaar kijken naar hoe zeg je dan nee en uh. Waar loop je tegen aan.
I: dat klinkt wel als iets heel moois haha.
R: ja, want dat is wel heel goed want ze motiveren elkaar wel daarin. Want als je lotgenoten zeggen dat je moet stoppen met blowen is het veel krachtiger.
I: ja.
R: ja, want kijk als je een psychose hebt gehad en ene lotgenoot zegt ja. Maar juist doordat ik ben gestopt heb ik nu geen last meer en heb ik mijn leven weer op de rit ja dan pak je ze veel meer en denken ze van ja. Oh. Is dat echt zo.?
I: ja precies.
R: ja. Dat uh. Dan moet ik ook maar gaan stoppen. Dus dat is wel echt een winst.
I: ja. Maar dat werkt dus wel merken jullie?
R: ja. Het lukt niet altijd maar uh.
I: en komen er veel cliënten naar zo een groep?
R: onze groep wel ik denk dat we het aardig goed doen. Onze groep bestaat uit 6/7 het wisselt wel eens. We hebben er twee.
I: en wie draaien die groep dan?
R: wij alle drie. Twee mensen per groep.
I: oké,
R: en er is ook een ervaringsdeskundige bij. Dus dat is ook wel iets belangrijks. Omdat diegene zelf ook een verslaving heeft gehad. Dus die kan daar ook over vertellen.
I: die ervaringsdeskundige zit in jullie team?
R: Ja! oh die zijn we net vergeten volgens mij.
I: nee haha, ik heb een slecht kort termijn geheugen haha.
R: haha
I: nee klopt, overal wat we lezen wordt een ervaringsdeskundige ook aangeraden. En verslavingsdeskundigheid ook dus dat is wel goed hoe dat hier gaat. Maar oké, ik wild gewoon even vragen of jullie de huidige situatie zeg maar omtrent verslavingszorg kunnen uitleggen binnen het team hoe gaat dat? We weten nu natuurlijk wel al van de herstel training en dat jullie er naar vragen in de intake maar hoe ziet dat er zeg maar nu uit? Het traject
R: a dus een praktisch voorbeeld van af de binnenkomst van de cliënt.
Dat verschilt natuurlijk per patiënt. Ik weet wel dat ik een paar patiënten dus apart zie die hebben dan ook een andere behandelaar en die spreek ik dan alleen echt over de verslaving. Dan ben ik geen coördinerend behandelaar maar heb ik dus gewoon regelmatig een gesprek. Puur over het middelengebruik. Dus op die manier geven we het in ieder geval vorm. Een andere manier is inderdaad dat we ze met de verdeling van de intakes kijken naar wie gebruiken dat die zoveel mogelijk bij mij komen. En als het uh. Als de verslaving heftig is proberen we te kijken of er een twee sporen beleid mogelijk is. En mensen kunnen motiveren voor echt verslavingszorg. En dat ze daar dan ook echt aankomen.

I: is er dan ook echt een samenwerking?
R: ja, er zijn dan ook gesprekken met de instelling en wij blijven in beeld. Momenteel zijn we in het team nog wel bezig met het beter laten verlopen van de samenwerking. Want eigenlijk heeft dat verder nog geen vorm. Het gaat nu op individuele basis. Hoe wij nu per patiënt iemand in de verslavingszorg krijgen en dat ja. Is geen beleid meer van hoe krijgen we het voor elkaar maar goed we lopen er wel eens tegen aan dat er wachtlijsten zijn, naja eigenlijk heel vaak. Haha waardoor we niet snel genoeg kunnen doorverwijzen of de juiste zorg kunnen bieden aan patiënten. Dus dat is wel een probleem. Maar we hopen door die fusie dat er daar betere afspraken over gemaakt kunnen worden.
I: en wanneer is dat geweest die fusie?
R: een half jaar nu.
I: oké een half jaartje. Want eerst was de verslavingszorg dus ergens anders? Want we horen wel vaker dat mensen eerst naar een ander gebouw moeten en dan niet aankomen ofzo. Ja en dat er dus een hele andere begeleidingsstijl is van psychose zorg en verslavingszorg. Dat ze in de verslavingszorg eigenlijk geen rekening houden met de psychose. Herkennen jullie dit?
R: uh. Nee ik denk dat dat komt dat wij als team heel erg open zijn en als we ergens binnen komen ook meteen voorlichting geven wat wij doen en wat ze van ons kunnen verwachten en dat je daarin dan ook direct een goede samenwerking g kan aangaan. Ja. Ik denk dat we daar als team heel open en transparant in zijn en dat maakt dan ook dat de ander dan ook wel mee wil werken.
I: Ja.
R: het is gewoon een samenwerkingsverband waarin wij heel flexibel zijn. Wij kijken echt naar datgene dat de patiënt nodig heeft... en geen afspraken maakt voordat je iemand kent.
I: nee precies en staan dan ook wel eens patiënten bij jullie in behandeling en ook in de verslavingszorg?
R: ja.
I: oké en is dat dan ook heel flexibel? En met korte lijntje?
R; Ja ik zit even te denken aan de casus van meneer M dat is echt zo 2 sporen beleid geweest maar uiteindelijk is hij nu wel helemaal overgedragen naar de verslavingszorg. Het is steeds een discussie geweest van waar hoort hij nou thuis. Hij had een behoorlijk alcohol probleem maar was ook echt psychotisch en we waren dus steeds op zoek naar waar moet nou eigenlijk de hoofd diagnose liggen.
I: ja. Precies.
R: en dat blijkt soms ook een hele zoektocht. Van wat staat nou eigenlijk voorop. Maar die is dus bij verslavingszorg terecht gekomen. En daar hebben we de zorg hier afgesloten omdat dat hem uiteindelijk meer zou helpen.
I: maar als ik het goed begrijp maken jullie die beslissing dus gezamenlijk?
R: ja. Waar heeft de patiënt het meeste aan en soms is 2 sporenbeleid goed maar sommige mensen kunnen dat ook gewoon niet aan.
I: nee.
R: ja. Dus daar moet je ook naar kijken of mensen dat kunnen verdragen.
I: soms worden ze doorverwezen maar toch zoveel mogelijk hier behandeld waar zit deze grens dan?
R: ja. Dat ligt aan de hoofd diagnose denk ik vooral. Ja. Als die een psychose is dan proberen we wel. Uh. Wat vaak het geval is dat mensen wel blowen en dat ze eigenlijk niet willen stoppen maar dat ze te veel blowen en dan proberen wij dat eigenlijk zoveel mogelijk hier te houden. En als het niet nodig is om het 2 sporen beleid te doen, doen wij het liever hier.
I: ja dat komt dan denk ik ook omdat er iemand in het team is.
R: ja inderdaad anders zou je sneller de verslavingszorg erbij halen.
I: hoe zit dat met vip zuid? Hebben die ook een. Uh.
R: Ja zij hebben natuurlijk wel een expert uh. Maar die werkt overal. Niet alleen in het vip team. Ook in het fact team. Haha
I: haha
R: ik denk dat hij inderdaad de expert is alleen die is versnipperd over alle teams. \
I: oké, dus daar is ook wel deskundigheid in het team? Uh. Ja en we horen van jullie eigenlijk wel veel positieve dingen maar gaan er ook dingen echt niet goed of minder goed?
R: ja, naja ze zijn gewoon niet gemotiveerd dom te stoppen. En dat vind ik het grootste probleem. Ja ik heb natuurlijk bij verslavingszorg gewerkt maar daar kwamen dan toch mensen met hun eigen hulpvraag en het lastige vind ik bij deze doelgroep. Waar je altijd mee begint is het voor en nadelen Balance eigenlijk dat is de start dan heb ik best vaak dat de voordelen groter worden ervaart dan de nadelen. En dan kom je eigenlijk al bijna niet verder. En dat vind ik echt een groot dilemma,
I: ja. Dat begrijp ik ja.

R: en hoe krijg je ze dan gemotiveerd. Je doet wel veel aan psych educatie en uitleg geven maar uiteindelijk hoop je dat dat werkt. Maar gedragsverandering werkt pas echt als patiënten zelf last krijgen van iets.
I: uhu. Ja.
R: dat vind ik het grootste dilemma van deze doelgroep.
I: dat is dan puur omdat het blowen de psychose voor hen verminderd of helpt het ze bij het verweken ervan?
R: het onderdrukt in eerste instantie de psychose, maar uiteindelijk kan het wel weer meer worden maar voor het korte termijn onderdrukt het wel. Dan is het echt prettig. Voor mensen met een psychose. Je ziet dat veel mensen neigen naar blowen omdat het op de korte termijn blijkbaar het gevoel geeft dat het de psychose juist onderdrukt.
I: ja. Dat het helpt.
R: als het zo druk is in je hoofd en door het blowen word je rustig en relax en heb je er even geen last van ja dan wordt het heel aantrekkelijk voor hun om het te blijven doen.
I: ja. Logisch. Haha
R: ja, ja haha op korte termijn best wel logisch. Haha
I: en uh. Wordt daar dan ook een soort methodiek in gemist of een soort.
R: ja daar mis ik dan nog wel inderdaad. Iets in. Zo van hoe kun je dat nou wat beter behandelen.
I: werken jullie met cognitieve gedragstherapie?
R: ja.
I: en uhm. Hebben jullie specifieke programma's in die uh. Waar jullie mee werken dus gewoon de therapie zelf.
R: ja. Maar die zijn niet specifiek voor de verslaving, maar het kan wel gericht. We geven standaard een g training dus dat is de basis van cognitieve gedragstherapie. Geven we 2x per jaar en op basis daarvan wordt bepaald of er verder wordt gegaan met CGT en dat kan op verslaving maar dat gebeurd bijna nooit omdat daar de hulpvragen niet op zijn. Meer op negatief zelfbeeld of dat je daar de focus op legt omdat daar de hulpvraag ook ligt anders kan je. En dan is het gewoon niet de verslaving of het blowen
I: ja dus echt de psychose.
R: ja. Dat maakt het gewoon ingewikkeld. Het houdt elkaar instant
I: ja. Want ik zit te denken aan het vorige interview die hadden dan ook een samenwerkingsverband maar die liep heel goed maar die zijden toen dat het heel positief is we verwijzen ze door en zij pakken het uiteindelijk op maar volgens mij was dat dan omdat ze echt bij de verslavingszorg zaten. Helemaal geen. Ze hebben niet met die motivatie te maken.
Uhm. Ja wij hebben het al heel erg over methodieken en methodes gehad ik weet niet of jullie nog een willen toevoegen die echt heel goed werkt waar we het nog niet over hebben gehad?
R: naja de herstel training geeft een stukje cognitief, motiverend maar ook een stukje empowerment dus die techniek wordt er ook nog wel in gebruikt. En dat is ook wel iets waar wij naar kijken. Zo van waar haal je de kracht vanuit jezelf… die empowerment.
Ja en natuurlijk die lotgenoten denk ik. Dat is ook belangrijk. Ik had ook pas in een herstel training een jongen die heel lang heeft geblowd en 2x psychotisch is geweest en hij heeft in die periode niets kunnen bereiken en heel lang over zijn studie gedaan en alles alleen maar weg zitten blowen en nu gaat het juist heel goed met hem. En hij vertelt juist dat hij echt jaren verloren heeft met blowen en daardoor ben ik psychotisch geworden en hij is echt zo duidelijk statement in die groep waardoor andere ook denken van ja zo van dat wil ik ook niet. En ik denk dat dat nog 1 van de aller belangrijkste dingen is en het meest helpend is.
I: ja echt die lotgenoten die hebben toch een andere insteek zeg maar.
R: maar verder. Pak ik soms de leefstijltraining erbij van verslavingszorg.
I: en hoe gaat dat haha?
R: is ook een beetje CGT achtig eigenlijk.
I: oké. En werkt dat goed?
R: naja. Ja het werkt wel voor sommigen. Maar niet heel vel hoor.
I: en waar ligt dat aan dan?
R: ja. De motivatie ook weer.
I: ja dus eigenlijk het meeste waar jullie tegen aanlopen is de motivatie.
R: ja. De hulpvraag ligt daar niet
I: ja. En uh. Jullie werken samen met verslavingszorg. Denken jullie dat de oplossing in een betere samenwerking ligt?
R: dat denk ik wel ja.
I: is dat dan het stukje met kennis dat jullie missen? Of meer het andere behandelmethodes.

R: ja toch misschien wel een stukje kennis. Dat zij hier bijvoorbeeld wat kunnen bijbrengen. En daardoor meer samenwerken en kortere lijntje hebben. Om patiënten door te verwijzen zodat het allemaal wat sneller gaat. Dat missen we eigenlijk. Haha. Kom op! Iemand moet snel behandeld worden en we willen zo snel mogelijk iets bereiken en duurt allemaal te lang. Dat is ook heel frustrerend.
I: dat lijkt me vervelend. Vooral als ze in hetzelfde gebouw zitten. Haha
R: naa. We hebben ze niet heir in het gebouw zitten. Haha
I: oh dat dacht ik.
R: nee. Haha dan zou het denk ik wel anders werken.
I: oh oké. En als jullie de ideale situatie voor jullie zien. Hoe zou die er dan uit zien?
R: de ideale wereld. Dan zou ik zelf beschikking willen hebben over detox bedden. Haha en gewoon vaker bijvoorbeeld nu heb jij een cursus over drugs ik denk dat het voor iedereen mooi zou zijn om bijscholing te krijgen. Maar dat is ook heel erg duur. Dus niet iedereen kan erheen.
I: ja dat is echt een financieel plaatje...?
R: ja ook en ook kwa tijd ook. Je moet ook dingen verdelen. Wat misschien ngo wel leuk is om te vertellen is dat er ook nog wel een overweging groep is. Uh. Die is voor alle teams. Dus dat is een samenwerkingsverband voor alle ggz teams. Daar zijn alle patiënten welkom die iets willen doen met hun middelen gebruik die overwegen om te stoppen. Vrij laag drempelig is dat. ook een ervaringsdeskundige en dan soms schuift er iemand aan. En dat is dus 1x in de week.
I: já echt heel laagdrempelig een overweging groep is laagdrempeliger dan de groep hier.
R: naja… die groep is echt special voor middelengebruik en verslavingsgedrag en de herstel training heeft meerdere onderwerpen zoals omgang met stress of wat houdt een psychose in. En dan komt dat ook voorbij die is echt veel broederen gaat in om de leef gebieden.
I: en over die herstel. Dat is ook nazorg. Hoe doen jullie dat?
R: Ja daar hebben we een jobcoach voor gelukkig haha. Maar ook wel een beetje samen want als iemand hier wordt aangemeld dan gaan we kijken heeft iemand of is hij gestopt met een opleiding en hoe kunnen we er voor zorgen dat iemand weer verder gaat. Dus dat is eigenlijk ons streven ook. We willen eigenlijk dat ze weer deelnemen omdat het beter is voor hun herstel. Al ben je knetter psychotisch en stoned ga maar weer naar school. Haha hou dat vast. Dat is waar we op zitten dat je zo snel mogelijk die maatschappelijke rollen weer gaat vervullen.
I: en heeft dat ook te maken met de motivatie van iemand dan?
R: het is motiverend denk ik maar ook herstel bevorderend. Want je ziet dat daardoor het maatschappelijk verval minder is. Als je niet zo een groot gat hebt ik je cv dat is toch een dingetje. Daarom zitten we daar wel heel erg op. Maar eigenlijk missen we daar wel iets in want we hebben 1 dag in de week een jobcoach. En dat zouden er veel meer moeten zijn. Ja. Dat we echt iemand hebben die de bedrijven op gaat en mensen er naar toe pushed. En actief.
I: Ja. Want het lijkt m e ook moeilijk als je net een psychose hebt gehad om terug naar school te gaan door misschien schaamte.
R: ja. Daar heb je dan wel een gesprek over met de decaan dat doe ik regelmatig samen met de patiënt. En dat is ook een onderwerp van gesprek hier. Hoe ga je om met stigma. Wat doet het met je en dat is weer een proces.
I: en dat is ook eer met psych educatie...? dat stigma.
R: ja. Het blijft wel een dingetje hoor. En uh. Wat ik ook merk is dat we heel veel Marokkanen hebben hier in R en dat daar het stigma nog groter is. Die houden het ook echt allemaal binnenboord. Dat is al moeilijk om als hulpverlener binnen te komen. Dat is wel een dingetje. Maar daar wordt dan ook wel weer heel veel geblowd. En wordt ook getolereerd. Gewoon echt een andere cultuur.
I: wordt dat getolereerd door de omgeving of? Vrienden? Ouders?
R: sommige ouders vinden het geen probleem als ze er maar geen last van hebben. Als ze maar niet gek op straat doen dan is het geen probleem. Ze houden het heel erg binnen. Je ziet vaak dat patiënten haast niet buiten komen of hun kamer niet uit en daarom niet naar school of werk gaan. Het wordt binnen huis gehouden en als er maar niet over gesproken wordt.
I: ja precies. Als anderen het maar niet weten zeg maar.
R: ja. Waardoor iemand heel erg stagneert.
I: dat is ook wel iets van een stad is.
R: ja inderdaad wel echt stadsproblematiek.
I: ja daarom is het ook voor ons belangrijk dat we de randstad en regio opzoeken. Want er zit echt verschil in.
R: ja dat merken wij ook wel want wij hebben natuurlijk ook krimpen aan de IJsel in onze pool zitten en die doelgroep is echt anders. Er is echt ene groot verschil.
I: komen jullie daar ook makkelijker binnen?

R: ja dan heb je weer andere stigma. Maar het is wel makkelijker om wij hebben dan ook familie avonden waarin ook psych educatie wordt gegeven aan familie en een familie ervaringsdeskundige ook komt vertellen. En daar zie je toch dat veel Marokkaanse en Turkse niet komen. We nodigen ze wel uit maar die willen er niet bij zijn waardoor ze ook geen kennis hebben. Het is er wel maar heel moeilijk om hen te bereiken.
I: ja. Precies. Dat lijkt me lastig
R: er zit veel tijd en energie in om dat persoonlijk te doen.
I: en gaan jullie ook wel eens op huisbezoek?
R: ja zeker.
I en helpt dat erbij?
R: soms. En de taal. Spreken ze soms ook gewoon niet. Dat is ook een heel groot probleem. We hebben geen Marokkaanse of Turkse hulpverlener dus dat vinden we wel een gemis
I: ja dat snap ik wel, want dan heb je misschien wat eerder een ingang.
R: ja bij verslavingszorg zijn ook veel Marokkanen wat ik dan wel merkte is dat ze juist geen hulpverlener van Marokkaanse afkomst wilde dan zijn ze bang dat het doorvertelt wordt en rond gaat in de cultuur. Daar liep ik echt vaak tegen aan.
I: ja ik vraag me wel af. Hoe komen de patiënten bij jullie terecht? Want als familie enz. eigenlijk niets ermee te maken wil hebben hoe komen ze dan toch bij jullie terecht?
R: politie, huisarts. Als iemand opgenomen is geweest. Vaak na een extreme crisis met ruzie en dan komt er iets van extern binnen en dan vinden ze ons en dan is het al te laat haha.
I: haha. Ja. En is er ook bij jullie iets van een programma om het in een eerder stadion op te pakken?
R: Ja ik werk 1 dag in de wek bij Edith, een aparte instelling die alle jongeren met angstklachten ergens aanmelden krijgen een vragen lijst en bij hoger dan 6 nodigen we ze uit voor een interview en daaruit haal je of iemand psychotisch gevoelig is en als iemand dat is krijgen ze CGT naast hun huidige behandeling. En soms heb je dan ook net psychotische mensen die neem ik dan hiermee naar toe. Ja er is wel een vroeg detectie alleen die zit heel erg dat mensen zich aanmelden. En we willen ze screenen om te voorkomen dat mensen eigenlijk de transitie naar ene psychose maken.
I: oké dat wordt in een andere instelling gedaan.
R: ja in den haag zit het gekoppeld aan het vip team. Het is een discussie of je het er in of er naast moet houden. Ik ben er zelf ook niet over uit wat handig is.
I: ja het lijkt ook in elke gemeente anders.
R: ja. Lastig he al die instanties. En ik denk ook dat er geen gouden regel is.
I: ja. Voorkeur natuurlijk naar integraal behandelen alles onder 1 dak. En heel informeel contact. Dat kan natuurlijk niet overal. Uh. We hadden het net nog over de ideale situatie is er nog meer? Haha
R: in ieder geval inderdaad meer bedden en sneller iemand op kunnen laten nemen. Ik weet dat het bij de psychiatrie ook te kort is maar bij verslavingszorg zijn er ook te weinig bedden. En wachttijden. En soms is het heel fijn om iemand voor 3 weken te kunnen detox. En dan verder, de behandeling op kan pakken. Dan heb je echt even die interventie nodig om verder te kunnen. Vaak helpt het om mensen op de juiste plek te krijgen. Maar er zijn vaak wachtlijsten.
I: ja heftig eigenlijk he dat het zolang kan duren als je toch in een noodsituatie zit.
R: ja.
I: en dan nog even. Er is 1 versalvingsdeskundige i het team is dat genoeg? Want je krijgt alle mensen met een verslaving Is dat nog te overzien
R: Ja. He tis nog te overzien. Wij hebben als team ook wel een beetje ervaring dus het is niet zo dat hij het alleen draagt.
I: het is dus wel genoeg?
R: ja ik denk het wel. Ik denk dat we het op dat vlak wel goed doen. Haha, wat vinden jullie ervan?
I: ja, het gaat wel goed. Jullie doen best wel veel end at gebeurd bijna nergens eigenlijk. We horen ook gewoon vaak van we weten het niet. Julie hebben een ervaringsdeskundige en versalvingsdeskundige en dat is eigenlijk ook best wel veel in vergelijking met andere teams…de meeste werken samen of verwijzen door en dat verloopt vaak heel stroef ook. Daarom vragen we ook zo door over waarom het heir wel werk.
R: ja.
I: ik heb nog wel 1 vraagje over. De handelingsverlegenheid. Durft jullie team het bespreekbaar te maken? Is verslaving een moeilijk onderwerp om over te praten?
R: nou dan denk ik meer aan andere dingen die moeilijk bespreekbaar zijn. Ik ben eigenlijk wel meer gericht op drugs verslaving maar er zijn ook andere verslavingen. En bijvoorbeeld met gok verslaving denk ik dat ik dat persoonlijk te weinig uitvraag. Ik richt me meer op alcohol end drugs. Want dat is bij onze doelgroep meest voorkomend.
I: maar kwa alcohol en drug hebben jullie niet zoiets van waar moet ik beginnen?

R: nee.
I: dat hoor je ook vaak.
R: oh dat valt me wel op want ik denk dat is niet echt iets raars. Wij werken met 10 levensgebieden voor het behandelplan. Psychiatrie middelen sommatie sociale relatie dat zijn eigenlijk allemaal onderwerpen en dan komt het vanzelf wel een beetje ter sprake.
I: oh jullie hebben het echt standaard. Het hoort erbij.
R: ja het hoort erbij.
I: daar zit dan wel een groot verschil want bij sommige vip teams hoort het er eigenlijk niet bij en als je er dan ineens over gaat beginnen weet je eigenlijk niet zo goed waar je moet beginnen.
R: maar dat is best gek omdat er zoveel mensen zijn die blowen en daardoor ook psychotisch raken dat het zo een groot onderdeel is. Dat is ja.
I: ja. Bij jullie is het heel normaal
R: misschien omdat wij in een stad zitten.
I: ja ook maar ook, maar het is gewoon vaak niet standaard in de behandeling op genomen. Ze onderkennen het wel maar het is wel goed om te weten dat het bij jullie werkt. Kunnen jullie een schatting maken van hoeveel cliënten met ene verslaving en psychose uiteindelijk de deur zonder verslaving verlaten?
R: zoo. Phoee. E…. 1/3 herstelt van onze doelgroep goed. Maar ik denk dat dat bij comobiditeit niet zo is. Ik denk dat het minder is. Ik denk dat de doelgroep beperker is in herstel en dat dat echt komt door de verslaving.
I: en jullie verwijzen ze dan door naar ene fact team?
R: ja dan blijven ze in zorg als ze problemen blijven houden, of retour huisarts. Of basis ggz. Waar ze dan ondersteunende gesprekken gaan voeren, en dat is da n 1/3, 1/3, 1/3, beperkt herstel, helemaal herstel en geen herstel.
I: oké.
R: ik vind het wel een interessante vraag. Ik ga kijken o we het eruit kunnen halen. Gaan jullie ngo naar vip zuid?
I: nee…
R: want daar zijn ze goed met cijfers ik zal vragen of we het daaruit kunnen halen. Bij verslavingszorg was het succes ook ongeveer 1/3.
I: oké. Uh. Hebben jullie nog vragen.
I: nee… ja ik heb misschien nog een hele andere vraag. Maar uh. De werkwijze van een vip team is die niet overal hetzelfde. Of mogen jullie die zelf invullen omdat het zo erg van elkaar verschilt.
R: ja er is een basis richtlijn en ook een document uit waar we ons aan moeten houden en daar hebben wij onze werkwijze naast neergelegd en dan zitten wij op 80% zoals we werken dat het goed gaat. Ja. We doen het niet slecht.
Dus er zijn wel bisis richtlijnen maar de vip teams zijn ontstaan die hebben zichzelf wel ontwikkeld. Ik kwam al uit de herstel beweging dus die heb ik meegenomen dus zeg maar zo. maar toen was er nog geen richtlijn. Dus iedereen heeft wel wat dingen meegenomen.
I: oké. En wanneer is de richtlijn dan gekomen?
R; vorig jaar.
I: oh vorig jaar pas.
R: nee is niet echt evendenc based. De hersteltraining wel nee. Omdat ze zijn er mee bezig maar dan komt het in de richtlijn voor schizofrenie. Maar je kan wel modules. Psycho educatie. Die zitten ook in de richtlijn en die zitten ook in de herstel training/. Je kan het wel weer naast elkaar neer leggen.
I: en kunnen wij deze richtlijnen inzien ergens?
R: Ja. Haha Trimbos heeft hem ontwikkeld.
I: is het de Ebro module?
R: nee. Haha. Richtlijn vip heet. Daarom weet ik het niet.
I: nee maar dat verklaart wel waarom iedereen zo anders werkt en waarom het soms niet wekt en soms wel.
R; ja dat zeker. Ik zou hem zo wel even door mailen.
I: oké, super!
R: ja misschien wel een goede vraag om in andere teams ook nog te stellen of zij dit wel toepassen.
I: ja want als zij dat maar voor 50% doen is het logisch dat het minder goed werkt natuurlijk.
I: en het gaat denk ik ook meer over der ervaring van het team en dat maakt denk ik het verschil. Want er stond ook in de modules. Verslavingszorg wordt streng aanbevolen maar een aanbeveling staat niet in de richtlijn natuurlijk. Maar het hoeft dus niet.
R: volgens mij staat het wel in den nieuwe richtlijn dat het noodzakelijk is.
I: ja dat lijkt me ook wel als je er zo vaak mee geconfronteerd wordt.

R: de vraag is of alle vip teams het ook werkelijk nodig hebben. Ja in die dorpen zijn ze ook nog wel eens. Haha. Maar wij als team hebben wel veel disciplines.
I: ja volgens mij bijna alle.
R: ja dar boffen we mee! Als je het vergelijkt met ander teams. Haha.
I: ja dat is zo.
I: ik denk dat wij nu alles weten.
I oh nog 1 vraag. Als het onderzoek is afgerond willen jullie deze dan ontvangen.
R: já!! En ook als jullie iets hebben uitgevonden dat werkt haha.
I: ja uiteindelijk willen wij een product gaan maken voor de vip teams. Om hen te helpen van goh hoe ga je daar nou mee om dan ook de vraag hebben jullie daar nog tips voor?
R: in ieder team een versalvingsdeskundige zou ik zeggen.
I: ja wij hebben gewoon een beetje een idee omdat heel veel mensen niet weten wat ze moeten doen al bij de intake. Dat je dus een soort stroom schema maakt met intake verslaving met dan die en die keuzes en ene klein formaat boekje erbij met daarin een korte uitleg of waar ze de informatie kunnen vinden.
R: ja je zou wel een screenen kunne gebruiken een vragenlijst. zeg maar. Die heb ik wel dat als je vermoed dat iemand een probleem hebt. Het zijn korte vragen om te kijken of er inderdaad sprake is van een verslaving. Dus ja die kan ik ook wel mailen.
I: ja graag!
R: ja ie is wel bruikbaar. Of wilde jullie nou nog weten wat niet bruikbaar was.
I: ja ook want weetje straks komen wij met ene handleiding en is er bij voorbaat al zoiets van nou dit gaat niet werken. We willen iets dat echt wel bruikbaar is. Voor vip teams.
R: je moet wel oppassen dat het protocol wordt. Want daar ben ik allergisch voor. Haha
I: Ja haha dat hebben we vaker gehoord.
R: ja of misschien een soort standaard filmpje. Dat het iets meer levendiger wordt haha.
I: ohja. dat is wel ook leuk he.
R: ja of die film van dat vogeltje. Die helpt echt om duidelijk te maken wat een verslaving nou is. Dat is echt de kern.
I: zoiets is ook wel leuk.
R: Ik denk dat als je een product wil maken dat het ook beeldend moet kunnen het is echt wel voor vipers het zijn jongen mensen beeldend materiaal komt meer aan en meer binnen is mijn ervaring.
I: ik heb verder geen vragen meer. Hebben jullie nog vragen?
R: nee ik ben heel benieuwd heel leuk
I wij zullen ons rapport op sturen en het product mailen.
R: jullie hebben onze mail he?
I: haha
R: haha. En jullie wilden ook nog individueel een gesprek? Of niet.
I: ja. Wij moeten heel eerlijk zeggen dat allee vragen al beantwoord zijn en het misschien heel erg dubbel wordt.
R: ja ik denk dat we eigenlijk alles wel ene beetje hebben gezegd. Van wat we.
I: ik denk dat het ook niet nodig is. Vooral omdat het binnen jullie organisatie ook best wel goed gaat.
R: dus jullie hebben niets aan ons. Haha
I: haha. Nee juist wel hoor. Haha we wilde vooral als het niet goed ging de diepgang in. Zodat je iemands visie erin kan betrekken. Alleen nu wordt het dubbel. En bij jullie is het zo goed geïntegreerd. En dat is fijn want we wilde ook een goed voorbeeld.
R: ja. Hoeveel teams hebben jullie nu gehad.
I: jullie zijn het 2e team. Maar we hebben al wel veel gesprekken gehad hoor voor het vooronderzoek.
R: welke opleiding.
I: SPH
R; is het voor scriptie
I: ja het moet…
R: oh dat is wel leuk.
I: ja. Maar ook wel echt heel anders. Haha
I: bedankt voor jullie tijd en tot ziens
R: succes en tot ziens.

3.2. N

R1: Ha, met ..., het team zit klaar:
O2: Ha, kijk is. Helemaal top. Dankuwel.
R1: en jij mag gaan uitleggen wat de bedoeling is.
O2: Ja, uuhm Wij doen een onderzoek naar hoe de verslavingszorg in verschillende VIPteams in Nederland is ingericht. En dat doen we voor het netwerk vroege psychose. EN ehhhm op dit moment zijn we verschillende teams aan het interviewen. Uuhm ja eigenlijk om te kijken hoe die verslavingszorg is ingericht. Dus uhhh hoe de diagnostiek gedaan wordt en hoe de behandeling gedaan wordt. Uuhm wat bijvoorbeeld de teamsamenstelling is en welke methodieken er gebruikt worden. Uuhm en dat willen we allemaal in kaart brengen. En of het goed gaat eeen of er nog dingen kunnen verbeteren. Dat is het eigenlijk in het kort.
R1: Begrepen, (…)
O2: haha dat is ehhh.. Dan heb ik het goed gedaan haha. Want ja.. Ehm... jullie zitten daar met een paar mensen van het team?
R1: Ja ik zal vertellen wie er allemaal zit.
O1: Ja
R1: We hebben een SPV.
O2: Een SPV ja.
R2: Hallo, ja ik ben (naam) en we (….) en dan weet je niet wanneer je wat moet zeggen. We luisteren heel aandachtig hoor.
O2: Hoi (naam), aangenaam.
R3: (Noemt naam)
O2: Ook SPV?
R3: Nee, klinisch psycholoog
R2: Zitten heel veel raakvlakken tussen hoor hahaha
R4: Mijn naam is (naam), ik werk als maatschappelijk werker
O2: Aangenaam, (naam)
R5: Mijn naam is (naam)... ik ben trajectbegeleider.
O2: Gesprekbegeleider...
O1: trajectbegeleider
O2: Trajectbegeleider
R6: Hoi ik ben (naam) ik ben verpleegkundige
O2: We zijn het allemaal even aan het noteren hoor!
R: Hahahaha
R1: (naam) en ik ben psychiater.
O2: Jullie zijn wel met veel zeg hahaha
R7: (naam)...
O1: sorry?
O2: sorry we verstonden (naam) alleen de functie nog niet
R7: Co assistent
O2: Oh co assistent
R1: Superco noem je dat
O2: Superco
R8: …. Klinisch psycholoog
O2: Klnisch psycholoog zegt u?
R8: Kunnen we niet vragen of ze even kunnen terugbellen...
O1:Hallo
O1:Zijn we weer
R: Dit is al een heel stuk beter, kunnen we elkaar in ieder geval goed verstaan haha
Fijn
O2:Nou we hebben een aantal onderwerpen en vragen die daarbij hoorden
O1:Misschien moeten we ons even voorstellen?
O2:hja dat lijkt me ook goed. Mijn naam is Olivier Blonk, 4e jaars SPH student, bijna aan het afstuderen en...
O1:Ik ben Irene Hanegraaf en ook vierde jaars sph student.
R1:Nou mooi heel goed
O1:We hadden een aantal teamleden nu gehoord, hebben we het voorstelrondje nu gehad of waren er meer mensen?
R1:Nee je hebt nu iedereen gehad

O1:Ah oke hallo allemaal
O2:Ik wou gelijk losbranden, ik keek op jullie site en daar stond dat jullie een act team zijn. Nu zijn jullie het eerste ACT team die we interviewen en voor ons is nog niet helemaal helder wathet verschil is tussen een FACT en een ACT team.
R1:Fact is facultatief act, Het act was eigenlijk eerstin Fact zit casemanagement in waarbij eehm.. een zorgintensivering het veranderd in een act team voor cliënten die op het board? Worden gezet. En dat wordt multidisciplinair gewerkt. Dat kan een crisis zijn, of een verhuizing, of een staat van werk (?), overlijden van een vader of hoe dan ook, maar Fact is de nederlandse .... Vroeger was het eigenlijk ACT.
R2:Vroeger was het eerst ACT..
R1:Ja bij ACT wordt eigenlijk iedere cliënt besproken, komen allemaal op het bord. Casemanagement, alles is shared caseload.
O2: Oke dus het heeft meer te maken met de manier van werken ook als ik het zo goed begrijp. En de doelgroep, de doelgroep is multicomplex.
O2:Dus jullie werken met verschillende doelgroepen naast mensen met een vroege psychose als ik het zo goed begrijp.
R1De cliënten zelf hebben veel complexe problemen, veel sociale problemen met dubbele diagnoses. En ze zijn zorgmijdend
O2:Ze zijn zorgmijdend?
R2:Ja, wel eerste psychose allemaal eerste psychose.
O2:Dus het is complexer en ze zijn zorgmijdend. Ik zag ook dat, dan sla ik wel al een paar stappen over maar ik zag ook dat jullie deze mensen actief benaderen. Echt mensen bij wijze van straat plukken om ze dan te behandelen?
R2:Dat zal een enkele keer wel kunnen gebeuren ja. Maar meestal is het zo dat er geen verklaringsmodel is en dat mensen dan ge... om tien over drie op maandag bij ons te komen.
We zoeken de mensen op zeg maar, we zijn heel erg present.
O1:Hoe doen jullie dat dan? Het opzoeken van mensen?
R2: Bij ze langs de deur gaan.
O2:En doen jullie dat dan als ze niet op een afspraak komen of al voor het behandeltraject is begonnen?
R1:Voor het behandeltraject is begonnnen en dat is echt krachtsgericht werken met de methode systematisch rehabilitatiegericht handelen
O2:Sorry hoe heette dat?
Hahaha.
R1:Systematisch rehabilitatiegericht handelen.
O1: Zouden jullie daar een korte uitleg van willen geven?
R1: Dat mag je even nakijken misschien, dat is niet belangrijk voor jullie onderzoek te volgen en omdat we onze... bespreking nog moeten doen.
O2:Nee, daar heeft u gelijk in.
R1:Herstelondersteunende zorg is dat volgens het SRH principe.
O2:Herstelondersteunende zorg ja, die komt wat bekender voor.
O1:Ik had nog even een vraagje want we hebben nu heel veel teamleden gehoord, is dit het hele team of hebben jullie nog andere mensen in het team?
R1:We hebben nog een trajectbegeleider, nog een verpleegkundige opleiding voor SPV, we hebben een huisartsenopleiding, we hebben klinisch psycholoog een opleiding en we hebben een samenwerking met verslavingsdeskundige.
O1:Om maar gelijk met de deur in huis te vallen met de verslavingszorg, hoe gaat het op dit moment deze samenwerking?
R1:Wij werken incidenteel samen met verslavingszorg omdat dit niet tot onze tevredenheid is. Op uitwerkniveau gaat dat wel, om een shared caseload te doen met verslavingszorg. Maar echt om goede afspraken te maken of cliënten over te nemen van elkaar dat is lastig.
O1:Wat maakt dat precies lastig? Ik hoorde jullie net al zeggen dat jullie een andere werkwijze hebben?
R2:Het is lastig om te kijken wat staat voorop? Is het de psychiatrie of verslaving? Dat is wat wij regelmatig terugkrijgen van (....) Staat psychiatrie voorop dan moet die behandeld worden. Terwijl wij ook denken dat de verslaving behandeld moet worden. Het is vaak allebei en wat wij dan vaak doen is deze mensen psychiatrisch behandelen of proberen op verslaving wat te bereiken. Maar als het na een tijdje niet lukt, dan is het denken wij beter om de insteek van de verslaving mee te nemen. Sommige dingen gaan ook gewoon niet over.
Nee.

O2:Als ik jullie zo goed begrijp willen jullie graag dat het goed behandeld wordt, dat het eigenlijk door de samenwerking van verslavingszorg niet mogelijk is en dat het een soort opeenvolgende behandeling wordt. Eerst het een en dan het ander.
R1:Dat klopt niet, want bij systematisch rehabilitatiegericht handelen, is IDDT eigenlijk.
O2:Ja Integrale Dubbele Diagnose Behandeling.
R1:Dat is eigenlijk hetzelfde als werken met levensdoelen en Reinforcment heb je ook. En wij hebben in het handboek van Vroege Psychose een methodiek beschreven daar mag je naar gaan kijken, voor de verslavingszorg. We zitten op ongeveer 55% dubbele diagnose en dat wordt ongeveer 15%. En dit is gigantische goeie cijfers, Omdat we kwalitatieve goede mensen zeggen (?): je mag niet blowen enzo.
O2:Sorry dat laatste... jullie hadden eerst 55% dubbele diagnose en dat is naar 15% gegaan?
R2:Mensen stoppen gewoon met gebruik.Een hoog aantal.
O2:En dat is met een methode die vanuit jullie komt uuuuh.. die sttaat in het handboek vroege psychose?
R1:Handboek Vroege psychose staan er twee bladzijdes over.
O2:OOOOHhh dat is dat team in N inderdaad dat heb ik gelezen... dat is dat team in N..
R2:Ja dat zijn wij hahaha
O2:Er staan inderdaad twee bladzijdes in over een Best Practise en dan staat er een team uit N maar dat zijn jullie dus.
R1:Ja.
O2:Oke nu valt het op z'n plek.
O2:Bij jullie gaat het dus heel goed?
R1:Nou... dat is eigenlijk iets anders. Maar het gaat gemiddeld beter dan heel veel andere zorgteams. Vanwege ht systematisch vanuit een krachtgerichte benadering zonder dat je de hele tijd zegt, daar waren jullie bij, ik heb ook gezegt ik geloof niet zozeer in motiverende gespreksvoering dat dat een goed idee is.
R3:Als je graag wil luisteren naar cliënten dan moet je dat niet eens doen.
O1:Waarom moet je dat dan niet doen? Dat is me nog niet helemaal duidelijk.
R1:Die jongeren horen dat al hun hele leven van school, van moeder, van vader. Dat zeggen ze allemaal en ze weten ook van binnen dat ze niet moeten gebruiken.
(....) ondermijnend voor al die richtlijnen. Maar ik denk dat als je motiverende gespreksvoering doet dat je uitgaat van de behoefte van de hulpverlener om de verslaving te verbeteren. Het is niet mijn probleem dat mensen verslaafd zijn.
R3: Christina zegt ook dat als wij blijven praten met mensen dan lossen we eigenlijk helemaal niks op eh. Die mensen gaan thuis zitten, die hebben last van hun klachten en proberen met drugs en andere middelen een beetje wat rust in te brengen. We streven naar activiteiten op werkgebied, op sportgebied of vrienden, andere gebieden buiten het drugsgebied dan komt die behoefte ook minder naar buiten.
O2:Dus jullie zeggen eigenlijk dat de sleutel tot succes eigenlijk in de omgeving ligt.
R3: Nou weer deelnemen, activeren. Mensen zijn vaak overal uit, zitten geisoleerd of met vrienden te gebruiken en die krijgen daarbij ook hun klachten niet mee onder controle. Dus we proberen ook het zelfregie weer te laten groeien. Want niemand wordt geboren met ik ga flink drugs gebruiken in m'n leven dat zal m'n doel worden.
R2:Het is dus wel dat omgevingsfactoren een grote rol spelen altijd ja.
R3: Als ze vertrouwen krijgen dat ze iets kunnen brengen of ook vertrouwen krijgen in anderen gaat het gebruik naar beneden. Dat kan terugvallen natuurlijk weer. We zien wel dat veel beter werkt dan op een kantoor een uur lang praten over waarom zal je stoppen met het gebruik.
O2: Zouden jullie misschien iets van een voorbeeld kunnen geven van hoe jullie dat aanpakken? Gaat dat meer om het zoeken naar werk? Hoe pakken jullie zoiets aan?
R3: Precies we zoeken naar werk en we hebben de trajectbegeleiders in het team. Die hebben daar een belangrijke rol in en die kunnen zeg maar eh geen werkplaatsen eh dingetjes in elkaar zetten maar gewoon betaald werk.
R2: We werken ook volgens het IPS model en daar gaat het om dat je niet hoeft te stoppen voordat je gaat werken en dat je ook gewoon starten met werk. Daarom is de kans op stoppen lager.
O1: Het is een beetje andersom dan wat ik voor andere teams hoor, dat de motivatie meer komt van het juist al doen. Zoals eerst de gesprekken en het dan pas nog oppakken?
R3:Ja en ook door het present zijn kun je vragen naar de drijfveren van mensen en om daar proberen wat bij aan te sluiten en daar ook kleine succesjes in te behalen merken we ook dat mensen lekkerder in hun vel gaan zitten en daardoor kunnen ze weer kleine stapjes of grote stapjes maken.

R1:Als mensen bij ons worden aangemeld weet je heus wel of ze wel of niet gebruiken en ik zie ehhh. blowen. Maar wij zeggen niet je moet stoppen of dat verergert de psychose, nee dat hebben ze allemaal gehoord. We zeggen alleen; we hebben gehoord wat je gebruikt, is dat iets dat wij tot thema moeten maken?
O1:Hoe doen jullie dat zeg maar in de intake of in de diagnostiek van iemand?
R1:Ja dat wat ik net zei heb ik in de intake als ik erbij ben maar andere mensen hebben ook andere dingen.
R1:Maar het allerbelangrijkste is dat de cliënt op 8 levensgebieden zelf de doelen formuleert.
O2:En met betrekking tot verslaving kaarten jullie dat dus niet echt aan, merk ik.
R1: Niet dat we daar echt iets mee moeten maar we maken het wel bespreekbaar.
O1:Maar niet van je moet dit en je moet dat. Maar niet van je moet dit of je moet.
R3:Referentiekader van iemand zelf wat iemand als een kracht ervaart eh. Ervaart iemand zijn probleem wat ie wil als een doel is? En als daar geen drugs in gebruiken of stoppen in voorkomt dan gaan wij het ook niet ons probleem maken. Maar het kan wel zo zijn dat het doel eventueel niet gehaald wordt door drugs maar dan komt het vanzelf wel naar boven.
O2:En gebruiken jullie daar ook een hulpmiddel voor bij de intake, zoiets bij een vragenlijst ofzo of dat is meer?
R3:NeeOnze intakes zijn niet zo dat we papier voor ons hebben het is vrij eh. Het is meer een wandeling maken of een kop thee drinken of een eehhh en drie gesprekken later erop terugkomen.
R4:We zijn niet zo van de protocollen.
02:Heel laagdrempelig en persoonlijk
R3: Ja, ja, we gaan ook meer naast mensen staan en daar hebben we ook heel veel succes mee dat we weer iemand hebben om doelen op te stellen en om met iemand te werken. In plaats van een hulpverlener die zegt wat wel en niet verstandig is.
O1:Dus het is zeg maar meer wat wil de cliënt en daar passen jullie jezelf op aan in plaats van oh iemand is verslaafd dus daar moet nu wat mee gebeuren zeg maar.
R3:Ja
O1:Oke duidelijk
R4;Ja en sommige cliënten zijn wel verslaafd en die dat moeilijk vinden om te veranderen hebben we wel een samenwerking met IrisZorg (...)
O1:En dat ging niet zo lekker hoorde ik al?
R3:Oh ik heb zelf al gegeven (?) ik weet niet wat je gehoord hebt
O1:Oh nee ik dacht dat jullie dat net zeiden
R2:Nee de samenwerking die niet altijd soepel verloopt.
R1:Ja en de Libermann wel die goed verloopt.
O1:Oooooh oke.
O2:En jullie hebben een verslavingsdeskundige die daar werkt, en daar werken jullie mee samen als het goed is.
R4:Jaaa er komen daar eigenlijk twee deskundigheden samen psychiatrie en verslavingszorg.
O1:Ja precies, en is er ook in jullie team behoefte aan meer deskundigheid?
R2:Ja, wat mij betreft wel. Ja, als je kijkt naar ons model en de score dan zie je dat we laag scoren op de aanwezigheid van verslavingsdeskundigheid.
O2:Bij wat voor problemen uit zich dat dan bij jullie in het team?
R3:Misschien moeten we toch wat meer modelmatig, wat stapsgewijzer aan te pakken. Want we zijn heel goed in het intuitieve werk zoals naast de cliënt staan en samen zoeken maar soms is het ook beter om methodischer te werken.
O2:En missen jullie dan iets van methodieken van verslavingszorg of gaat het meer om kennis over verslaving
R3:Weinig.. ja weinig ik heb daar zelf een andere.. .. wat wij doen dat werkt. Eigenlijk hebben wij die tools en als wij goed gaan kijken voeren we die tools niet uit maar over de linie hebben we presentiegericht werk. Het is net als de triadekaart bij de familie weleens een plan gemaakt voor de verslaving, tegen mensen gezegt jij moet bepaalde wijken niet inkomen en we hebben met mensen uitgezocht welke drugs welke schade hebben. Wij problematiseren wel maar niet structureel genoeg.
O1:Oke, mag ik even inhaken op de samenwerking met de verslavingszorg want dat vinden wij heel interessant voor ons onderzoek. Want ik hoor nu verschillende geluiden dat het soms wel lekker loopt en soms niet en wat is het gene wat wel lekker loopt en wat is het geen dat maakt dat het niet lekker loopt?
R3:..... Ja ik heb net wel gezegd dat het op uitvoerend niveau wel lekker gaat, we kunnen elkaar wel vinden. Wat (naam) net ook vertelde wat staat voorop, psychiatrie of verslaving. Soms moet je een cliënt van elkaar overnemen en dat loopt niet zo soepel.

R4:Ja waar ik ook nog wel eens tegenaan gelopen ben is dat een cliënt clinisch opgenomen moest worden en dat verslavingszorg daar ook niks mee kon omdat ze geen programma hadden voor mensen die clinisch opgenomen waren.
R2:Er was dus geen programma voor dus het sloot niet aan.
O:Nee.
R3:Zij werken natuurlijk ook met motivatie eh en wij werken zonder motivatie. En daar zit ook een visieverschil aan onze beide kanten. Ja meneer wilt ook niet dus dan doen we daar ook niks mee
Ja.. ja...
O1:En als jullie de ideale situatie zouden willen schetsen, hoe zal die er dan uitzien met betrekking tot vroege psychose en verslavingszorg binnen het team? Wat zou voor jullie ideaal zijn?
R4Ik zou wel iemand van ..... in het team willen hebben ... (?)
O1:Dus echt wel de kennis binnen het team.
Ja.
O2:En is daar budget voor trouwens? We horen bij andere interviews dat ze het graag ook zouden willen hebben maar dat er simpelweg geen budget voor is.
R;Ja.. hahaha dat is in heel de GGZ .
R3:Ja en je krijgt nu dat je verschillende loketten blijft houden eh want je krijgt nu de discussie wie het nou draagt
R2:Of het dus onder verslaving valt of ehhhh...
R4:Dan krijg je nu wij zijn van dit en jullie zijn van dat en dat werk niet
R1:Maar ideaal zou zijn als wij tijd zouden hebben dan zou je wel eens een middagprogramma of een dagprogramma kunnen aanbieden samen met de verslavingszorg en zou je bepaalde dingen kunnen ontwikkelen of modules kunnen creeeren die in een bepaalde fase zijn, die korter zijn en meer geindividualiseerd zijn.
R3:Libermann is het aanleren van vaardigheden en wat daar aan scheelde, niet onaardig gezegt maar dat het te betuttelend was. Dus er werd wel heel erg gezegd het is verstandig om dit, het is verstandig om dat te doen. Maar ik zou dan denken, laten we dat ook gaan uitvoeren. Als het zo verstandig is om iets te doen, neem die club mee en laten we dan ook wat gaan doen. Er zit een hele theorie achter. En dat vind ik soms een (...) van hulpverlenen dat het erg theoretisch blijft dan gaat iemand naar huis en dan ja.. stappen in het vervolg is dan toch moeilijk (?)
Het is beter om het op praktijk te richten in plaats van...
(....) 22:36
O1:Eeeehm ik zit even te kijken wat we hier hebben staan. Ik denk dat we al veel onderpen hebben besproken. Zijn er nog dingen die jullie kwijt willen wat betreft verslaving en psychosezorg? Dat wij misschien kunnen meenemen in ons onderzoek of.
R1:Ja, dit had ik ook bij het Trimbos gezegd maar er is een groep van ongeveer 10% van onze cliënten maar die is ook bekend met IrisZorg die ongelooflijk resistent (?) voor eigen (?) interventie die coke gebruiken, en ook alcohol. Dus dat is eeeh dat is vrij ingewikkeld hoe je dat kunt organiseren.
O1:Daarom (....) merken wij dat dat de verslavingszorg daar ook niks in kan.
R2: En zit dat verslavingszorg toevallig een beetje bij jullie in de buurt?
Ja
R1:Wat ook een factor is is dat het ACT team behandeld maar maximaal 5 jaar en daarna moet het uitkomen naar een huisarts of naar een FACT team of naar een wijkteam, Iriszorg kan ook.
R3: Dus dat is dan... eh dan moet je een keuze maken van waar gaat iemand naartoe? Het liefst naar de huisarts natuurlijk. Ja tegen die groep waar (naam) het over heeft die die ja, verslaafd blijft. Een groep die redelijk heb maar waar je ook..... niet zoveel verder mee komt. Die heeft gewoon onderhoud nodig zal ik maar zeggen. Iets dat niet gericht is op verandering maar dat je het gewoon stabiel houdt. Als je samen met IrisZorg zoiets samen kan opzetten.
Ja precies, ja oke oke.
O1:Ik denk dat we al veel gevraagd hebben.
O2:Ja ik zit ook te kijken, we hebben alles gehad diagnostiek behandeling methodieken, nazorg....
Ik denk dat we op zich genoeg hebben zo... en dan willen we jullie bedanken voor de tijd.

3.3. U

I staat voor interviewer. Er waren 2 interviewers aanwezig, deze worden aangeduid met I1 en I2
R staat voor respondent. De twee respondenten worden aangeduid met R1 & R2.

I1: in ieder geval heel erg bedankt dat we hier mogen zijn, daar zijn wij echt super blij mee en eehu ja, zullen we een kleine introductie doen? Jaja,
R1: ja ik was ook bij de NVP-vergadering ik heb jullie gezien, jullie optrede
I1: haha, oké het gaat dus over psychose en verslaving, en die combinatie en hoe dat dan ehuu… in zijn werk gaat in de psychiatrie kan en in de verslavingskant, daar zijn we heel erg geïnteresseerd naar euum... ja zullen we nog even voorstelen wie we zijn haha...
I2: ja dat is goed
I1: naja ik ben Irene, we hebben net ook al een beetje verteld, wij doen SPH en we zijn nu in het vierde jaar en dit is voor ons afstudeeronderzoek... en ehuu...
I2: ik ben Olivier ook vierde jaar
I1: en ehuu ik was eigenlijk wel benieuwd wie jullie zijn en welke functie jullie hebben
R2: mmm... nou ik ben (naam), ik werk als ervaringsdeskundige bij ABC
I1: oké, oh leuk
R1: nou ik ben (naam), in ben ehuum leidinggevende van ABC en ehuum
I1: oké
R1: en verpleegkundige van achtergrond
I1: oké, En zeg maar uhum uit welke samenstelling bestaat jullie team?
R2: divers ehum
R1: ja even kijken ehuu psychiaters, psychologen, casemanagers en die hebben een SPH-achtergrond of vp-achtergrond, traject begeleiders, die hebben we ook, SPH-achtergrond, dat zijn mensen die ehuum met namen casemanagement doen rondom werk en studie. Ehuum... hier op de kliniek hebben we verpleegkundige SPH'ers twee ervaringsdeskundige, een gastvrouw die zich op de rand van hulpverlening en begeleiding bij huishouding geeft
R2: en een geestelijk verzorger
R1: ja en een geestelijk verzorger ehum klein ehuu stukje, dus vrij divers
I1: ja inderdaad
R2: en leefstijlcoaches dat ook nog, ja ehuu die ruimte hebben om bij het thema leefstijl stil te staan
I1: oké
R1: ja leefstijl in de breedste zin van het woord, dat gaat over gezond eten en dat soort dingen, lichamelijke gezondheid, ehuu maar ook over bijv. middelen gebruik. Ja eigenlijk alle zaken die je maar kunt bedenken die te maken hebben met ja, een goede leefstijl.
I1: oké, en hoe gaat dat dan? Is dat individueel of in een groep?
R2: dat is individueel, ja, elk jaar worden mensen gescreend, ook omdat ehum... het gebruik van antipsychotica een grotere kans heeft op het methanol syndroom, dus dat moet sowieso geprikt worden, ehuum en daar wordt naar gekeken elk jaar en als mensen nieuw hier ehum in programma komen dan ja, dan komen ze een aantal keer langs en dan wordt er zeg maar een soort programmatje zeg maar als leidraad doorgenomen om de leefstijl in kaart te brengen
I1: oké, oké, en daar wordt dan ook, omdat wij natuurlijk daar onderzoek over doen, word het stukje verslaving drugs, alcohol en middelen gebruik ook hierin meegenomen?
R2: ja, het kopje middelengebruik is daar ook een onderdeel van, en dan wordt er gekeken van goh wil iemand daaraan gaan werken, zijn er doelen en dan ehuu kan iemand daar ook in gecoacht worden.
I1: oké, oké en gaan jullie daar dan alleen op in als iemand die doelen heeft, van goh ik wil van mijn verslaving af of is dat sowieso iets waar jullie op ingaan?
R2: nee daar gaan we sowieso wel op in, ja ja zeker wel
R1: het is altijd gespreksonderwerp en of iemand daar wat mee doet, ja dat is dan de vraag…maar het is voor ons altijd wel een aandachtspunt want de combinatie middelengebruik en psychose gevoeligheid dat is niet echt een goede combinatie
I1: nee ja precies ja
R1: maar goed daar kunnen wij van alles van vinden, maar de mensen zelf die ehum moeten daar ook wat van vinden
I1: ja ja precies oké want ik had zeg maar ook vragen over als iemand hier binnenkomt, want je hebt dan zeg maar een leefstijlcoach diegene gaat dan ik in op het middelengebruik, word het sowieso besproken als iemand hierbinnen komt?

R2: ja want sowieso in de intake, word nou, de hele voorgeschiedenis ook besproken en dan komt het misschien ook al aan bot he, dat nou iemand in het verleden drugsgebruik ook een rol heeft gespeeld bij de psychose, soms ook niet, maar er wordt altijd naar gevraagd en je krijgt een casemanager toegewezen, je eerste contactpersoon en daarmee ga je uhum het behandelplan opmaken en dan is dit dus ook altijd een onderwerp dat besproken wordt
I1: oké, ja, ja want we horen ook wel eens van een team van goh we zijn daar eigenlijk heel handelingsverlegen in want we weten niet zo goed hoe we het aan de kaart kunnen brengen, ervaren jullie dat ook of...
R1+2: nee eigenlijk helemaal niet
I1: oké en is dat dan ook omdat het al standaard besproken wordt of...
R1: nou dat is een kip en een ei vraag, ja, we hebben ooit afgesproken dat dat moet, dus doen we dat ook vaak merk je ook wel bij iemand dat er op dat punt iets speelt, maar het is wel de kunst om het zo te doen dat je niet afwijst. We weten allemaal dat er negatief tegenaan gekeken wordt, dus als je hier kom dan voor je gezondheid en wij gaan lopen zeuren van ja dat is niet goed en het mag niet, ja dan zijn we elkaar gouw kwijt, dus het is in eerste instantie om duidelijkheid te krijgen over wat speelt er op dat punt. Gebruik je, wat gebruik je waarvoor gebruik je, nou dat soort vragen en pas daarna van wil je er ook wat mee en weet je wat de gevaren ervan zijn, nou dat
I2: gebruiken jullie daar ook specifieke vragenlijsten bij?
R2: nee, gewoon een gesprek anders wordt het weer zo afstandelijk
R1: ja we moeten erover in gesprek komen met elkaar, niet ehum een lijst afvinken maar meer het gesprek daarover
I1: ja, ja
R1: er gebeurt ook heel veel rondom middelen gebruik hier in huis, en ja wij keuren het af. Wij vinden dat onverstandig om te doen en we weten dat het gebeurd en dat het bij jongeren past en die hiermee willen experimenteren, maar omdat wij met jongeren te maken hebben die problematisch gebruiken of zeggen we van nou hier in huis mag het sowieso niet, strikt gezien vinden we ook niet dat je erover moet praten, we houden het binnen de behandeling, maar niet onderling dat je moet voorkomen te verleiden en dat soort zaken en daar zijn we wel, in principe zijn we er streng in. Er staat wel een sanctie op, toevallig waren er gister 3 jongens die geblowd hebben, en dan gaan ze of met verlof, of een waarschuwing of hun verblijf wordt besproken, dan mogen ze nog wel de behandeling maar kijken we wel of ze hier nog mogen verblijven.
I1: dat is wel streng inderdaad
R2: ja maar daar moet je denk ik ook wel duidelijk in zijn
R1: ja maar wel vanuit het begrip hoor, het is niet zo dat, je kan er wel heel star in zijn maar je kan wel begrip hebben voor de situatie, maar mensen moeten wel weten dat het, ook naar anderen, belangrijk is dat we er wel regels in hebben, maar dat en als je dat toch gaat overschrijden omdat je dat niet belangrijk vindt, dan rest ons niet veel anders om dan maar te zeggen van, tot hier en niet verder.
I2: ja ja
I1: ja en in de ambulante zorg, is dat ook zo ehuu
R2: het is zo dat je hier in de groepsmomenten, dan is het niet de bedoeling dat je hier onder invloed komt, en dat is dan wel de afspraak van ehum dan ga je gewoon ergens anders heen om je broodje te eten haha ja, dus dat is niet de bedoeling, maar voor de kliniek is het wat scherper omdat je hier dan ook veel meer bent
I1: ja ja
R1: ik denk dat 1/3 van onze klanten een relatie met drugs heeft, maar dat zijn wel de mensen waar mee we moeten willen werken, dus is het wel van de kunst om met hun een goede relatie te hebben, ondanks het feit dat ze gebruiken, dus dan is dat constant afwegen, van wat moeten we doen zodat mensen blijven komen
I1: en ehum ik hoorde ook net een beetje over de teamsamenstelling, ehuu... zit er ook een verslavingsdeskundige in jullie team? Of...
R1: nee
I1: ehu nee oké, en missen jullie dat? Of gaat dat oké?
R1: nou we hebben niet een verslavingsdeskundige, in de zin van dat iemand geschoold is, maar wel mensen ehuu met ervaringskennis op middelengebruik, en die zetten we wel in
R2: en we hebben nu ook wel ehuu meer contact met Y**(naam verslavingszorg instelling) hierachter want die doen ook af en toe deskundigheidsbevordering, zeg maar ehuu hier in het team, dus dan is bij iedereen even de ehuu ja de kennis geüpdatet zeg maar, dat je weet wat je bij specifieke dingen kunt doen en zo of wat er mogelijk is of waar je naar kan doorverwijzen
I1: oké, jullie hebben daar dan een beetje een ehuu samenwerkingsverband mee, dat jullie kennis uitwisselen?

R2: ja, ja
I1: ja, oké, en in de behandeling, zijn hun daar dan ook bij betrokken? Of is het meer de kennis?
R2: nou we verwijzen wel vaak door... en
R1: soms ja als het echt problematisch gebruik is, dan pikken hun dat deel op
I1: oké, en hoe gaat dat dan die samenwerking en doorverwijzing?
R2: ja dat weet ik eigenlijk niet zo heel goed, ik hoorde wel vanuit de jongeren, hoor ik er niet zo heel erg veel over. Sommige die ook echt wel een succesvol traject hebben gedaan, die gaan ook vaak zelf opzoek naar een behandeling en die komen ergens anders terecht, naja ik ben geen casemanager, dus vind het ook lastig om te beoordelen. Maar ik heb zelf het idee dat het niet heel gesmeerd loopt zeg maar, dat er nog wel meer in de samenwerking kan gebeuren, ja, dat die lijnen wat korter zijn zeg maar, ik den dat dat wel ehum, ja, ik denk dat daar nog wel winst in te behalen valt, ja
I1: oké, ja dus echt die kortere lijntjes, en ehuum, ja want hoe werkt da nu, iemand komt hier een beetje kennis overdragen en dan…
R2: ja, eens in de zoveel maanden dan ehum dan een vast tijdstip voor deskundigheidsbevordering, daar wordt dan een ehuu agendapunt van gemaakt en dat proberen we eens in de zoveel tijd terug te laten komen. En dus ook ehuu, we hebben dus ook een leefstijl week, daar worden zij dan ook in betrokken en dan komen zij ook een soort quiz doen hier met de jongeren zelf en dan ehum ja, nog een stuk is dan inderdaad het doorverwijzen, als iemand met zijn casemanager bespreekt van ja er moet nu wel echt iets gebeuren en ja dat is de kortste lijn die we hebben dan zeg maar, dus daar kunnen ze dan ook terecht voor module of iets...
I1: oh oké en gaan jullie dan ook wel eens mee naar die behandeling?
R1: soms, de casemanager soms, maar dan gaat het vooral om het kader van het behandelplan bespreken ofzo het is niet dat we echt een rol hebben in de behandeling daar, dus niet tussen de jongeren in in de behandeling daar
I1: en hoe werkt dat dan?
R1: hoe werkt wat?
I1: ja, die samenwerking, ja ehuum… ja hoe zeg je dat we horen ook namelijk wel eens van goh we gaan mee naar de behandeling en we hebben er een kort lijntje over en zo. Is dat lastig dat dat hier niet zo is, of is het juist fijn?
R1: naja kijk, misschien is daar meer uit te halen, durf ik niet zo te zeggen, aan de ander kant denk ik ook van… ehum onze visie is ook eigenlijk dat jongeren daar zelf wat mee moeten, dus als ze het niet bij (naam) of mij doen, dan en daar dan, goed daar kunnen we in bemiddelen, en ja, ze moeten daar uiteindelijk toch zelf heengaan en zelf naar toe gaan en ja als ze daar dan niet komen en we krijgen daar een signaal van ja dan ehuu zullen we dat met die mensen bespreken, het belang daar van en … maar we zullen niet zo gouw denk ik echt mensen …
R2: aan het handje meenemen en dan …
R1: nee, nee we proberen niet zo voor elkaar te krijgen dat ze daar heen gaan, en het gaat ook over zelf gemotiveerd zijn en zelf de noodzaak zien, en ehuu dat ze het niet voor mij moeten doen
I2: hoe wakkeren jullie die motivatie precies aan?
R2: nou door met je casemanager sowieso, om daar gesprekken mee te hebben zo van hoe zit het nou ehuu hoe zit het nou een beetje met je gebruik... en we ehuu hebben hier een middelengroep dat is een wekelijkse groep waar ehuu mensen samenkomen die hu ja of na die middelen gebruiken en sommige vinden zichzelf dan ook wel echt verslaafd en sommige twijfelen daar nog aan en ik ga dat onderzoeken en dan ga je met elkaar dus eigenlijk kijken van hoe zit mijn gebruik in elkaar en hoe aak gebruik ik dan en ja wat vind ik daar eigenlijk van, zit het me in de weg, of helpt het me juist bij heel veel dingen ehuu.. Waarom doe ik het eigenlijk als het me in de weg zit en ehum ja dat soort dingen en ehuu ja dat is dus een peer supportgroep, dat is geen behandelgroep, dus dat zijn ehuu allemaal mensen die dus ehuu ehuu ja een verleen hebben gehad of nog actief in gebruik zijn en ehum ja het wordt dan dus ook begeleid door een ervaringsdeskundige medewerker van hier
I1: oké
R2: ja, ja en dat is dus geen behandeling maar meer een supportgroep om te kijken van hoe jou gebruik nou in elkaar zit en ja wat je daar dan eventueel mee zou willen, ja
I1: oké, dat is wel interessant, en hebben jullie dan ook wel eens, aan klanten noemen jullie dat… ik noem het altijd cliënten
R2: ja klanten of cliënten
I1: ja, hebben jullie dan wel eens aan cliënten gevraagd wat ze daar van vinden? Of dat het werkt? Of dat ehuu ze er iets uithalen
R2: ja, ja, zeker, ja kijk ze komen allemaal vrijwillig natuurlijk bij die groep, je moet niet, behalve als je in de kliniek opgenomen bent, dan moet je meedoen aan het groepsprogramma en als middelen

gebruik bij jou op je lijstje staat, dan moet je in elk geval langs, en als dar dan heel veel weerstand in is dan ehuu ik geef les aan die groep, dan ga je individueel met iemand in gesprek en dan vraag je van goh wat verwacht je er nou van en ehu wat staat je tegen en dan leg ik uit he hoe die groep in elkaar steekt en van kom gewoon een keertje kijken, en dan is die brug vaak wel gelegd en ehuum ja, het is een groep wat ze voor een groot gedeelte zelf in de hand hebben en dat ja die middelen niet verheerlijkt worden maar dat je laag ingaat, van he wat zit er nou achter en waarom doe je het nou… en wat levert het op wat is lastig en ehuu, dus ja we proberen dat naar boven te krijgen, dat ze daar woorden voor gaan vinden en ehum ja, waarom doe ik dit nou eigenlijk en ehuu ja en over het algemeen word het wel echt he, heb ik het idee, wel echt hé als steunend ervaren dat ehuu bepaalde gasten ook ehuu heel diep in gebruik zaten en dan komen ze toch weer, week naar week en dat je soms denkt van goh hoe moet dit nou verder en moet je niet ehuu heel snel een ticket naar zuid Afrika gaan boeken en gaan afkicken, maar ja, he dat moet je ook de tijd geven dat het bij iemand zelf kan gaan rijpen van nou ik moet er nu wat mee, en ehuu dat ze dan echt enorme stappen maken en dat ze weer terugkijken van ja dat is toch wel erg fijn geweest dat ik hier ehuu terecht kom, bij deze groep, ja ook dat als ik de fout in was gegaan dat er word doorgevraagd van waarom gebeurd dit..
I1: en heb je ook het idee dat zij elkaar beter begrijpen dat...
R1: nou ja, dat is wel een belangrijk element van die groep, dat ze met elkaar er ook over na kunnen denken en elkaar ook kunnen sturen
R2: ja want een bepaald verslavingsgedrag dat gedraai he en dat allemaal een beetje mooie maken, dat hebben ze zo van elkaar door, dus dat kan je als behandelaar wel zeggen, maar dat komt veel beter binnen, harder binnen, als een mede deelnemer tegen je zegt van wat zit jij nou ehuu... ja ja, dus dat werkt gewoon heel goed dat ze elkaar ook kunnen ondersteunen en echt wat hebben aan elkaar dus niet alleen maar ja, dat je niet alleen wat komt halen, maar ook wat komt brengen in zo'n groep.
I1: is wel heel mooi denk ik
I2: ja in R hadden ze dat ook, daar zeiden ze ook het werkt veel beter als je eigen lotgenoot het zegt dan dat je het van een begeleider hoort...
R2: ja ja
I1: ja vind ik wel heel mooi, het werkt wel heel goed volgends mij
R2: ja ja
I1: en ehhuu want jullie doen zeg maar dat dat soort dingen en jullie bespreken het in de lijstjes… of juist niet in de lijstjes maar in de intake en zijn er nog meer ehuu methodieken of theorieën die jullie daarvoor gebruiken?
R1: nou wat ik wel heel belangrijk vind ehhum in het kader van verslavingsbehandeling of in het kader van middelen gebruik is ehuum dat kwam ehm bij jullie ook een beetje aan de orde en wat een heel belangrijk element is in onze behandeling dat is de rehabilitatie
I1: ja oké ja
R1: ervoor zorgen dat je naja je bezig houdt met participatie dus nou he weer gewoon volwaardig meedoen in het maatschappelijk gebeuren, dus gewoon naar school, werken en aandacht hebben voor je sociale contacten en noem maar op en dat ik er van overtuigt ben dat aandacht daarvoor en zorgen dat dat weer op poten komt maakt ehmm… dat middelen gebruik steeds meer naar de achtergrond verwijd, want er word heel veel gebruikt door leegte en ehuu geen vooruitzicht en de focus op alleen maar dat je psychotisch bent geweest of ziek bent geweest ja dat dat dramatisch is, dat is het ook, maar goed daar kunnen we met elkaar heel veel over gaan praten, maar toekomstperspectief dat is heel belangrijk
I1: ja dus die participatie die helpt dan om om…
R1: ja want daaruit ga je ook ervaren hoe belangrijk het is om nuchter te zijn om goed mee te kunnen doen op school, of ehum nou ja, als je dat belangrijk gaat vinden, dan...
I2: word dat door de casemanager gedaan?
R2: Ja
R1: ja en die houdt ook echt die heeft ook echt de programma's en een traject erop laten zetten, als iemand bijvoorbeeld zegt goh ik wil graag naar school of ik ga opzoek naar een opleiding, dan gaat daar veel aandacht inzitten om daar mee aan de slag te gaan
I2: is dat dan IPS?
R1: ja dat gebruiken we ook ja
R2: ja dat is wat de casemanager doet, maar ook de trajectbegeleider, die begeleid ook specifiek op school of op betaalt werk, of op vrijwilligers werk
I1: ja

R1: ja ja nou die stappen die gaan van de behandeling van het ABC. Participatie dat is belangrijk, want van daaruit komt, mocht je last hebben van je psychose of je stemmen of van allerlei andere psychische klachten en mocht je daar wat mee willen, dan komt daar de motivatie uit
I1: ja precies, oké
I1: en wat zijn jullie ervaringen hiermee, want ik kan me zo voorstellen, ja ik heb nooit gewerkt in deze sector of ambulant, of een psychose en een verslaving, maar ik kan me zo voorstellen dat als je een psychose en een verslaving hebt dat het hee lastig is om weer naar school te gaan of dat soort dingen... en hoe krijgen jullie het dan toch voor elkaar dat mensen dat dan weer op pakken? Of zo snel weer…
R2: ja maar ik denk dat iedereen wel vlammetjes in zich heeft of weer dingen wilt gaan doen, en daar ga je over in gesprek weetje wel van wat wil iemand en wij gaan niet bedenken van goh het zou weer goed zijn voor jou dat je weer dit gaat doen... maar ook als je denkt van goh iemand is misschien ehuu nog wel wiebelig, maar iemand heeft wel gewoon de wens om ook de school weer op te pakken, dan gaan we dat gewoon mogelijk maken hoe dat ehum ja met eventuele aanpassingen en afspraken met school dat dat weer gaat lopen en wat iemand dan dus echt zelf wilt
I1: nee oké, dus er wordt niet gezegd van goh het is voor jou belangrijk om weer een baan ofzo te zoeken maar meer van, joh wat wil je zelf en ja…
R2: ja ja
I1: een ehum ja dan heb ik nog de vraag wat jullie minder vinden gaan met de verslavingszorg en de vroege psychose, wat jullie als verbetering zien, of ja de ideale situatie… wat missen jullie nou… of missen jullie niets
R2: ja voor hier mis ik wel, zeker bij de groep, als als mensen op een begeven moment klaar zijn om echt iets te gaan doen, zou ik het fijn vinden als ik beter... ehum ja betere kennis zou hebben van goh nu is het goed ehuumm, ja nou sowieso waar je terecht kan en een wat breder pallet, en voor die mensen is die plek misschien weer prettiger dan voor die... ja zo van wat past bij ehu verschillende individuele wensen en ehum, zodat je dus ook sneller door kan pakken als iemand er echt klaar voor is, dat er wat meerdere lijnen uitstaan die je dan ook gewoon in kan zetten want die ik denk dat dat wel heel belangrijk is, als iemand zegt van ja nu wil ik er echt wat mee, dat je dan niet meer, ja dat je niet moet gaan zoeken en uhum ja, dat ze daarna op een wachtlijst komen en dat het dan ook weer inzakt weetje wel dus dat ehuu een beetje meer kennis over wanner hoe en waar naar toe… dus dat je door kan pakken
I1: dus dat het sneller kan? Dus als het zover is dat je dat ook kan?
R2: ja, ja, ja en we hebben dan zo'n abonnement op dat ehuu Lef magazine, daar zit ook een eens de zoveel tijd een behandel wijzer zit daarin, dus we sprokkelen wel wat informatie bij elkaar, maar meer een steady informatie van wanneer kan je wat doen, ja
I1: ja ja
R2: ja, wand het gaat nu voornamelijk, ook vanuit mijn rol ook voornamelijk vanuit die peer support dus en soms ook individuele trajecten en gesprekken maar soms ook gewoon coaching maar ook soms over behandeling, van wat kan je als behandeling nou het beste inzetten, van wanneer doe je het ene, wanneer doe je het andere, weetje, zo
I1: ja, ja oké oké, heb jij daar nog aanvullingen op?
R1: nou nee… en ik denk dat het ook vooral belangrijk is dat je ook nog wel de ervaring… ehuu kijk jongeren komen hier in verband met psychose problematiek en niet vanwege middelen problematiek dat zit erbij, en dat is ook een beetje onze cultuur, om daar aandacht voor te hebben, en we zien ook wel dat dat middelengebruik, dat dat problematisch is, en dat we daar dan wat mee moeten en dan doen we een aantal dingen aan en daar is wel degelijk over nagedacht, maar je ziet ook wel van ja, als er een tijdje aandacht voor geweest is dat het een beetje verschuift naar de achtergrond, want heel veel jongeren zeggen niet dat ze gebruiken, of ze hebben het er niet over met ons, dan lijkt het net alsof het minder is, ja dan laat je er een beetje zand in de ogen strooien denk ik, ja als je er dan bij stilstaat dan denk je van ja , ik word in de maling genomen he, ja bij wijze van spreken, wand het kan niet zo zijn dat dat dan in een keer zomaar opgelost is, en ehuu er zijn er nog steeds veel die nog wel gebruiken
I1: ja precies
R1: ja en als mensen dan echt heel veel gebruiken, nou dat valt wel op wand daar hebben andere last van en daar heeft de omgeving last van, het gaat vooral om die grote groep die ehu ja, experimenteel daar mee bezig is, meedoen met vrienden of in de sociale context en dat kan problematisch voortdoen natuurlijk dus daar moeten we wel heel alert op zijn en ook vooral onszelf daar ook in sturen he en daar moeten we wel alert op zijn wand het kan wel problematisch worden en dan
I1: want jullie hebben dan met die verslavingszorg die samenwerking dat jullie eens in de zoveel tijd kennis komen uitwisselen toch? Maar doen jullie ook aan scholing of aan cursussen

R1: ja naja daar nodigen we hun dan voor uit om daar deskundigheidsbevordering op te geven, en kennis aanrijken
I1: oké, oké, ehuum ik zit even te denken hoor, ...
R2: ik moet heel even kijken of mijn cliënt er al is
I1: ja ga je gang hoor geen probleem... eehm wand we hebben het gehad over de methodes en methodieken die jullie gebruiken en ik vroeg me af bij die rehabilitatie van vallen er veel mensen terug of gaat het goed…
R1: in het middelen gebruik of in zijn algemeenheid?
I1: in zijn algemeenheid … denk ik…
R1: ja je ziet ehuu… na afloop zie je nou als je in de loop van de jaren als iemand een psychose gehad heeft dat voor een groot aantal is een psychose en dat wordt behandeld en dan is het over, dat komt niet meer terug, die groep zien wij niet echt. Vaak gebeurd dat voordat mensen al bij ons komen daarnaast is een groep waarin je toch een beloopt ziet van een psychose en dat krabbelt op en dan dat je toch vaak ziet ehu ja een terugval, en die terugval is vaak milder ernstig tot heel ernstig en ehuum ja daar is moeilijk ook… naja laat ik maar zo zeggen daar zijn de geleerden het ook nog niet helemaal over eens omdat ehuum hoe dat nou structureel is, bij sommige mensen zie je dat herstel intreed en dat er na 10 jaar nog geen spraken van een psychose is geweest ten ehuu dat functioneren erg bemoeilijk werd door alle psychose klachten… nou en er zijn ook cliënten die hebben een psychose gehad en na een aantal weken dan krabbelen ze weer op, dan gaan de de draad weer oppakken en dan ehuu na een bepaalde tijd kommen de psychose klachten weer naar boven en dan word het functioneren belemmerd. Dus je ziet zo'n beloop van ehum vallen en op staan om het zo maar te zeggen, maar dat is natuurlijk heel individueel bepaalt
I1: ja ja, dat is natuurlijk niet bij iedereen hetzelfde
R1: ja ja en daarom gaan wij ehum er ook vanuit als mensen hier in behandeling komen dat we daar ook vanuit gaan dat we daar ja een aantal jaar mee bezig zijn
I1: mm, ja wand het is zeg maar niet zo dat als mensen in behandeling bij jullie komen te staan dat ze dan ehum na een aantal jaar...
R1: naja we gaan voor jongeren, dus als ze geen jongeren meer zijn dan gaan we toch kijken van ehumm
I1: ja dan is het zoo ja … Oké
R1: beetgenomen gaan we uit van een traject van 5 jaar ongeveer en dan he dan jongeren met ons aan het werk zijn en ehm ja in de loop van die tijd na 3 of 4 jaar gaan we er wel over spreken van ja het gaat een keer eindig zijn hier... en wat dan
I1: ja, ja, precies
R1: he is een intensieve behandeling nog nodig daarna, naja dan gaan we daarnaar opzoek, en sommigen ja die zijn zo hersteld dat ze het met contact met de huisarts kunnen, waarbij we dan wel tegen de huisarts zeggen van mocht het toch niet lukken, he neem contact met ons op wand dan gaan we verder kijken...
I1: ja, dus toch die lijntjes zeg maar houden
R1: ja
I1: ja oké, ehuum heb jij nog vragen?
I2: ja ik had nog een vraag van in hoeverre de familie betrokken word bij de behandeling
I1: ohja het netwerk ja…
R1: nou dat is een ander speerpunt van ons, wij gaan nooit trajecten aan zonder dat familie betrokken is
I1: oké
R1: en dat begint al bij de aanmelding, als we een aanmelding krijgen dan nodige we mensen uit voor een gesprek of de intake en dan zeggen we daarbij van nou we vinden het van belang dat je familie of je belangrijke naasten meekomen, meestal gebeurd dat ook en is dat geen issue en als dat wel een issue is dan respecteren we dat, maar bergen we wel meteen in, dat de ouders, bij ons dan vaak de ouders, dat die relatie dusdanig belangrijk is dat we daaraan willen werken, het kan zo zijn dat dat nu niet goed is, maar we streven er naar dit wel goed te laten worden of beter te laten worden
I1: oké
R1: ze zijn in principe altijd betrokken in het begin maar ook in de behandelplan bespreking
I1: oké ja,
R1: we hebben ook ehuu kennismakingsbijeenkomsten voor ouders specifiek van nieuwe cliënten bij ons, 2 keer per jaar avonden dat we met ouders in gesprek gaan van nou hoe komt het nou dat jullie hier zitten? Dat jullie zoon of dochter, waar lopen jullie nou tegen aan en ehuu wat kunnen wij daarin betekenen? Wat kan je zelf doen, en we hebben ook wel behandelgroepen voor ouders en de cliënt samen

I1: oké, dat is wel cool, en ehuum hoe zit dat dan zeg maar met die behandelgroepen, hoe nemen jullie die mee, je hebt dan zeg maar die avonden en die behandelgroepen van ouders en cliënten samen, maar word er dan zeg maar psychoeducatie aan de ouders gegeven of ehumm...
R1: ja, maar psychoeducatie word individueel gedaan, dus bij de behandelkamer of in de behandelplan besprekingen en de avonden die we daarvoor organiseren doen we niet de psychoeducatie in de vorm van doceren wij geloven erg in gesprek zijn in elkaar en vanuit ervaringen kunnen wij wat voorlichting bieden, maar kunnen in dit geval kunnen ouders vaak heel goed vertellen tegen elkaar wat hun vraagstukken zijn of waar ze tegenaan lopen, naja net zoals de jongeren veel van elkaar leren kunnen ouders dat ook
R2: ik moet er helaas tussenuit piepen
I1: geeft niks, heel erg bedankt
R2: ja jullie ook, ik ben heel erg benieuwd wat de uitkomsten gaan zijn, dus dat gaan we horen
I1: haha ja, bedankt, heel erg bedank!
R2: geen probleem, ja joee
I1: ehuum, soms dan hoor ik ook wel eens dat vrienden meegenomen worden in de behandeling, doen jullie daar ook iets mee of ...
R1: ja, als dat de wens is wel
I1: ja oké oké.
R1: eigenlijk toen wij begonnen met ja, wat wij hier beleid noemen dan ging het echt om de ouders, zo van de ouders krijg je er gratis bij, niet in negatieve zin hoor maar het is wel dat we er aandacht aan moeten besteden. Maar we gaan nu veel meer uit van de gedachten van de cliënt, zo van vind je het belangrijk hen erbij te hebben
I2: ja wand ik kan me ook voorstellen dat jongeren zoiets hebben van mijn vrienden hoef ik er niet bij te hebben
R1: ja, maar dat valt ook nog wel weer tegen in de zin van ehum het is voor jongeren is het zelf al een zoektocht van wat gebeurd er met mij, wat is er met mij aan de hand, dat is ehuu eigenlijk staat hun hele leven op de kop en zijn er ook heel veel dingen waar ehuu, ja ik weet niet hoe jullie dat ervaren maar tegenover geestelijke gezondheid en psychiatrie, daar kijk je niet heel positief tegen aan dat ehuu in de zin van ja
I1: ja er zit een stigma aan zeg maar
R1: ja, want niemand die wil gek zijn om zomaar te zeggen, dus als je dat zelf zo ervaart dan ga je daar niet zomaar mee naar buiten treden of naar vrienden ofzo dat ehu
I1: ja precies ja
R1: wand dan heb je het gevoel dat je erbuiten licht, dus dat komt pas in tweede instantie vaak, is dat aan de orde
I1 jaja
R1: en er zijn wel jongeren hoor die in gesprek willen gaan met de vriendenclub, en daar gaan wij dan ook iets aan bijdragen, maar vaak ehuu ja regelen ze dat ook op hun eigen manier en gaat het er vooral ook om , zij moeten er ook ready voor zijn om erover in gesprek te gaan met hun vrienden, wand je word al snel als gek weggezet als je zegt van ja ik heb last van stemmen, en nu is op dit moment deprecief dat lijkt wel een trend ehuu lijk wel of het in is he… maar in feite denk ik dat het helemaal niet zo is he, ook vaak onbekend maakt onbemind he ook als je er geen last van hebt wil je er ook liever niet mee geconfronteerd worden, wand er zit een groot vraagteken omheen van he wat gebeurd er nou precies met je en ehuu we kunnen het allemaal krijgen maar we willen er liever niet ehuu…
I2: ja, een groot deel van de mensen krijgt het ook he, dus het zou eigenlijk doodnormaal moeten zijn
R1: ja, dat is ook het bijzondere he, een groot deel van de mensen heeft wel eens contact gehad met ggz en kijk onze problematiek is echt ernstig, maar er zijn veel mensen die wel eens niet lekker in hun vel zitten en dat je dan hulp nodig hebt om je kop boven water te houden
I1: ja, jaja en dan heb je er toch een heel taboe er omheen, en ehuum je noemde net zeg maar twee speerpunten, dat is de rehabilitatie en ehuu het netwerk hebben jullie nog meer speerpunten waar jullie je op focussen?
R1: nou een anders speerpunt van ons is ehuum het leefstijl beleid, dat is een ander punt waar we specifiek aandacht ehuu voor hebben
I1: ja, ja
I2: en door wie werd die ook alweer gedaan die leefstijl begeleiding?
R1: er zijn een aantal verpleegkundigen die daar ehm bepaalde tijd en ruimte voor hebben omdat het ehum... voor hun is het specifiek een training en daarnaast is het ook wel een thema in de behandelgroep he. Maar het gaat echt nou van heel breed tot ehum, nou het gaat niet alleen maar

over dat je bloeddruk op orde is dat ehuu… nou gezond leven is bijvoorbeeld zo'n thema dat ehuu waar we veel aan hechten, of roken, niet roken in dit geval
I2: haha ja ja niet roken
R1: ja en verzorging, wand als je het hebt over sociale contacten, en je verzocht jezelf niet goed dan…
I2: dan heb je daar ehuu
R1: ja weetje ehuu, ja als je stikt, of je gaat niet regelmatig onder de douche of wat dan ook, dan ehu ja, dan wordt het lastig
I1: ja, dat heeft dan ook weer een beetje te maken met die rehabilitatie?
R1: ja, ja ja,
I1: dus al je jezelf goed verzorgt, wil je weer verder kunne?
R1: ja, en we halen het extra naar voren omdat we denken van dat is belangrijk om te kunnen functioneren
I1: en ehm dan had ik nog een vraagje, wand wij hebben zeg maar heel veel richtlijnen gelezen, en daar komt eigenlijk altijd de motiverende gespreksvoering naar boven, doen jullie daar ook wat mee?
R1: ja, daar is wel aandacht voor, al hoewel het niet een op de voorgaande methodiek is die we gebruiken, maar gesprekken die wij voeren zijn vooral gericht op de individuele rehabilitatie en ehm naja ik denk dat het belangrijk is een keuze te maken in de methodieken die je gebruikt, omdat naja, als je zo veel mogelijk methodieken tot je neemt is vaak de uitkomst dat het dan juist niet word gebruikt, ja, ja wij investeren stevig in de individuele rehabilitatie en IPS onder andere ook ja we hebben ook wel eens deskundigheidsbevordering gehad over motiverende gespreksvoering, maar dat staat dan minder op de voorgrond.
I1: ja ja, dat ehum is dus meer van ehum dit hebben we geleerd en we gebruiken het als het nodig is, maar het is dus niet standaard?
R1: ja
I1: oké, ehuum ja ik denk dat we eigenlijk al wel heel veel hebben gevraagd, ik weet niet ik denk misschien heb jij nog aanvullingen over dit onderwerp?
R1: nee dat denk ik niet, ik denk dat jullie al heel veel gevraagd hebben
I1: ja
I2: ja we hebben alles wel
I1: ja, nou superfijn, bedankt!

3.4. G

I: We gaan maar gelijk in op de vragen omdat er niet heel veel tijd is heb ik begrepen, een half uurtje. Want wij wilden graag weten, ook door die enquête, wat dieper ingaan op de teamsamenstelling?
J: Kunt u misschien vertellen wat uw functie is binnen het team?
R: Ik ben psychiater en mijn collega is verpleegkundige en coordinator
I: En welke functies hebben jullie allemaal binnen het team?
R: We hebben twee verpleegkundige en een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. We hebben IPS, maatschappelijk werkende
J: Sorry wat zei u net?
R: IPS
J: Oh, trajectbegeleider
R: Daarnaast hebben we de mogelijkheid om op te schalen in de wijk waar wij mee samenwerken en met de Brijder. En Kwintus, dat is beschermd wonen.
I: En hebben jullie een samenwerkingsverband met Kwintus?
R: Ja, van Kwintus zit ook echt iemand in ons team. Die kan zo bepaalde WMO activiteiten (?), kan dagbesteding organiseren en oppakken met de gemeente.
J: En jullie hebben ook een samenwerkingsverband met de verslavingszorg?
R: Ja
J: En kunt u ons vertellen hoe dat precies gaat, hoe die samenwerking eruit ziet?
R: Hoe dat eruit ziet is eigenlijk hetzelfde als hoe wij dat met FACT doen. Dat betekent we regelen een indicatie voor medebehandeling met verslavingszorg en dan nodigen we ze uit om vrij te parkeren, dus een deelverwijzing en dan trekken we samen op. Die behandelplannen lopen ook gezamenlijk op. Zij doen het verslavingsdeel en wij blijven verantwoordelijk voor het psychiatrisch deel. En dat betekent dat we van alle mobielen (?) voor verslavingszorg wat kunnen aanbieden waar we het anders wel doen (?)
J: Heeft u het idee dat dit voor jullie goed werkt?
R: Ja, dat werkt wel goed, vooral als het wat enkelvoudiger is. Als het wat complexer is worden wordt letterlijk ook de samenwerking wat complexer. Hoe hou je de psychiatrische eigen verantwoording zuiver? Welk deel ligt bij de psychiater van de verslavingszorg en welk deel ligt bij mij? Maar ik heb een directe lijn met Michel Mulder en dan bellen we elkaar en stemmen we af en leggen we het vast in beide dossiers
O: Zijn er ook nog problemen waar jullie tegenaanlopen in het samenwerkingsverband met verslavingszorg?
R: Soms is het zo dat rondom verwijzingen, en vooral de intake problemen hebt. Dat zij sneller intake doen bij hun dan wij bij ons. Dan krijg je meer financiële problemen, en dat zijn meer organisatorische waar het weleens kan haperen dan het samenwerken en het inhoudelijke vak.
O: Er zitten dus geen problemen in het feit dat cliënten niet meer gaan als ze doorverwezen worden? Dat komt niet zo voor?
R: Dat kan weleens voor komen maar we blijven natuurlijk betrokken dus we kunnen ook zo afspreken dat we samen gaan of we gaan ook samen op huisbezoek en dan gaat de coordineerder van de verslavingszorg met ons mee of andersom. Daar zit niet echt een probleem,. Het is puur zo dat het twee verschillende organisaties zijn en dus ook goed die DBC structuur in de gaten moeten houden.
O: DMG Structuur zegt u?
R: DMG ja, dat is voor de financien. Verslavingszorg komt dan bij de verslavingszorg te liggen, en psychiatrie houden psychiatrische dingen over. Daar schuurt het een beetje bij ons.
J: Als u de ideale situatie zou schetsen, hoe zou deze er dan uit zien?
R: Het meest ideaal is natuurlijk dat je alles gewoon zelf in huis hebt. Maar in een schaarste markt (?) is dit the second best thing. Omdat we op de kerntaken moeten zitten is dit toch een betere optie op zorg te bieden in de optimale vorm. We kunnen bijvoorbeeld voor CGT Verslaving via de verslavingszorg gebruiken.
O: Op dit moment heeft jullie team genoeg aan verslavingszorg, hebben jullie ooit aan iets van cursussen of bijscholing gedacht of dat niet?
R: Wat zeg je?
O: Iets van cursussen of bijscholing, we zien namelijk bij sommige teams dat ze iets van een cursus doen. Is dat bij jullie de revue gepasseerd?
R: Ik heb zelf vroeger dubbele diagnostiek gedaan, maar dat is meer mijn eigen achtergrond. Daarnaast kunnen wij natuurlijk opschalen in de wijkteams en daar doen we dit soort dingen wel. Maar

het VIPteam is boven de wijkteams de meest factteam overstijgend juist voor deze jongerendoelgroep dat het niet verloren gaat.
J: Even een andere vraag over de diagnostiek. Jullie hebben natuurlijk wel een samenwerkingsverband met de verslavingszorg maar als er een cliënt bij jullie binnenkomt, hoe bepalen jullie dan of diegene verslavingsgevoelig is of verslaafd is en wie gaan doorverwijzen?
R: Ten eerste vragen we er altijd naar. Meestal zijn ze daar heel open in, maar we gaan ook heel erg in het netwerk, met familie en vrienden doen we de behandeling en dan komen we erachter dat het een groter probleem is dan het lijkt op voorhand. Dat betekent dat we dat samen met familie gaan exploreren.
O: U zegt dat u met het netwerk samenwerkt en dan vooral met familie en vrienden. Hij ziet dat er dan uit? Zitten die wel bij iets van een sessie of?
Y: Ja dat soms wel. Bij de intake vragen we standaard of we de familie erbij kunnen betrekken? Zorgt voor een spanningsveld maar meestal (……..) en ik probeer regelmatig afspraken te hebben waar zij dan belangrijke aandelen hebben. Wij kunnen tussendoor ook regelmatig telefonisch contact hebben met belangrijke (…) en ook dat live (?) bellen als er wat (….)
J: Oke en doen jullie dan ook bijvoorbeeld aan de ronde tafel gesprekken?
Y: Ja wij maken ook gebruik van Derbiscard (?) (…..) dan kunnen ze het invullen van tevoren en dan voeren we inderdaad een soort rondetafelgesprekken. Dan kijken we welke onderwerpen belangrijk zijn
R: En dat is in het primaire systeem, het grotere systeem vinden ook rondetafelgesprekken plaats tussen bijvoorbeeld beschermd wonen, verslavingszorg en onszelf en familie. Dat zijn gewoon dingen dat wil je het goed afstemmen, dan zul je wel moeten.
Y: (11:59) Er zijn ook regelmatig mensen bij waar woonbegeleiding bij betrokken is, of (…) beheer. Of vanuit andere organisaties, daar hebben we dan ook contact mee. (……) om het goed af te stemmen.
I: We hadden nog een vraagje over de methodieken die er gebruikt worden bij cliënten met een verslaving en vroege psychose. Hebben jullie daar speciale methodieken voor?
Y: We maken sowieso gebruik van psycho-educatie en we maken gebruik van motiverende gespreksvoering
J: En hebben jullie dan psycho-educatie en op psychiatrie?
Y: Ja, als er sprake is van verslaving nemen we dat mee.
R: Vooral omdat het op elkaar inspeelt (?) en de oorzaak is van het ingrijpen
I: Die methodieken worden meegenomen in de behandeling. Is dat volgens jullie genoeg of lopen jullie ergens tegen aan?
R: Wat we in het verleden wel hadden is dat het nog niet volledige transitie is. Daar gaan we wel naartoe werken dat er meer expertise komt. We hebben voor de jongerengroep, 16-18. Vanaf 18 jaar voelen we ons daar voldoende sterk in, dat zou wel fijn zijn. In het verleden hadden we kinderen en jeugd dus die zijn over gegaan naar de gemeente. Dit maakte het wat lastig om samen te werken dus we zijn een nieuw samenwerkingsverband op die manier aan het opzetten. Want sommige van deze jongeren zijn al op hun twaalfde erg verslaafd
J: Dat is echt heel vroeg haha
R: Het is echt heel vroeg maar echt heel waar.
Y: Cannabis wordt al van heel vroeg gebruikt.
O: Sorry hoor maar misschien heb ik het gemist, maar staan die ook bij jullie onder behandeling deze groep?
Y: Vanaf 16, maar die heb ik nu niet meeste jongeren zijn 18, a 17,5
O: Jullie gebruiken motiverende gespreksvoering, in hoeverre lukt het jullie om in deze leeftijdscategorie de motivatie weer terug te vinden?
R: Dat is een hele grote uitdaging want deze groep zit nog echt in de puberleeftijd en je ziet ook de normale ontwikkeling waarin er vermoeidheid, verzet en eigen identiteitsontwikkeling meespeelt, en constant zal je daarin moeten meebewegen. En waar we vooral op zitten met de motivatie is de leidingdruk, waar ze hinder van hebben. En wat ze graag zouden willen bereiken.
J: Kunt u een voorbeeld geven van jullie werkwijze op dit gebied?
Y: Een voorbeeld is van een patiënt die wel is blijven gebruiken (cannabis). Dat je dan met zon patiënt in gesprek en dan vraag je wat is het evenwicht wat je nastreeft en hoe kunnen we je daarbij helpen? In plaats van dat je blijft benadrukken van het is niet goed voor je en je moet stoppen. Want dan ben je een patiënt kwijt. Je moet blijven uitgaan van de wens van de patiënt zelf, hoe tegenstrijdig het ook is met de acties die de patient zelf heeft, omdat je anders geen samenwerking hebt.
J: Een ander praktisch voorbeeld is niet alleen drugs maar ook roken, roken beïnvloedt namelijk bepaalde medicatie zoals bijvoorbeeld clozepine. Als iemand dus graag wil dat de clozepine lager is,

dan is het een goede motivator om te stoppen met roken, want dan is dfe kans groot dat we de spiegel naar beneden kunnen bijstellen. Dan heb je minder hinder en een lagere dosering.
J: Nu we het toch over medicatie hebben, worden er ook andere medicatie voorgeschreven?
R: Andere dan clozepine?
R: Clozepine is in feite de laatste stap. We hebben een scala aan antipsychotica en conform de richtlijn beginnen we niet met Haldol terwijl in andere ziekenhuizen dat wel is maar dat heeft met stigma te maken. En dat we dus eerder kiezen voor supmeksitol (?) Hypferdel doe ik niooit, hoewel dat atypisch is, maar dat heeft te maken met polaklinisch (?) stijgingen en dat vind ik bij deze jongeren niet heel fijn. Dan krijgen ze seksuele disfunctieproblemen en dat is toch op die leeftijd, wanneer die hormonen nog gieren, wel van belang dat je die niet
J: Doen jullie bijvoorbeeld ook aan urine of blaastesten?
R: Als we dat doen loopt dat via de Brijder.
Y: Soms doen we een sneltest maar dat is meer om de patient te tergen/beperken (?) en aan z'n familie duidelijk te maken van hee ik heb echt drugs gebruikt.
R: Dit doen we alleen met hoge uitzondering.
R: Als je alleen structurele controles doet loopt dat via de Brijder want dan is dat echt in de lijn van de verslavingszorg.
I: Hebben jullie weleens met verslaafde cliënten erover gehad hoe zij het ervaren om bij de Brijder te zitten en bij jullie?
R: We vragen wel of ze tevreden zijn en of ze bepaalde vragen hebben. We gaan ons zorgen maken als er een no show percentage is want dan is het een reden om te vragen of het aansluit bij hun hulpvraag. Anders hebben we daarvoor instemming te geven en loopt het (?). We vragen wel vaak of het loopt en het goed gaat, maar we zien het echt als ze gaan verdwijnen (uit hv).
O: Misschien een hele praktische vraag en misschien is het al langsgekomen, maar hoe vaak hebben jullie contactmomenten met de verslavingszorg?
R: Per dag?
O: Of wekelijks?
R: Wij hebben wekelijks, niet met het VIP team maar dan met het FACT-team contact met de verslavingszorg en de Liozon (?) verpleegkundige kunnen we ook contacten voor VIP-vragen.
O: Ook voor kennisoverdracht is dat belangrijK?
R: Als we dat zouden willen wel.
Y: In de organisatiestructuur helpt dit want de meeste mensen in een VIP-team noemen zichzelf FACT-team. We hebben hierdoor vaak via een omweg contact met verslavingszorg, hoewel die niet rechtstreeks in het VIP deelneemt.
O: Een FACT team heeft meer mogelijkheden in dat opzicht
Y: Ja, de caseload van een VIP is te weinig om daar alles (?) op in te richten.
J: Ik heb nog een vraagje over de nazorg, bieden jullie ook nazorg aan?
Y: Als je een traject hebt samen met de Brijder en zij sluiten het af blijven wij wel gewoon onderdeel. Dat hou je in de gaten en is er reden om.
J: Hebben jullie behoefte aan meer kennis aan verslavingszorg binnen jullie team?
Y: Dat is een beetje tweedelig, hoe het nu georganiseerd is kan ik wel bij kennis komen maar het is wel prettig om zelf ook over meer kennis te beschikken.
R: Ik denk dat de grootste valkuil is een cursus te hebben gedaan en dan te denken dat je het wel beheerst. Je moet de kennis en de ontwikkelingen bijhouden. De psychiatrie is ook al zo'n dynamisch vak en om ook nog de verslavingszorg op die manier teamleden erbij te betrekken is niet voor iedereen weggelegd. Er zijn een aantal van ons die wel dat stuk erbij pakken.
J: Het klinkt alsof jullie redelijk tevreden zijn.
R: J a, jullie klinken verbaasd. Wij zijn natuurlijk ook in een regio waar iedereen op elkaar is aangewezen sinds jaar en dag en we kennen elkaar goed. Op het persoonlijke stuk kunnen we elkaar heel goed vinden. Soms schuurt dat in professioneel inzicht en persoonlijk inzicht met elkaar I: We zijn het onderzoek gestart omdat we ook weleens horen dat het niet goed gaat en uiteindelijk willen we uit ons onderzoek een product laten rollen. Wij hebben nu idee en we vroegen ons af of jullie dat wat leek. We willen namelijk een soort stroomschema willen maken van goh, als iemand met een verslaving binnen komt en wat kun je er nou mee doen. Is dat iets dat in jullie team kan helpen?
O: Denken jullie dat er behoefte aan is?
R: Kijk een stroomschema is een format en een format heeft vaak als nadeel dat het dwingend gaat worden. En als je daar zoveel flexibiliteit in behoud is het zinvol.
Y: Een stroomschema is een goede basis, het geeft een houvast van hoe je zorg inricht met elkaar. Maar juist de casuistiek waar het niet goed loopt en waar het ingewikkelder is en waar zo'n

stroomschema niet alle antwoorden heeft daar heb je toch die samenwerking nodig waar we het net over hadden. Dus wie doet wat, wie is waar verantwoordelijk voor,
R: Ik denk dat het ook heel belangrijk is om het hokjes denken los te laten .
J: We hebben nog een vraag, als we het product afhebben en het onderzoek ook. Wilt u het dan ook ontvangen?
R: Ja.

3.5. Z

2 mensen uit het team geïnterviewd beide staan voor R(respondent), in het transscript.
I is de interviewer in het interview.

Huidige situatie
Gewenste situatie
Praktijk

I: Uhh.. Ik heb even op de site gekeken, of in ieder geval op GGNet en ik zag dat jullie een vip team in fact waren he?
R: wat zeg je?
I: dat jullie een vroege psychose team binnen een fact team zijn, klopt dat?
R: Nee, nee, dat is niet zo daar kan jij niets aan doen hoor maar de informatie op de site is niet goed, we zijn er mee bezig. We zijn gewoon een zelfstandig losstaand team. In ambulant volwassenen.
Oké, oké, ambulant volwassenen
R: Ja..
I: en uhmm.. Aan welke leeftijd moet ik dan denken? 18 tot 35 of
R: Nee wij hebben van 18 tot 65
I: oh 65 ook, oké
R ja.. We dienen eigenlijk iedereen , we hebben ook nog weleens jongeren gehad van 17 dusja, we kijken daar, we zijn niet heel streng
I: nee, nee, jullie zijn flexibel voor de mensen die kunnen binnen stromen?
R: Ja,
I: oké en uhm.. Tot en met 65 en die hebben allemaal last van een psychose of echt een vroege psychose echt hun eerste?
R: ja, een eerste of tweede psychose, we hebben op dit moment geen mensen van 65 hoor. Volgens mij is de oudste 45..
I: 45..
R: ja.. Nee, ouder dan? In ieder geval zoiets misschien nog wel wat ouder.. Maar meestal ontstaan zo een eerste psychose in veel jongere jaren dus echt die leeftijd van 18 tot 25. Daar hebben we veel mensen van
I: uhu.. Ja precies, want dat zien we inderdaad ook bij de meeste teams de meeste behandelen tot 35 dus vandaar dat ik in de 40 best wel oud vond, terwijl dat niet zo oud is natuurlijk.
R: ja, naja we kunnen als iemand zich aanmeld die 65 is niet zeggen van ja je bent te oud. Om gebruikt te maken van onze expertise want zou zo iemand naar een poli gaan of misschien naar een fact team terwijl wij vinden dat iemand van 45 ook gebruik kan maken van onze expertise.
I: uhu..
R: maar bijvoorbeeld in Amsterdam, ga je als je 35 bent al naar een fact team volgens mij.
I: Ja en dat is uhmmm.. Want ja, de meest mensen, dit is echt voor eerste psychose natuurlijk he en een fact team niet he als ik het goed begrijp.
R: Ja.
I: nou oké, uhh..
R: dat klopt

I: en uhm.. Uit welke functies bestaat jullie team?
R: uhmm.. Uit, een psychiater, psycholoog, basis psycholoog, kinderpsycholoog, verpleegkundige, maatschappelijk werker, uh ervaringsdeskundige, familie ervaringsdeskundige, en een ipser ohja en een traject begeleider IBS.
I: Oké dus het team is eigenlijk heel divers, en heel verschillend.
R: Ja.
I: en uhmm. Inderdaad want ik zag dat jullie ips recent hebben geïntroduceerd of moet ik helemaal niet naar de site kijken? haha
R: Nee de ips, uhmmm of we dat recent hebben gedaan?
I: uhu..
R: nou we zijn denk ik al een jaar of 3 mee bezig ja wij geloven een jaar of 3 al.
I: oké, dat is dan niet heel recent nee.
R: nee, die website moet echt aangepast worden, echt een dorn in het oog haha.

I: ja haha, ja ik zit bij GGNet maar uh volgens mij is dat niet jullie website of wel?
R: Ja nee wij moeten daarin wel onze informatie uitzoeken want wij zijn een onderdeel van GGNet dus de informatie over ons team moet daar goed te vinden zijn
I: uhu.. Nee dat snap ik.
R: maar daar zijn we dus mee bezig om dat beter te maken haha..
I: haha, naja goed ik uh.. Had nog een vraag over uhm.. Ohja, het gaat natuurlijk over de verslaving in het onder de cliënten uhmm in hoeverre laat ik het zo vragen hebben jullie een schatting van het percentage cliënten dat verslaafd is zouden jullie daar een schatting van kunnen maken. En dan voornamelijk omtrent drugs en alcohol?
R: dat is een moeilijke vraag.. Uhmm ook gokken of echt alleen middelen?
I: jawel zitten echt wel op het middelen misbruik, uhmm we zaten er wel aan te denken om roken en gokken ook mee te nemen maar alleen hebben we hier toch niet voor gekozen omdat het anders voor ons onderzoek iets te groot werd.
R: ja, snap ik dus drugs en alcohol.. phoee.. Nou vooral onder de jongeren jongen wordt veel gebruikt. Veel jonge knullen. Ik zou het niet weten.. Kunnen we jou dat nog mailen? Dat we het even voor je uitzoeken? Want we kunnen het tellen.
I: oh dat zou.. Ja dat zou super zijn, maarja het is meer een schatting om in te schatten in hoeverre het speelt bij jullie.
R: ja wel veel.
I: staat het ook in de behandeling.. Uuh In hoeverre staat het op de voorgrond? Verslaving?
R: nou, daar lopen wij eigenlijk op vast. Want wat onze insteek in ieder geval is, is dat we daar open contact over hebben. Dat we uhm.. Met onze patiënten er open over praten. Dat we ze voorlichting geven, over het effect van het middelen gebruik op de psychose dus wij koppelen het allemaal aan de psychose. Maar wij geven geen echte behandeling op het gebeid van verslavingszorg omdat het onze expertise niet is.
I: uhu..
R: (vraagt aan collega) ik weet niet of jij hier anders over denkt.. Maar uh nee, dat is ook wel wat we heel graag binnen ons team zouden willen iemand die uh.. Veel bekender is in de verslavingszorg en daar zijn expertise in heeft.
I: uhu.. En dan hoeft het waarschijnlijk niet perse een verslavingsarts te zijn maar gewoon iemand met ervaring in de verslavingszorg?
R: ja, meer ervaring wij zijn niet echt opzoek naar een arts.
I: uhu.. oké en uhm.. in hoeverre betekend dat dan ook dat er op het gebied van verslaving iets van handelingsverlegenheid voorkomt? Bij het personeel dat hebben wij wel eens gehoord als het niet uh.. dat het moeilijk is om het bespreekbaar te maken.
R: met het management bedoel je dat wij geschoold worden daarin?
I: ja of het moeilijk is om met de cliënten gewoon of onder het personeel om verslaving bespreekbaar te maken? Of dat bij jullie ook..
R: met de patiënt?
I: Ja met de patiënt.
R: ja weetje ik denk, maar dat is mijn mening dat we denken dat we het wel goed doen maar dat we bijvoorbeeld mijn man heeft lang in de verslavingszorg gewerkt maar dat is gewoon een hele andere attitude en een hele andere manier van denken in die verslavingszorg en ik vind dat wij dat niet hebben en niet kunnen, wij doen heel erg ons best, maar uh.. nee ik denk dat we dat niet kunnen en ik geloof ook dat onze psychiater hele open gesprekken ook met de patiënten over de verslaving maar het is ook altijd haar verhaaltje over hoe belangrijk het is om te stoppen en eigenlijk werkt dat in de verslavingszorg averechts.
I: uhu..
R: maar goed, ja kijk we maken het zeker bespreekbaar omdat wij hiervoor interventies inrichten maar wij hebben daar verder geen scholing in gehad.
I: nee dan lijkt het me ook heel lastig hoor als dat niet aanwezig is.
R: ja, vind ik wel maarja weetje en je kan wel bijvoorbeeld we hebben wel een aantal cursussen ook gedaan, op het gebied van verslaving maar dat is gewoon niet voldoende ik denk dat je echt minimaal 1 iemand in je team zou moeten hebben die ook in de verslavingszorg heeft gewerkt en die basis attitude heeft die diegene dan naar ons over kan brengen want ik geloof dat wij een heel leerbaar team zijn
I: uhu, en vinden jullie het dan ook, noodzakelijk om het in je team te hebben?
R: of we het noodzakelijk vinden?
I: ja

R: ja als je het breed trekt ook naar andere teams? Dat het gewoon in een vip team zou moeten zitten? Iemand met verslavingsdeskundigheid
I: Ja dat zou zeker een meerwaarde zijn.
R: We zoeken in vacatures en dan zetten we het er ook altijd in maar er is nog nooit iemand gekomen die dat heeft haha
I: haha, dus het wordt aan alle kanten geprobeerd?
R: ja,
I: en uhm.. jullie zeggen dat er cursussen. Want we horen ook wel eens van mensen dat dan zeggen ze we hebben wel bijscholing nodig want dat zou van meerwaarde zijn, maar jullie hebben dus cursussen gehad maar dat was niet voldoende?
R: Nee, althans heb jij een cursus gehad Marije.. nee, ja wij hebben zo een basiscursus aangeboden gekregen binnen GGNet vanuit tactus dat is hier een bekende verslavingsinstelling. Die basis zorg is het dan, maar daar blijft het dan ook bij. En uh.. we hebben het wel gehad over ons wat meer scholen erin maar het is ook echt heel moeilijk om dan uit te zoeken wat is passend. En waar hebben we wat aan? En ik geloof dat ons management er wel voor open staat hoor.
I: voor cursussen?
R: voor cursussen ja maar ik geloof niet dat je allen kan hebben in zo een cursus want weetje met zo een cursus denk je oh, zo en zo en vervolgens na 2 maanden ben je dat toch weer kwijt.
I: ja, ja.. dus het is te minimale kennis die je dan opdoet?
R: ja. Echt basis.
I: oké, en uhm.. zal ik, ik ga heel even naar de diagnostiek hoor, uhh.. hoe screenen jullie middelenmisbruik? Hebben jullie daar iets van een methode voor of..
R: ja wij hebben daar een vragenlijst voor maar ik moet je eerlijk zeggen die moet je in een intake fase doen en die duurt dan geloof ik paar minuten om dat goed te meten maar dat wordt eigenlijk heel weinig gedaan. Maar meestal ja.. in het gesprek we weten vaak wel van onze patiënten of ze drug gebruiken en hoeveel
I: ja.
R: Wij hebben daar wel een heel open contact over. Dus mensen zeggen het ook gewoon hier ja ik denk zolang je het niet gaat verbieden blijven mensen het ook wel eerlijk zeggen als het gewoon een gespreksonderwerp kan zijn dus dat doen we wel heel goed hier denk ik.
I: ja precies, jullie pakken het wel uhmm.. open ene je maakt het wel bespreekbaar in dat opzicht
R: ja en ik denk dat patiënten die ook uhm.. middelen gebruiken het altijd wel een onderwerp is van gesprek van hoe zit het ermee en heb je veel gebruikt en als mensen hoe zit je met je middelen gebruikt.. volgens mij doet iedereen dat. Ja en ik denk ik werk zelf nog niet heel lang in het team hoor maar voor zover ik weet het is nog nooit voorgekomen, stel je voor je hebt een verslaving die heel erg hardnekkig is dan kijken wij wel naar wat de cliënt nodig heeft buiten ons team om. Ja.. dus dan ondersteun ik de patiënt op dat vlak. Ja dat proberen wij wel te doen doorverwijzen naar verslavingszorg als het echt problematisch is. Vooral ambulant maar het gebeurd soms wel dat er ook iemand eerst in detox is gegaan.
I: uhu, oké dus die uh.. die verwijzen jullie dus uiteindelijk door naar verslavingszorg. En uh worden die mensen dan gelijktijdig behandeld of is dan de behandeling bij jullie over?
R: nee gelijktijdig doen we dat. Maar dan kunnen wij ons richten op de psychose en de verslavingszorg op de verslaving maar het probleem is dat de meeste patiënten het niet willen. Het zou natuurlijk goedzijn dat er dan een expertise is op de verslaving en de psychose maar vaak willen die jongens het gewoon niet. En dat maakt het heel erg lastig.
I: nee, en ik hoor ook inderdaad van veel teams dat ze het dan niet willen omdat ze de verslaving vaak niet als iets problematisch zien. Omdat het de psychose onderdrukt. Is dat bij jullie ook zo?
R: ja. Vaak wel. En weetje als je een psychose hebt krijg je ook uh.. bijvoorbeeld respedal en dat maakt ook dat je al beschermd bent als je dan bijvoorbeeld blowt beschermt het je tegen ook een beetje om psychotisch te worden. Dus aan de ene kant beschermt het de jongeren die drugs gebruiken om te decontiseren maar aan de andere kant kunnen ze daardoor ook gebruiken. Dus het is best ingewikkeld voor de psychiater ook.
I: uhu ja..
R: omdat je ook niet wil dat we weer psychotisch worden wat aan de ander kant ja ze moeten het ook ervaren maarja je weet ook als je ze een tweede psychose hebben dit vaak heftiger is of het herstel is moeilijker en zo een derde of vierde ervaring wil je sowieso proberen te voorkomen. Dat is ook waarvoor ze in behandeling zijn. Dus het is wel ingewikkeld en ik snap ook bij ons word er vooral geblowd en dat dient ook als zelfmedicatie.
I: ja..
R: dus ik snap het ook wel. Haha het levert hun ook echt wel wat op.

I: ja, ja.. precies. En dan voelen zich waarschijnlijk op korte termijn wat beter en dan daarna komt die extra hard terug.
R: ja.
I: en uhm.. ik had nog een vraag over die samenwerking met de verslaving.. in hoeverre is er sprake van een samenwerking want dat gaan jullie cliënten die zeg maar verslavingszorg wel toegaan of het wel willen? Hoeverre is er dan contact met de verslavingszorg
R: niet.
I: niet?
R nee, het contact houden gaat heel moeilijk, daar hebben wij echt nog een slag te slaan. Of bedoel je dat de cliënt.. stel je voor hij is opgenomen in een verslavingskliniek, wij zijn er ook nog bij betrokken hoe vaak dan het contact is?
I: ja..
R: met de cliënt.. of met de kliniek?
I: met de kliniek..
R: ja weinig hoor. Want ik heb dat gehad.. ik heb een patiënt gehad die voor detox echt best wel lang ging en toen was het best wel moeilijk om je informatie te krijgen als er bijvoorbeeld bijzonderheden waren en ik vind ambulant daar is er nog helemaal een slag te slaan dan is het toch nog het eiland van de verslavingszorg en ons eiland.. het is wel allemaal buiten ons om dat heeft nog tijd nodig om daar het netwerk wat beter op te bouwen zeg maar haha.
I: ja..
R: en ja hoe dat soort dingen verlopen is gewoon ingewikkeld en dat is niet alleen met verslavingszorg hoor. Dat is overal
I: ja en dat zie tuurlijk overal wel dat mensen verschillende bandjes aan het maken zijn. Met verschillende instellingen.. om de samenwerking te verbeteren.
R: ja.. mijn collega zij net dat we natuurlijk zelf ook al wat dingen doen op het gebied van verslavingszorg. We hebben hier ook een verdieping voor dubbele diagnostiek verslaving en uh.. er zijn een aantal mensen die geven trainingen voor mensen binnen GGNet. Daar verwijzen we mensen ook vaak naar en we hebben binnen GGNet binnen de andere teams wel mensen die een expertise hebben op verslaving maar die zitten niet in ons team en we zijn wel bezig en we zouden zo graag willen dat ze dan 1x in de maand bij ons gaan zitten en dat we dan een soort van consult kunnen doen.
I: ja precies, een soort spreekuur of echt een..
R: ja ja want we hebben het ook wel eens over gehad met iemand naja met mijn man dan die daar dan expertise in heeft en als hij dan zegt wat ons bezig houdt wat onze vragen zouden zijn dan is dat eigenlijk gewoon best wel peanuts voor mensen die werken in de verslavingszorg. Die denken huh… zijn jullie? Hebben jullie daar vragen over? Haha
I: Uhu.. haha en hoezo kan GGNet dat niet regelen? Waarom is dat niet mogelijk?
R: Ja volgens mij heeft het te maken met gelden. Want wij moeten hier productie draaien althans ik vul het nu in he want we moeten productie draaien en ja ik weet het eigenlijk niet zo goed waarom.. we dat niet hebben het komt iedere keer ter sprake en iemand heeft ooit gezegd dat er geen tijd is om dat bij ons te doen. Dus een collega is er op dit moment wel mee bezig om dat dan zo wel te gaan regelen met iemand.
I: ja. Ja ik denk dat dat ook wel kan helpen.
R: Eigenlijk zou der als je echt goede psychose behandeling wil geven zou je gewoon een verslavingsdeskundige in het team moeten hebben.
I: uhu.. ja. Echt iemand met deskundigheid.
R: Ja. Denk ik
I: ja want wij zijn ook bij een team in R geweest en die hadden inderdaad iemand in hun team lopen die 15 jaar verslavingszorg ervaring en ja allen cliënten met echt een verslaving die gingen naar hem toe en die vonden dat ook ideaal.
R: ja dat is echt ideaal.
I: ja.. uhm.. maar goed, ik zit heel even tussen door mijn vragen te bekijken, wat ik nog allemaal had. Ohja.. zijn er we horen wel eens van teams dat zij.. zich op andere factoren richten bijvoorbeeld de omgeving of het zoeken naar werk en dat dat juist heel erg helpt bij het terugdringen van de verslaving zo zag ik dat jullie ips gebruiken en dat kwam me al zo bekend voor.. want een ander team zij dat dit hielp omdat ze dan gewoon weer werk hebben en dat het dan die verslaving terugdringt, zijn er bij jullie methodes of methodieken die jullie gebruiken om ook toch een beetje de verslaving terug te dringen.

R: ja nee niet echt methodieken, maar het is over het algemeen bekend dat wanneer mensen dag invulling hebben dat zij dan vaak ook minder gaan gebruiken. Ik heb wel een aantal mensen die als zij dag invulling hebben vrijwilligerswerk of werk echt niet blowen.
I: uhu ja.
R: heel vaak blowen mensen ook uit vervelening of als je je naar voelt en ja onderzoek heeft ook uitgewezen dat als jij zingeving hebt of zinvol bezig bent dat je je dan ook al gelukkiger voelt. Dan ga je over het algemeen ook wat minder snel piekeren en je ellendig voelen en drugs gebruiken.
I: Ja..
R: maarja of daar nou echt een methodiek voor is volgens mij niet en is het algemeen bekend.
I: ja.. en hoe.. oh sorry hoor ga verder..
R: nee, nee, nee toe maar.
I: en hoe stimuleren jullie dat dan bij het zoeken naar dag invullen? Hoe pakken jullie dat precies aan?
R: ja dat doet eigenlijk onze ipser. Als wij mensen hebben werk of scholing willen dan gaat onze ipser helpen en beginnen met het traject maar voor dagbesteding is dat best wel een dingetje omdat wij hiervoor iemand hadden maar diegene eis weg bezuinigd maar dan gaan we vaak kijken naar vrijwilligers werk. En dat doen de maatschappelijk werkers dan over het algemeen wel. Dus gezien de psychose behandeling is een dagstructuur een dag invulling en zingeving ook voor de psychose behandeling heel belangrijk. Dus het is wel een heel belangrijk onderdeel van de behandeling.
I: ja.. dus het is echt de zingeving en de dag invulling en hoeverre betrekken jullie de familie bij de behandeling?
R: wij betrekken de familie zoveel mogelijk bij de behandeling, als wij een eerst kennismaking doen vragen wij altijd of er een familielid of een kennis of iemand van het netwerk bij kan zijn.. en uh.. wij organiseren familieavonden
Bij behandelplan bespreking zit altijd de patiënt bij en familie. En we hebben een ervaringsdeskundige dus als de familie gewoon eens wil praten met een ervaringsdeskundige dan kan dat ook dusja daar ben ik wel echt trots op hoe wij de familie en netwerk betrekken bij de behandeling.
I: uhu.. en dat werkt?
R: ja, dat is gewoon heel belangrijk, je ziet ook wel dat mensen in het team dat patiënten met een netwerk sneller en makkelijker herstellen en minder snel terugvallen dan de mensen die alleen zijn. Het is ook belangrijk dat er een netwerk voorlichting geeft het moet de patiënt begrijpen. Wat houdt zo een psychose nou in? Hoe kunnen we het voorkomen? Hulpverleners om je heen zijn mooi maar nog mooier is een goed sociaal netwerk die je achteraf kan steunen. Want daar moet je het uiteindelijk van hebben.
I: dat zij er natuurlijk ok rekening mee kunnen houden als er iets mis gaat en ze weten waar het vandaan komt,
R: ja precies. Je kan ze leren signaleren..
I: oké, uhmmm… wij moeten voor ons onderzoek een product gaan maken, en wij willen wel echt iets gaan maken waar misschien teams ook iets aan kunnen hebben. En we zaten te denken aan iets van een stroomschema dat waarbij je dus kunt zien oké iemand heeft een verslaving wat zijn handige dingen om te doen en dat we dat in een soort van schema zetten, alleen dat was meer idee in kinderstoelen ik weet niet wat er nog bij jullie, want jullie hebben het over een spreekuur zijn er nog andere dingen die handig zouden zijn? Zo een schema bijvoorbeeld.
R: uhm.. hoe moet ik dat zien?
I: ja dat is gewoon een laagdrempelige manier om mensen met een verslaving als er geen kennis is van verslaving dat daarop staat hoe iemand dan het best behandeld zou kunnen worden, dat dat gewoon in een overzichtelijk schema weergeven wordt. We zitten gewoon een beetje te kijken wat er in teams nodig is en wat zou kunnen helpen.
R: Ja, zo een stroomschema zou je kunnen implementeren maar dan moet je dus wel in de gelegenheid zijn om het aan te beiden. Dus ik denk dat het heel veel overzichtelijk kan maken maar dan moet je dat wel echt kunnen aanbieden.
I: ja en dat is natuurlijk een tweede ja.. uhu..
R: ja
I: en uhm.. maar heel even wat anders want ik zag dat ik een vraag vergeten was. Werken jullie ook met motiverende gespreksvoering?
R: ja ik denk dat we hiervoor ook allemaal cursussen voor hebben gehad maar dat is weer zoiets dat je dan hebt en dat word dan weer opgefrist en dan doe je het weer heel goed. Ik denk dat wij allemaal vanuit onze positie het doen maar ik geloof ook dat het veel beter kan. Omdat ik nog steeds wel denk dat motiverende gespreksvoering meer gezien wordt om mensen toch op een positieve manier een kant op te duwen. En daar is het volgens mij niet voor bedoelt. Dusja daar zou ik wel wat meer over willen weten. En dan heb je weer het nadeel van zo een cursus. 3 maanden staat het op de voorgrond

en vervolgens verdwijnt het weer naar achteren. Ik heb hem 2 jaar geleden gedaan en het is heel interessant en tuurlijk ik zal er vast wel wat mee doen maar over het algemeen doe ik dit niet bewust.
I: Nee jullie zijn niet de enige hoor. We horen het bij meer teams dat het inderdaad bij de eerste maanden nog vers in het geheugen is en daarna vervaagt en wordt het niet op gefrist.
R: haha oh gelukkig,
I: ja echt waar
R dus eigenlijk is het best zonde dan?
I: Uhu.. naja inderdaad.. het word gewoon niet goed opgefrist allen het verschil is dat er veel teams zijn met verslavingen deskundigheid in het team waardoor zij ook minder behoefte hebben aan zo een cursus of bijscholing.
R: Ja dus ik denk dat ook als jet het op management niveau ziet het goedkoper is om iemand in je team te hebben die die expertise heeft op het gebied van een verslaving omdat die automatisch het team daarin mee neemt en school. Daar geloof ik echt in.
I: ik heb nog een laatste vraag, in hoeverre is het problematisch? Hoe zien jullie dat bij de cliënten dat er geen verslavingszorg is? Zijn er specifieke voorbeelden?
R: ik denk wel dat omdat cliënten niet een verslavingszorg instelling willen hebben maar ze willen dat wij blijven, dan uh.. na dan denk ik dat wij onze patiënten gewoon te kort doen. Ik geloof niet dat er door ervaringsdeskundige dat het met elke cliënt beter gaat dan dat het nu gaat maar ik denk wel dat we een aantal cliënten hebben, bijvoorbeeld ik heb een jongen die blowt eigenlijk allen maar het is elke keer meer totdat hij uiteindelijk op straat terecht komt en niets meer heeft, geen onderdak geen geld niets. En ik zie nog wel zorgen en dan ziet hij het ligt weer en dan gaat het weer goed en dan toch valt hij weer terug en dan denk je potverdikkie, zou dat nou ook zo zijn als je die verslavingsdeskundige in het team hebt. Of uh.. ja ik denk dat we onze patiënten te kort doen niet bewust want het is niet anders we doen ons best echt waar. Maar ik denk wel dat we ze tekort doen. Ik heb niet veel mensen in mijn team waarbij de verslaving op de voorgrond staat dus ik denk dat ik me bij mijn collega aansluit we doen ons best met de kennis en middelen die we hebben. Maarja je zou zeker nog meer `zorg op maat kunnen leveren vooral bij de jongens die zo verslavingsgevoelig zijn. Door inderdaad bijvoorbeeld expertise in je team te halen.
I: ja.. en soms is het niet anders, want in een vip team wordt het wel aanbevolen volgens de richtlijnen maar het is niet iets dat standaard in het team zit.
R: ik vind het ook wel raar dat het alleen aanbevolen is.
I: ja.. in ieder geval handboek vroege psychose, maar misschien is dat nu alweer veranderd alleen het werd streng aanbevolen.
R: ik zal er ook nog wel eens naar kijken in de richtlijnen en de zorgstandaard. Ja want die is net.. althans die is vrij actueel. Ik weet eigenlijk niet wat daar in staat.
I: ik ben het ook, ik weet het nu niet zeker, maar die hebben wij ook gebustudeerd voor dit onderzoek. Ik denk dat ik inprinciepe wel alles wel gevraagd heb. Als het rapport af is zouden jullie deze dan willen ontvangen?
R. Ja graag!
I: oké nou dan hebben wij jullie email adressen, en sturen we deze op. En dan ga ik jullie gewoon heel erg bedanken voor jullie tijd en voor het interessante interview.
R: oké, heel veel succes met de laatste loodjes.
I: ja heel erg bedankt, haha
R: geef niet op want voor je het weet is het voorbij haha
I: haha ja dat hoop ik, hoi he... werkse
R: dankjewel, doeg.

3.6. NVP vergadering

Aanwezig: Alle ambulante teams vanuit de vroege ambulante psychose zorg (Respondenten) en de onderzoekers.

Introductie (Meneer W): Veel cliënten gebruiken middelen, vaak ook problematisch en de vraag is ja, wat doen wij daar mee? En ehuu we weten van oudsher dat het een vrij lastig thema is en dat het altijd een beetje tussen wal en schip gaat en dat heel veel patiënten van ons ehu, niet bij verslavingszorg binnen komen en ehu andersom dat bij verslavingszorg mensen vinden dat ze te psychotisch zijn en dan worden ze weer terugverwezen, dus hoe doen we dat nou eigenlijk? Dat is nog steeds volgends mij een openvraag, dus we hebben nu eigenlijk vanuit het netwerk ehum geprobeerd om eerst maar eens te inventariseren van, ja, hoe staan we er nou eigenlijk voor met zijn allen op dat gebied, en waar hebben we behoefte aan? En ehuu hoe kunnen we daar eventueel ehuu een verbeterslag in maken. Nou dat eehu ehu kunnen wij natuurlijk niet zelf allemaal doen, dus we hebben ehu studenten daarvoor ingehuurd en ehuu wij hebben hier Olivier en Irene en ehu wie gaan, die hebben dat ehuu op zich genomen om daar dit half jaar mee aan de slag te gaan en die zijn jullie dus ook aan het stalken met de mails, dus als je hem niet hebt ingevuld, foei en ehuu doe dat vooral nog heel snel. En uhm, maar na vanmiddag gaan jullie dat natuurlijk allemaal doen, en ehu ehm, jullie gaan eerst een inleiding ehuu, iets vertellen over het onderwerp, en daarna gaan we met zijn allen even proberen om daar nog een verdiepinkje aan te brengen, ja Olivier aan jou het woord.
**Nu volgt een introductie over ons onderzoek, de onderzoekkers hebben de respondenten op de hoogte gebracht over de kennis die wij momenteel hebben over het onderwerp & een stuk verteld over de Ebro module, omdat deze net nieuw uit was (literatuur), transcriptie niet van meerwaarde voor het onderzoek, link naar de prezi:*

Verdieping/discussie:
Irene: (introductie) wij doen momenteel een onderzoek, naar de huidige situatie, naja momenteel in het onderzoek zitten we nog in een fase om te kijken wat de situatie is van de vroege ambulante psychose zorg. En dus eigenlijk gericht op die verslavingszorg. Ja naja ik zal even een stukje vertellen over ons onderzoek, ehumm de hoofdvraag is eigenlijk. Ehuum of de doelstelling is eigenlijk de inhoudelijke kennis over verslaving binnen de teams in kaart brengen en uiteindelijk verhogen en ehumm dan om de ehum kwaliteit van de zorg binnen de teams met cliënten met een psychose en een verslaving ook te verbeteren. Ehu. Ja deelvragen ehuum, ja dit gaat heel erg over inhoudelijke kennis, ehuu dus welke inhoudelijke kennis is er aanwezig, welke is er nodig volgens de kwaliteitsstandaarden en welke is er nodig volgends de teams. En ehm ook welke praktijken zijn er nu al eigenlijk in gebruik die heel goed werken en ja.
Ehuu nou, ons plan, als eerste beginnen we dus met enquêtes om ehuu in kaart te brengen hoe de huidige situatie er uitziet en dat is dus ook de enquête die jullie hebben ontvangen. Ehuu daarna willen we met een aantal teams groepsgesprekken gaan voeren, we willen dit doen met teams die eigenlijk best wel van elkaar verschillen in de zorg die ze leveren betreft verslaving. En daaruit willen we eigenlijk interviewen om te kijken wat hun visie is en te zien hoe hun denken dat verslavingszorg geregeld kan worden. En uiteindelijk rolt er een product uit, die we ook naar jullie als teams willen versturen en helpen… maar we weten dus nog niet helemaal wat voor product.
Olivier: misschien iets van een checklist of een grote
Irene: ja, of een handleiding dus als jullie daar ideeën voor hebben, hoor ik dat heel graag, mag ook nu al, mag ook straks...
R1: Doe maar geen checklist
R2: Geen checklist
Irene: uhum. Geen checklist?
R2: dat werkt niet haha
Irene: ok, strepen we die weg haha. Check. Hum nou we hebben al een aantal enquêtes binnen gekregen, dus daar hebben we een aantal resultaten van die we kunnen laten zien. Dit is gister allemaal gemaakt, dus heel recent, dus het ziet er nog niet heel mooi uit. Ehum. Naja wat we hier vooral zien, is dat er toch de teams, want dit zijn de vip teams, we hebben ook fackt teams en act teams en die teams, en ehuu dat de vip team dus ook uit heel veel verschillende disciplines bestaan, eigenlijk en eigenlijk is volgends mij geen een hetzelfde, ehuumm, ook met de behandeling, bestaan er heel veel verschillende behandelingen, ehumm... ja en qua verslavingsdeskundigheid binnen het team verschild dit ook enorm. En hier zie je ook, wat we net ook al zeiden dat er toch best wel veel

teams te maken hebben met cliënten die alcohol of drugs gebruiken, want wij kaderen ons onderzoek wel op alcohol en drugs en niet op roken en gameverslaving. Ehumm... ja en we hebben eigenlijk nog een aantal stellingen, die we hier in de groep willen gooien, zodat we een soort discussie kunnen voeren met elkaar over dit onderwerp … en de eerste is ehuu; binnen de teams in de ambulante vroege psychose zorg komt handelingsverlegenheid voor als het gaat om de behandeling van cliënten met een psychose en verslaving. Herkent iemand dit? In het team?
R3: ja ja zeker
Irene: ja?
R3: ja zeker, wij weten niet zo goed wat we daar mee moeten, wij hadden iemand in het team die er veel verstand van had, en ehumm, nou wij wij voelen allemaal dat we eigenlijk niet genoeg kennis ervan hebben, er mee om te gaan, niet genoeg ervaring.
Irene: Ok,
Olivier: ehumm waar is er dan behoefte aan bij jullie in het team, hadden jullie daar al iets van ideeën over?
R3: ehm, nou wij maken nu wel gebruik van deskundigheid buiten het team, maar we zouden het heel prettig vinden, om iemand weer in het team te hebben die, die daar wel ervaring mee heeft en ook wel wat scholing in heeft gehad
Olivier: Ja, (wijst ander team aan) wand ik zag bij jullie team dat jullie een verslavingsdeskundige in het team ook hebben, of komt die van buitenaf? Of ehuum
R4: ehuum een SPV ehh… voordat hij bij ons kwam werken heeft hij lang in de verslavingszorg gewerkt. En het fact team ehuu
R5: en die doet dus ook wel die verslavingsbehandelingen ehm volgends richtlijnen die er zijn. Tot nu toe individueel en we zoeken naar mogelijkheden om dat eventueel groepsgewijs te gaan doen. Maar wij zijn erg blij dus met iemand in het em., omdat ehum ja wij zeggen al, als je iemand naar buiten het team moet sturen, naar de verslavingszorg dan ehuu, dat werkt niet, dat is echt ehuu, ja bij de lopende behandeling komt he, en dan S (collega) en anders ja.
Irene: en waarom wekt dat niet, om ze naar buiten te sturen
R5: mensen komen daar niet aan of ze komen één keer en dan komen ze niet meer terug en dan ehmm, ja dan zegt de verslavingszorg van: ja, je moet gemotiveerd zijn, anders dan houdt het op. Ja dat is ehuu een andere attitude dat blijkbaar goed werkt voor onze patiënten
Irene: ja, ja want het zijn natuurlijk wel dingen die wij veel hebben gelezen, maar nog niet van een team zelf hebben gehoord, dus ehm vandaar ook dat wij daar naar vragen
R6: ja en wat ik ook wel heel erg merk is de discussie van, wat heeft dan prioriteit, van als je het buiten het team hebt, dan ja staat dan de verslaving op de voorgrond, of de psychose, en ehum terwijl het natuurlijk elkaar wel heel erg in stand houdt maar dan krijg je wel die discussie, van wie moet nou... wie is nou het eerst aan zet ofzo hé
Irene: ja, ja,
R7: wij merken dat er in de samenwerking met verslavingszorg een heel groot verschil is met ehuum... de jeugdafdeling, dus met ehumm wij behandelen jongeren vanaf 15 jaar, en a we merken dat de jeugd afdeling van de Bouman, dat is dan bij ons ehuu de verslavingszorg instelling waar we mee samenwerken, dan dat dat heel goed gaat, omdat dat die veel ehum, minder vaak ehu dat als mensen niet aankomen, dat ze misschien gewoon problemen met organiseren hebben of wat dan ook he, of niet persé er niet voor gemotiveerd zijn, en dat ze dan ook minder ehm motivatieproblemen opleggen en veel gedragsmatige aan gaan pakken, zoals je dat ook bij een puber, ehuu jongeren doet die een keer ehuu te laat komen. Dus we hebben, merken daar en hebben daar eigenlijk best goede ervaringen mee, maar zodra ze boven de 21 komen, dan merken wij dat het veel ehuu lastiger wordt, dus als je misschien, ik weet niet hoor, maar als jullie nog verder willen kijken, dan zou het wel leuk zijn yought, zo heet die afdeling van de bouwman, om daar eens te gaan praten, hoe zij dat nou aanpakken. Ik vind dat wel veel beter dan de volwassen afdeling...
R8: ik merk bij ons, dat is een beetje subjectief ehuu, nog, ik heb dat niet heel erg getoetst bij mijn collega's, maar er wordt wel redelijk veel over gesproken, dus daarom denk ik dat wij niet heel veel handelingsverlegenheid merken, ehuu ehuu , er kunnen ook UC's worden gedaan, ehuu heuu, we hebben ook een soort kliniek, waar mensen ook heen kunnen en over deze dingen praten, en we hebben een groep waar ze er over kunnen praten, we hebben iemand die zelf ervaringsdeskundigheid heeft die ook met mensen het gesprek aangaat. Wat ik zelf het idee heb wat het ons aan ontbreekt, is iemand die veel weet van hoe zet je al die, gezamenlijk afstemmen en hoe speelt het en hoe werkt het bij jou en hoe zet je dat nou om in gedragsverandering en hoe begeleid je daar goed bij. Iemand die daar veel van weet dat hoe je verslavingsgedrag, als iemand dat ook wilt ook kan aanpakken en veranderen, zonder dat je alleen maar zegt van ja, oké je hebt inzicht dus probeer dan maar te stoppen ofzo, of ehum we monitoren het en kijk maar of het lukt om te stoppen, dat, dat ja,

R9: Ja dat merkt ik ook wel sterk ja, dat je denk op een begeven moment van we weten ongeveer hé, als je een tijdje meeloopt, weet je wel ongeveer hoe het werkt ehuu met die cannabis en zo
R8: ja
R9: en de alcohol, maar dan inderdaad om dan echt systematisch ...
R8: ja, ik denk dat dat soort expertise, is mijn idee hoor,
R10: maar dan wordt het ook een erg vervelend probleem, denk ik, als het als hulpverlener een taai probleem, en dan zie je het inzakken en ...
R9: Ja,
R10: dan staat er op papier wel dat je er aandacht voor hebt en ja of je nou goed met mekaar ernaar gaat kijken...
R9: Ja want af en toe er naar vragen heeft dat ehu ehue hue
R11: maar is het ook geen gebrek aan, uhum zeg maar werkzame interventie, uhum
R9: nah
R5: nee, volgends mij houdt als S (*naam, verslavingsdeskundige binnen het team*) zich aan heel gestructureerde ehum sessies, heel netjes van 1,2,3 en ehuum daar moet je je dan aan houden en dat zijn gewoon hele, ja die komen uit de verslavingszorg, ehm die moet je dan kennen en op een begeven moment moet je dat structureren en dan ja...
R11: en die ook netjes in richtlijnen staan en noem maar op?
R5: ja, ja,
R12: ja, ik had een hele verassende uitkomst toen ik ehuu die verslaving scherende bij, als je herstel ondersteunend bezig bent en als je mensen laat werken ehm en naar school laat gaan, ja dan ehum dan dacht ik, ja dat dat bij heel veel cliënten, dan gaat de verslaving gewoon naar de achtergrond. De motivatie neemt enorm toe om dat gewoon achter zich te laten...
R13: alleen omdat ze naar school gaan dan?
R12: als ze naar school gaan, als ze alles willen en krijgen, dus ehum, ik heb ehm ik krijg hoewel ik twee jaar zelf in de verslavingszorg heb gewerkt, dat heb ik gestopt omdat we zeggen van we moeten daaraan werken. Het enigste wat ze zeggen is nu ja, ze vragen nu je blowt, dan denken we ja, moeten wij dat nu als thema maken of niet, dan krijg je vaak wel de wadering van, nee maar ik ben wel minder. En ik vind ehum, bijna 15% van de mensen hebben een hele hardnekkige verslaving en dat is ehu vaak coke en ehuu extreme cannabis en de verslavingszorg helpt ons hier ook niet
R9: Ja
R12: zelfs de dubbele diagnose kliniek, ja drie keer geprobeerd, drie keer geen succes
R14: en wat mis je dan specifiek daarbij?
R12: ja, de ingang, ja
R15: Nah en ik vind wat mij opvalt, ik heb een tijdje bij de forensische psychiatrie, ook bij de afdeling voor cliënten met een psychose gewerkt, maar bij die hele groep was het hoofdthema bij bijna allemaal naarst de problematiek van ehu schizofrenie en psychose, drugsgebruik. Ook in mijn populatie, mensen die de slechtste prognose lijken te hebben, zijn vandaag op de amfetamine gebruik, dat is een coke gebruik, en ehum, wat mij opvalt is dat zij meer effect lijken te hebben van de ehm de stuf, dus er waren veel meer ehum ehum , de psychotische klachten soms veel minder weg gaan en ze hebben veel meer positief effect van het gedeelte, en het ehum lijk ook dat de interventies, die we toepassen vanuit de verslavingszorg, minder effectief lijken, lijken te zijn voor mijn gevoel. Ook in die chronische groep, ook als we mensen verwijzen naar de DD cliënt, een hele specifieke gerichte interventies doen, en ik voel daar wel een stuk handelingsverlegenheid. We screenen, we proberen interventies te doen, ze gaan best wel hard door, en ik ik herken de verlegenheid wel ja, mis wel van, ja we hebben interventies, maar ze werken niet of onvoldoende
R9: nou wat jij zegt is dat er dan, dat daar dan ook een soort mis zit, wand ik denk dat jij nu beschrijft in de verslavingszorg, ook niet zo goed bekend zijn he, want ik denk dat ehu he in de de onverschilligheid die door de dopamine blokkade of door de medicatie komt, waardoor mensen juist extra amfetamine gebruiken of coke om toch maar iets te voelen, die negatieve symptomen, dat mensen dus eigenlijk minder ervaren daardoor, ik denk dat de verslavingszorg daar erg ehuu ehuu minder kennis van heeft dan wij.
R15: ja wij hebben zelf een verslavingsarts die ook contact heeft met ons bij ons en we hebben ook dicht bij een een verslavingskliniek liggen en daar krijgen wij ook de dingen die we ehu daar mee bezig zijn, en daar zijn we ook mee bezig van goh hoe integreren we dat en we zien toch wel ook echt problemen in de behandeling van die verslaving, ook binnen ons team, we krijgen het niet goed van de rang.
R16: Dit is is wat ik heel erg herken. Ik heb zelf 10 jaar in de verslavingszorg gewerkt en ik werk dan nu in het VIP-team, dus als het enigszins kan doe ik dat stukje verslavingszorg ook ehu binnen ons team, maar waar ik dan tegenaan loop dat ik ehu met al mijn ervaring in de verslavingszorg ehu al bij

voor en nadelen beland, in de knoei kom, omdat ehuu want daar begin je mee, en de voordelen zijn groter dan de nadelen, des ja dat stukje motivatie, daar moet je het toch van hebben, als mensen gaan veranderen waar vind ik, waar haal ik de motivatie vandaan, dat mensen willen veranderen?
R12: ja als ze naar school of aan het werk willen
R16: ja, ja maar dat vind ik wel goed wat jij zegt, dat is wel iets wat werkt, als je mensen kan helpen gewoon weer aan het werkt te gaan dan is dat denk ik effectiever dat echt…
R12: Ja ik zeg ook vaak heel droog tegen mensen… ja heel veel jongeren blowen, maar meestal als je 23 a 24 bent, dan houdt dat op. Het lijkt of het ehuu zon opmerking mensen ehuu ehuu helpt relativeren en…
R16: ja, ja nou er is wel vaak de neiging denk ik om te zeggen nou jij blowt dus jij kan dat niet. Maar ik denk dat dat juist ook heel erg…
R12: ja ik heb niet de behoefte om steeds te herhalen van de omgeving en de ouders altijd al zeggen de hele omgeving ehu de leraren, dat helpt niet…
R16: ja ja precies
R12: het helpt alleen maar als mensen denken oh shit, als ik heb geblowd dan kom ik te laat op mijn werk en dat wil ik niet
R16: ja precies ja, ja nou dat is dan inderdaad wel een stukje motivatie
R15: nou wij hebben wel eens een ervaringsdeskundige gehad die voorheen ook verslavingsproblematiek had gehad, en die had een veel betere ingang en die kreeg ook veel meer voor elkaar dan... en die deed ook heel veel groepen, en daar kwamen vaak veel betere resultaten vandaan dan onze eigen professionele AA groepen en methodes die wij inzetten, en dat vond ik wel ehu opvallend dat ehum ja je hebt natuurlijk om naar AA te gaan al motivatie nodig, dus dat kan ook niet waardig zijn, maar ik vond dat wel ehum die mis ik ehmm…
R12: ik geloof daar eigenlijk niet in in die ehu motivatie… ehum dat word zo naar voren gehaald, maar dat is mijn ding… dus ik luister heel goed en dan probeer ik daaropin te steken… ja… het gesprek met die betrokkenen … het is mijn ding, het is niet het ding van de cliënt… denk ik … maar goed ehuu ik weet niet of ik dit mag zeggen
R17: nemen jullie het stukje eh gameverslaving ook mee?
Irene: nee ehuu, wij focussen ons op alcohol en drugs, wand ja ehuum anders dan wordt het gewoon te breed eigenlijk voor ons ehuu en dit komt het meeste voor eigenlijk wat wij dan uit de…
R17: nou daar ben ik wel benieuwd naar, misschien kan je één vraag ook over hoe vaak komt gameverslaving voor?
R18: kom jij het dan vaak tegen?
Irene: ja?
R17: ja, en ik denk dat we ook weinig zicht hebben in hoeveel uren iemand daadwerkelijk achter de computer zit, ja gamen/internet ja…
Olivier: heeft dat een grote invloed op de psychose en de ontwikkeling daarvan?
R17: dat weet ik niet, maar het zal interessant zijn, maar misschien dat het voor jullie dan te groot wordt
Irene: ja, dat is het meer, het is heel interessant en we zaten ook te twijfelen en van goh waar kunnen we het kaderen, maar we moeten toch ergens kaderen en roken daar zaten we ook nog aan te denken, maar we hebben het voor dit onderzoek even op alcohol en drugs gelaten… en…
R9: nou als jullie allemaal in de enquête invullen van nou game verslaving is heel belangrijk…
Irene: haha nou ja gameverslaving… dan nemen we het misschien wel mee ja... haha
R18: we hebben ook wel op een locatie, dat was de good old libberman training verslaving, deze gebruiken we nog steeds en gaat eigenlijk wel heel goed, heb nu even de cijfers niet zo paraat enz...
R12: ja bij ons ook en dat is heel goed ehuu dat ze ervoor kiezen...
R15: dat moeten ze dus wel gemotiveerd zijn …
R9: ik ken dat niet zo heel goed, maar is dat dan vooral psych educatie of is dat dan vooral gedragsverandering?
R18: ja, ook wel verandering, maar niet als doel ehuu... stoppen per se, maar wel ehuu ehuu van wat wil je en dan gaan we dat bereiken, en dat duurt heel lang he
R12: ja een half jaar hé
R18, R15, R9: oh libberman module, jaja blabla
R19: is dat een vaste groep?
R18: ja een vaste groep ja
R20: nou het voordeel daarvan is, dan je lotgenoten groepen hebt, zodat die cohesie, onderlinge cohesie heel groot wordt, dat ze iets aan elkaar hebben en dat er dus uiteindelijk wordt gezegd van hé waarom was jij er vorige week niet?? Dat helpt en ze leren heel veel van elkaar, dus ik vond ik heb het ooit wel eens gedraaid, ehuu een jaar, en iedereen was erg enthousiast daarover, ja.

R21: ja er was iets dat daar de evidentie niet… of dat daar niets voor gevonden is dus dat daarbij heel veel instellingen een beetje van de baan is gegaan...
Diverse respondenten... ja ja...
R15: en heel veel anders hebben we ook niet…
R9: nee precies, dus dan doen we maar niets…
R15: nou ik denk dat het ook bij het begin he, hoe krijgen we mensen zo gemotiveerd dat ze wel de verslavingszorg in willen? En wel iets met de verslaving willen doen, ik weet niet, maar wij hebben mensen met wij hebben pursowation groep gehad, en dat kwam niet goed van de grond, hebben jullie dit ook geprobeerd?
R22: nee? Een wat?
R15: een pusowation groep, bij mensen die verder in hun ontwikkeling zitten, om zo ja, vrij te praten over drugs…
R23: jaja… wij hebben een overweging groep, ehum binnen ** dan, die toegankelijk is voor ehum cliënten van andere afdelingen ook ehuum daar zijn mensen ... ehm de cliënten zijn niet zo onder de indruk, maar daar, word een CRA tranig gegeven en die vinden mensen heel waardevol, die duurt zo ongeveer 20 keer en ehuum, ja mensen komen daar graag, geven aan dat ze er heel veel aan hebben en dat ze ook binnen de instelling, ehum dat ze dus t hoeft niet naar buiten naar verslavingszorg wand wij merken ook dat mensen daar niet heel snel aankomen en heel snel afhaken.
R24: wat is een CRA-training? Is dat met die computer?
R23: ja… het is ehuu een groepstraining, ehumm,
R24: community renforcerend approach
R23: ja… ja daar is dat voor gemaakt
R24: nou dat is ehum ik dacht dat dat oorspronkelijk individueel was, maar dat is dan bij jullie in een groep…
R23: ja, bij ons wordt die ehuu in een groep gegeven. En mensen ehumm, ja helpen mekaar vooral om na te denken over het middelengebruik, wat het voor hun betekend, waarom ze het nodig hebben wat het oplevert en wat ze er mee willen…
R24: maar dat heeft dus niet per se met dat werk te maken, in een CRA ga je altijd zoeken naar nieuwe beloners ofzo, en ehumm je mag nooit zeggen je moet minder gaan gebruiken, maar je moet zoeken naar andere dingen waar je plezier uit haalt.
R23: ja, er wordt inderdaad veel nagedacht over wat kan er nou voor in de plaats… wat zou… net zo prettig zijn of in de buurt komen, wat is belangrijk voor me
R9: maar ik heb het idee dat dit soort, vaak basale technieken, die vaak bij veel van onze cliënten al wel genoeg is… er is natuurlijk maar een klein groepje die hardcore… waarbij je van alles uit de kast moet halen maar heel veel jongeren die staan ehuu prima open voor ehuu om daar eens iets mee te doen, alleen dan denk ik van ehuu hebben wij genoeg ehuu… van die basistechnieken die eenvoudige interventies in het team zitten om dat zelf te kunnen doen? Ehuu ik denk ehu als ik nou mijzelf kijk dat denk ik ja… ehuu nou zo ongeveer ja… weetje wel zon voor en nadelen analyse, ja dat kan ik wel doen, en dan ga je niet zo'n ehum die voordelen ook bereiken enz.… ja weetje het is een beetje houtje-touwtje zo voor mijn idee… terwijl ik denk ja, volgends mij is er vrij makkelijk winst te halen door misschien iets geprofileerde, iets ehuu… of zeg ik nu iets heel raars?
R24: volgends mij zeg je iets heel ehuu heel normaals, haha alleen wat ik merk dat denk ik, oh ja, ik weet ook wel een beetje ja, technieken, maar ik doe het er wel bij, ehuumm… dus ehu ik denk wel dat je dat kan leren van verslavingszorg, dat ze de behandeling heel ehu serieus nemen… wand als wij dat al niet heel serieus nemen, hoe gaat de cliënt dat dat wel doen? En dat doe ik niet goed genoeg, wand dan moet je gewoon echt zeggen oké, dan gaan we iedere week gaan we dan daarover praten en alle andere shit, die bespreek je met iemand anders, dit is nu ons programma en dat doe ik eigenlijk niet, ik doe het er ook bij
R9: maar je zegt dus eigenlijk, dat moet je niet willen, je moet het juist ehum, apart ehm loszetten.
R24: naja misschien dat je dat wel zelf kan doen, dat denk ik, dat je het niet apart gaat zeggen, dat denk ik nu eigenlijk maar dat dan het doel van de behandeling ehuu.…
R23: ja, of jij doet dat voor de cliënten van je collega's he
R24: oh ja,
R23: wand volgends mij gaan ze in dat team apart naar S (naam collega) voor de verslavingsbehandeling en
R16: ja dat werkt wel het beste ja…
R23: ja zo wordt het ook meer geoormerkt van ja dat gaat daar ook over…
R24: ja, ja
R9: ok, nou dat zijn al wel super concrete tips…
R25: maar hoe heet dat dan wat je dan doet eigenlijk? Ehuu hoe leer je dat?

R4: wij ehuu gebruiken de module cognitief gedragstherapie, waar ook die ehuu waar dat begint volgends mij met een stuk motivational intervuwing, waarbij je bij de voor en nadelen beland, en de inventarisatie, en daar zit de aandacht in voor... ehuu nieuwe factoren die je kunnen stimuleren, dus ehuum… je meer doen in plaats van minder… kijk patiënten snappen natuurlijk echt wel dat ze minder moeten gaan blowen bijvoorbeeld maar wat kun je dan meer doen voor wat andere, daar is dan aandacht voor, daar is ook een boek voor die je kan kopen het is een modulen, die kunne we zo doorsturen
R25: oké, nou mooi, is dat ook voor een spv bijvoorbeeld?
R4: nou in dit geval is het een spv, die ehuu
R26: is dat gedragstherapeutisch werken of is dat…
R4: nou nee, nee het is iemand die de methodiek goed geleerd heeft
R9: maar ik denk dus dat dat soort dingen interessant zijn he, ook voor ons team, ik denk niet dat het realistisch is dat we een heel nieuwe disciplines in het team roepen en een hele ander formatie krijgen en weet ik het allemaal wat, he dus dit soort dingen zijn natuurlijk mooi
R26: misschien kunnen we die modulen ook verspreiden over de platvorm, dat zou wel mooi zijn he…
R4: ja ja het is ehuu, dat er een linkje van is
R27: als andere ook zulk soort goede tips hebben geef het door, dan kan ik het op de site zetten
R28: ja of een soort handleiding waar dit allemaal in beschreven staat, dat gaan jullie regelen toch?
Irene: ja, ja dat ehuu gaan wij regelen haha…
R16: wat ik zelf wel ehuu mis, ehuu binnen de psychiatrie dan is ehuu we hebben binnen de verslavingszorg, heb je verslavingsartsen, die dan echt wel wat met medicatie ook enz. kunnen, en dat is iets wat binnen de ja… meeste psychiaters zijn niet ehuu onderlegd in ehuu het stukje van wat kan je eventueel geven bij bepaald middelen gebruik… en dat stukje dat is... daar hou je toch wel verslavingszorg voor.
R12: ik hoorde laatst ook dat daar twee richtlijnen voor uitkomen… eentje voor alcohol en eentje voor middelen gebruik
Irene: oh sorry de computer valt uit, ik was even afgeleid, maar ja, nee dat weet ik niet…
R9: maar dat zou dan dus wel een wens zijn van een teamlid van ehuum, dat zou wel eens handig zijn als…
R29: er is ook een goede scholing he voor psychiaters, ehu die mis Nederlandse nog iets geeft... ehuu trainingen
R30: ik hoorde ook van een aantal psychiaters dat ze dan toch eerder ehu closapine bijvoorbeeld voorschrijven, dat ze daar dus niet te lang mee wacht he, van ehuum
R31: nee ik zat nog te denken he, heeft wrapp hier nog een enige link aan te verbinden? Maar wel dat iemand zijn eigen regie en weer zin in zijn leven krijgt?
R9: ja, ehuum dat zou best kunnen he, dat het in de gereedschapskist een plekje krijgt ja…
R8: in de participatie kant… jij noemde net van ehuum de motivatie als jongeren weer naar school gaan, dat ik heb daar zelf ook heel veel goede ervaringen mee, of heel veel goede dingen over gezien. Bij heel veel jongeren die zitten toch uhum, in die cirkel van verveling en niks doen en ehum ... en juist het werk willen werken of weer naar school willen gaan, waarvan ze zelf vaak weten dat dat ook heel belangrijk is, daar zit denk ik vaak ook veel motivatie.
R12: en de vrienden… de foute vrienden
R8: maar dat kan ook een motivatie zijn om dus naar andere vrienden te gaan
R12: ja maar, wie zijn dan die andere vrienden als je psychotisch bent geweest en die oude vrienden ga je dan ook niet meer naar toe, je ziet mensen dan toch behoorlijk ehum, eenzaam worden.
R8: ja, ja
R12: vaak willen mensen dat niet meer, maar hoe kom je aan nieuwe
R8: tot nu toe om andere dingen op te pakken
R12: ja om andere dingen op te pakken
R32: ja dat merk je als traject begeleider dat mensen niet minder presteren als ze middelen gebruiken dat dat als mensen wel middelen gebruiken
R9: nou dat is een belangrijke boodschap he, dus ga niet denken van nou, die gebruikt middelen dus dat wordt toch niets
R32: het is wel degelijk net zo, blijkt ook uit onderzoek, en dan heb ik het niet over die die die groep hele ernstige verslaafden, maar de andere groep is verreweg het grootste en daar zitten toch wel heel veel kansen als je naar de participatie kant kijkt
R12, R9, R8, R30: ja, ja, eens eens
Irene: ehuu… naar de volgende stelling… ja hier hebben we het eigenlijk ook al wel een beetje over gehad, ‘verslaving en vroege psychose moeten geïntegreerd behandeld worden’ ehmm… ja hoe

denken jullie daarover? Beter apart zeg maar, of binnen het team… jullie hebben bijvoorbeeld gekozen voor in het team…
R4: ja op basis van ehum
R30: en verwijzen jullie nooit door of…
R4: jawel, we verwijzen wel door als het echt heel erg op de voorgrond staat en we denken nou we zijn echt beter af … of als ik het niet weet he, maar als we alle mensen die verslaafd zijn of middelen gebruiken, als we die allemaal naar de verslavingszorg sturen, dan komen denk ik drie kwart niet aan. Dus ik ben blij ehuu dat we het in ons ehu team hebben
R33: ik vind niet dat het moet. Ik zou het mooi vinden als het kan, maar maar als het gewoon los van elkaar dat je alle twee rekening houdt met ehuu dat het er is, dan kan het volgends mij, ik heb nu net ehu iemand die is naar Schotland, ehum naar zo'n kliniek, en ja, die hebben gewoon rekening gehouden met zijn psychose gevoeligheid en hij is daar van zijn verslaving afgekomen en nu pakken wij dat verder op ja, prima, ik denk dat hadden wij niet gekund, wat zij daar hebben gedaan, dus dan vind ik niet per se dat het moet
R34: maar ze hebben op die plek wel rekening gehouden met zijn psychose, dus in zekere zin was dat wel geïntegreerd
R33: ja ja als je het zo bekijkt klopt, maar als het maar wel…
R34: ja want hij bleef natuurlijk bij jullie ook in behandeling
R33: ja, ja toen hij terugkwam… naja is het dan geïntegreerd? Naja in elk geval niet geïntegreerd in één team, laat ik het dan zo zeggen
Olivier: misschien als we het kunnen verduidelijken dan bedoelen wij er wel één team mee, zeg maar dat het allemaal gewoon bij de hand is…
R33: maar je moet natuurlijk wel over en weer rekening houden, dus in die zin als je dat met integratie bedoeld dan ja
R35: ja en dan krijg je heel veel hé, als je alles in één team wilt, dan krijg je trauma, lvb, he er zijn natuurlijk heel veel aspecten binnen mensen die wij zien, het is best wel lastig om dan alles te integreren zeg maar
R34: nee maar wat net ook al is gezegd, voor de meeste is een basale aanpak natuurlijk al heel veel, dus als je voor de andere groep kan verwijzen dan ehuu, ja kan je al redelijk wat betekenen en als het echt heel complex is dan kan je ze doorverwijzen… dus ik zoek wel naar ven ehuu... ja je kan inderdaad niet alles maar de basale behandelmogelijkheden voor comobiditeit, als je dat in je team kan bieden dan heeft dat wel veel voordelen, dan is dat voor de patiënt denk ik prettig
R35: ja en het is natuurlijk 50 of 47 procent procent he, en dat is natuurlijk wel veel dat is de grootste groep he
R26: en moete we dan ook niet iets gaan doen met het aankomen van mensen bij , bij de verslavingszorg bijvoorbeeld, wand daar loopt het dan nog mis, bijvoorbeeld iemand komt zijn afspraken niet na of twee keer niet of drie keer niet he, misschien is dat ok wel een taak voor ons om om
R9: om mee te gaan
R26: ja om mee te gaan, ja, of om om in ieder geval ook uitlag van dat heeft… dat het soms een onderdeel is van de problematiek en hoe kan je wel iemand ehuu… hoe zorg je ervoor dat iemand wel op zijn afspraak komt
R9: naja, wij proberen nu een beetje uit om ook iemand van de verslavingszorg af en toe bij ons in het gebouw een spreekuur te laten draaien, dat ze ook in een vertrouwde plek nu al die ehuu expertise ehuu kan geven, en dat is dan al vaak een mooi bruggetje dat ze dan ehuu wel dar willen zijn of dat het niet nodig is he, je krijg in ieder geval advies dan
R15: en wie is dat dan?
R9: ja een verpleegkundig specialist is dat
Irene: ja en dan gaan we naar de volgende stelling… ehumm… ja binnen de ambulante vroege psychose teams is spraken van goede verslavingszorg… dit is een stelling… ja hoe zien jullie dit, gaat het op dit moment goed of…
R36: misschien goed genoeg, maar het kan beter
Irene: en wat kan er dan precies beter?
R36: toch meer kennis bij alle ehuu medewerkers en elkaar in samenwerking opdoen... ik heb een paar cliënten en eentje zei, ja ik overweeg om naar de overweging groep te gaan, en dat overweegt hij al een jaar, en dan denk ik ja hoe krijg je het voor elkaar bij iemand om het toch anders te doen, ik bedoel hij werkt gewoon, hij heeft vrienden ehumm maar hij blowt wel en dan ga ik dus niet zeggen van ja, dan ga je dus negatieve symptomen ehuu weg als je stopt. Dat is nogal ingewikkeld, dat is evendenced based zorg hebben we toch wat meer nodig en wat meer kennis van wat nou echt werkt denk ik, bij alle medewerkers, zodat je het gewoon mee kan nemen

R9: ja en ik denk ook dat de ehuu beschikbare interventies die er gewoon zijn dat tie ook niet goed geïmplementeerd zijn, een jaar geleden heeft bijvoorbeeld in Amsterdam ehuu een onderzoek gedaan naar ehuu dat interventies ouders getraind werkten om het cannabis gebruik, middelengebruik van hun psychotische kind ehuu te verminderen, nou dat bleek best goed te werken ik weet niet of dat ergens daarna ooit geïmplementeerd is.
R37: ja bij ons wel, nou die tranig werkt heel goed en zijn we ook heel enthousiast over ehum dus de combinatie training interactie vaardigheden en dan ook nog een stuk multinational interviewen en dar is ook een evaluatie over gedaan, maar die moet nog gepubliceerd worden, ik weet ook niet of er daarbij nou gekeken is naar goh meer naar het proces en minder na de uitkomst namaten de verslaving… dus moeilijk om te zeggen of dat nou werkt
R9: nou het blijft in elk geval een vraag, er is behoefte aan blijkbaar
R37: ja daar is een heel grote behoefte aan ja
R23: jullie zijn misschien wel de enigste in het land die het geven, wij zijn ehuu, opzoek geweest naar mensen die die training zouden kunnen geven aan ons he, aan hulpverleners en die training, die bestaat helemaal niet meer joh
R37: nou... die wordt nog wel ergens gegeven ik dacht volgends mij ggz Friesland ehumm...
R23: aan hulpverleners?
R37: nee ehuu aan familie
R23: ja dus de interventie bestaat, maar hoe je het moet leren, dat wordt niet meer…
37: nou dat gaat dus door de mand ehu het is ook wel heel duur, dus dat is dan wel lastig ook van die interventie, dat je dus ook iemand ehum extern moet inhuren, dat kost natuurlijk ook geld, en je moet zelf mensen opleiden en je moet er toch in investeren, voor mij ehu is het toch wel lastig om dat drijvende te houden zeg maar, wij hebben dan wel twee trainers maar als er eentje ziek wordt dan heb je al ehu een probleem…
R23: maar even voor de zekerheid, het is dus ook die motiverende gespreksvoering voor voor, familie van mensen met verslavingsproblematiek?
R9: ja dat zit hem in de interactie
R37: ja de trial die in Amsterdam gedaan is ehum dat is een combinatie van interactie vaardigheden en de multinational intervuwing achter elkaar… 12 sessies
R16: volgends mij ook in Utrecht ja vanuit ehu ypsilon in Utrecht. Dat is niet hetzelfde als de Mat? Zou ik even na moeten kijken…
R23: want dat is inderdaad raar he, er zijn toch wel wat ehuu... een veelbelovende interventie en mensen zijn daar heel erg over te spreken, familie waardeert dat dus enorm en op de een of andere manier valt het ergens dood en en wordt die interventie niet meer …
R16: ja net als de Mat he, dat is een hele mooie interventie, dat is ook heel duur maar dat ehuu ja
R9: jij kent het ook?
R38: nou ik heb ook lang gedacht om met de mat iets te doen, ik hoor ook van heel veel ouders dat als ze iets gevolgd hebben zijn ze zo enthousiast en ik dacht van nou daar moet wat mee gebeuren, dus ik heb ook gebeld hiervoor en dan inderdaad die kosten, nou die zijn zo ontzettend hoog,
R9: haha we kunnen misschien als netwerk voege psychose een onderhandeling gaan beginnen, dat we massaal gaan inkopen en dat we zeggen dat willen we wel ehu voor een fractie van de prijs
R38: of zelf opgeleid worden, ik bedoel je kan natuurlijk twee mensen opleiden en heb ik ook gevraagd en toen zeiden ze, ja maar hoe vaak gaat u het doen, ik zei naja dat weet ik niet twee groepen wel kan permitteren, toen zij hij gelijk, nou dat is niet de moeite waard, u moet toch zeker wel zeven groepen doen in een jaar wil je de kosten eruit halen, ja jeetje dat vind ik dan wel weer heel erg veel
R9: ja dat maakt het wel weer lastig
R38: ja, heel lastig, dan moesten we gewoon naar de ziektekostenverzekeraar, die ging het dan misschien wel betalen, naja goed, ik ben nog niets verder
R9: ja maar dit illustreert altijd hoe implementatie gaat, dat is zo ontzettend stroperig altijd, maar goed he daar gaan zei ons ook advies over geven natuurlijk he…
Irene: ja haha
R9: goed ehu nog wat anders?
Irene: even kijken ehuu...
Olivier: ehuu dit is een letterlijke tekst wat ik in de EBRO-module zag, dat is dat specialisme dat is noodzakelijk ehu in de vroege psychose zorg en in de teams, en er stond ehum aanvullen is verslavingsdeskundigheid ehuu nodig ik vroeg me af, ehu of jullie dit noodzakelijk in het team vinden en zo ja, in hoeverre is het dan noodzakelijk, is het echt noodzakelijk om een deskundige in het team te hebben of een bepaalde vorm van deskundigheid, ben ik heel benieuwd naar
R30: dat is wel noodzakelijk

R12: deskundigheid is wel noodzakelijk
R9: maar het grappige is dat de de eerste beetje resultaten die we zagen en de enquêtes zien we dat heel veel teams dat niet hebben, dus het is er niet
Irene: ja, nee het is er niet of het is er wel maar is er toch behoefte aan nog meer eigenlijk, dat hebben we veel gezien
Olivier: ja, iemand had ook gereageerd, samenwerking met de verslavingszorg en kennisuitwisseling
Irene: er zijn echt heel veel verschillen in ja inderdaad
R39: ik vind het wel een aanvulling, de ervaringsdeskundige binnen ons team, die is ook verslavingsdeskundige die weet ook wel een beetje hoe mensen zich gedragen en hoe ze zich bewegen en die pikt er ook weer hele ander dingen uit dan dat wij dat ehuu zien
Irene: ja
R39: we vinden het wel echt een aanvulling, we nemen hem ook graag mee als we mensen niet zo goed gemotiveerd krijgen dus als het hem niet lukt, dan is het heel hardnekkig
R9: ja kijk dat is dan ook tegelijkertijd een ehuu lastig advies want ja, dan moet je ook maar iemand vinden die die combinatie van kwaliteiten heeft he
R12: nou 40 procent
Irene: haha ja nou 47 procent
R39: ja als 47 procent een psychosen een verslaving hebben, dan zou er misschien wel wat kunnen, hij weet ook al die termen enzo en die straattaal, als wij dan met onze oren zitten te klapperen den ehu… ja
Irene: ja oké, nou ja, ehum heel erg bedankt, echt heel fijn… we hebben heel wat nieuwe informatie gekregen… ehuu, zijn er nog vragen voor ons? Of opmerkingen?
R40: ja ik weet niet of jullie dat weten, maar ik hoorden dat er niet echt evidente trials zijn qua verslavingszorg maar ik hoor nu ook weer wat anders is er nou echt iets wat heel evident werkt? Of niet? Bij mensen met een psychose en een verslaving?
Irene: ja wij vonden het ook echt heel moeilijk om specifiek voor mensen met een psychose en een verslaving te vinden, ook in de EBRO-module hebben we er wel wat over gevonden, maar dat was ook wel een klein stuk, dat valt ons ook wel op zeg maar dat er niet echt een ehuum een echt ehumm... je hebt bijvoorbeeld wel een vroege psychose zorgstandaard en een verslavingszorg standaard maar bij elkaar is dan toch wat lastiger om dat te vinden zeg maar…
R9: nou ik weet me te herinneren er werd een publicatie over gemaakt, precies hier over en toen dacht ik nou eindelijk is het zover… en toen bleek het helemaal niet te werken maar het was wel zo goed uitgevoerd dat het in een tijdschrift kwam… maar dat geeft dus ook wel aan hoe verschrikkelijk moeilijk het eigenlijk is he, dat als je zo'n strak uitgevoerde behandelstudie doet, dat het dan nog niet helpt, dat dan dus het is een hele hardnekkige problematiek, maar dat gaf mij dan ook wel de overtuiging van, dan kan je zeggen dus… laat maar… maar iedereen heeft toch wel ehu… ik vindt het wel leuk om te horen hoe iedereen, dat er toch wel dingen zijn en ook wel echt helpen en nuttig zijn he dus ik denk dat we vooral jullie moeten helpen om die dingen bij elkaar te brengen zodat we er in het dagelijks werk hier toch wel mee aan de slag kunnen en ehum… misschien komt daar wel uit dat je een deel van de zorg als team op je kan nemen… maar er zou altijd verslavingszorg nodig zijn voor een ehm groepje
Irene: ja, oké, ja, dan wilde in eigenlijk nog even vragen dat als je de enquête nog niet hebt ingevuld om deze nu even in te vullen, volgends mij is daar nu ook nog even tijd voor, toch? Hij staat in de link en als het goed is ook in de mail…
Wim Veling: oké nou, dank jullie wel voor deze mooie presentatie en voor jullie hulp bij deze puzzel ja bedankt
Applaus

Bijlage 4. Overige

4.1. Observatie dag Groningen

De begeleiders van vandaag zijn K en B, allebei een SPH achtergrond en noemen zichzelf Sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Zij begeleiden de groep en krijgen hierin ondersteuning van S, vierdejaars stagiaire SPV en bezig met haar afstudeerstage. Het gaat goed want ze heeft al een baan aangeboden gekregen vanuit het UMCG.
Met dit team begeleiden zij een open afdeling waar 10 vrije bedden zijn. Er is dus plek voor 10 cliënten , maar omdat men in en uitloopt verschilt dit tijdens de dag. De cliënten zijn allemaal volwassen en zijn psychosegevoelig of hebben momenteel last van een psychose. Bij acute zorgnood worden ze overgeplaatst naar de gesloten afdeling om de hoek. Naast de vrije bedden zijn er ook nog vrije 'stoelen', deze zijn voor cliënten die langskomen voor begeleiding, coaching en therapie en daarna weer op huiswaarts aangaan.

We zitten samen in de werkruimte van K en B die in de afdeling gevestigd is. Ze hebben hier twee computers staan en een systeem 'EPIC', dat de medicijnen van de cliënten schijnt te regelen en te rapporteren. Wat opvalt is dat de deur van de kantoorruimte open staat en dat cliënten regelmatig binnenlopen om hun medicijnen te krijgen. K legt uit dat dit aansluit bij de visie van hun team, om van cliënten vertrouwen te krijgen moet je ze eerst vertrouwen geven. Daarnaast maak je cliënten gelijken door de deur open te laten staan. Er heerst een vertrouwd klimaat waarin betuttelen uit den boze is. Volgens K zijn er als begeleiders een aantal belangrijke aspecten die ze nastreven. Dit is kritisch blijven kijken naar de manier waarop er zorg geleverd wordt, open staan voor contact met client en echt op een gelijkwaardig niveau met de client communiceren.

Vervolgens ben ik ingegaan op de verslaving van cliënten . Ze vind dit een redelijk probleem. Ze ziet dat cliënten lastig te behandelen zijn als ze gaan blowen als ze buiten zijn. Ze worden er psychotischer van. Vaak is er niet eens sprake van een echte verslaving, maar blowen ze gewoon regelmatig. Er is binnen het team geen verslavingsdeskundigheid, ze hebben een goede samenwerking met de verslavingszorg verderop. Tussen verslavingszorg en ggz zit echter wel een cultuurverschil. Bij verslavingszorg willen ze gemotiveerde cliënten en ggz staat ze bij wijze van altijd met open armen op te vangen. Daarom zeggen ze bij verslavingszorg nog steeds weleens dat ze beter eerst hun psychose kunnen behandelen. Ondanks deze klachten kunnen veel cliënten nog goed functioneren, volgens K maken vrouwen nog weleens een opleiding af.

Vervolgens laat K mij het gebouw zien. We lopen naar de gesloten afdeling, waar ik al een iets gestresster en groter team tegenkom. We bekijken de isoleerceleen en lopen richting de werkplaatsen. Hier komt men voor ontspanningsoefeningen of arbeidstherapie. Ook zie ik de binnentuin en de ouderenafdeling. Ook bekijk ik de geboden therapieeen van het UMCG aan verschillende cliënten . Dit zijn workshops, CGT, Psychomotorische therapie, ontspanningsoefeningen, psycho-educatie en arbeidstherapie vrije inloop. Veel cliënten zitten hier ongeveer een half jaar en komen wisselend binnen. Ze zijn over het algemeen 2 keer in de week thuis. Als laatst wilt K iets zeggen over de verslavingszorg. Ze vindt vooral de omgeving van cliënten van grote waarde. Ze ziet cliënten echt aftakelen (criminaliteit, drugs) als ze met foute vrienden omgaan. Dit is een belangrijke sleutel in het herstelproces.

Vervolgens heb ik zelf meegeluncht met de cliënten en werd ik met open armen ontvangen. Mijn indruk van de cliënten was dat ik ze erg stil en bijna 'relaxt' vond, dit kwam volgens K ook door de medicijnen. Ook valt het op dat deze mensen allemaal een goed stel hersens hebben, maar heel erg chaotisch praten. Je merkt ook dat ze het overzicht gewoon kwijt zijn, maar dat is logisch met een psychose. Tot slot hadden we een gesprek met R.

4.2. Groepsgesprek G, V & A

Aanwezig: D (VIP-team V), S (VIP-team (DVI) T) en M (VIP-team G).

D
D is de psychiatrisch verpleegkundige in opleiding binnen het VIP-team in V. In V merkt zij dat er zeker handelingsverlegenheid optreedt met betrekking tot de verslavingszorg. In de intake wordt er wel even gevraagd naar middelengebruik van de cliënt, maar hier wordt door het team zelf niet veel meer mee gedaan. Ze geeft aan dat de verslaving(zorg) er vaak onder doorschiet of wordt onderbelicht. Omdat de verslavingszorg niet heel standaard in de behandeling is opgenomen, geeft D aan dat het soms een erg beladen onderwerp wordt om met de cliënt over te praten en al helemaal om er dieper op in te gaan. Ook geeft de cliënt dan wel eens aan dat hij/zij nog meer zin krijgt om het middel te gebruiken als ze het er net over heeft gehad. Binnen haar team wordt er wel gebruik gemaakt van de methodiek motiverende gespreksvoering, maar niet specifiek voor de verslavingszorg. Verder worden er geen methodieken door haar team gebruikt om de behandeling van de verslavingszorg aan te pakken. Er zit geen tot weinig structuur in de gespreken over een verslaving en daardoor verdwijnt het onderwerp naar de achtergrond. Ook is er een angst binnen het team, dat als ze ineens over de verslaving gaan beginnen tegen de cliënt, het de relatie met de cliënt met betrekking op de rest van de behandeling minder wordt. D ziet hier wel een verbeterpunt in en zou graag meer tools beschikbaar hebben om dit aan te kunnen pakken.

S
S is de verslavingsdeskundige binnen het VIP-team in T. Hij heeft zelf werk ervaring binnen de verslavingszorg en heeft daardoor er ook een passie voor om zijn kennis op het gebied van verslaving bij te houden. Bij de intake op zijn werkplek wordt er gebruik gemaakt van de screeningslijst MATT 1. Naarst de standaard vragen (lijsten) bij de intake wordt deze lijst afgenomen en er wordt hierbij gekeken naar het middelengebruik met betrekking op het hele leven van de cliënt en daarbij de laatste 30 dagen van eventueel middelengebruik van de cliënt. Hierdoor wordt het bespreken van middelengebruik gedurende de behandeling ook minder beladen, het hoort er vanaf het begin al bij. In het protocol van het team is opgenomen dat als een cliënt middelen gebruikt of verslaafd is aan het gebruik van middelen, dit wordt aangepakt met 12 sessies (wel afhankelijk van de cliënt of deze meer of minder sessies nodig heeft) individuele cognitieve gedragstherapie. Hierbij wordt het handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik gebruikt als leidraad. Hierbij is het erg belangrijk om het netwerk van de cliënt en eventuele vrienden hierbij te betrekken. Ook is het belangrijk om de verslaving uit te leggen aan het netwerk met hierbij tools voor het netwerk hoe zij hier mee om kunnen gaan.

M
M is psychiatrisch verpleegkundige in het VIP-team in G. Binnen dit team worden er geen standaard lijsten uitgevoerd met betrekking op verslaving/middelengebruik. Ook zij merkt handelingsverlegenheid als het gaat om verslaving. Binnen dit team werken ze wel samen met de verslavingszorg en er komt een deskundige af en toe op de locatie van het VIP-team voor een inloop uur van de cliënten, maar er zijn geen korte lijntjes tussen de behandelaar van de verslavingszorg en de behandelaar in het VIP-team.

Discussiepunten die door alle teams zijn aangegeven in het gesprek:

- Medicatie: de psychiater schrijft bij middelengebruik van de cliënt vaak medicatie voor die de afkick verschijnselen verminderen. Het middel colazapine wordt vaak als laatste medicatie middel/redmiddel ingezet, terwijl dit middel vaak wel (het beste) helpt bij de cliënten. Dit middel heeft echter wel bijwerkingen, maar om de behandeling goed te kunnen starten van ook de psychose, word dit middel door de teams toch als een grote meerwaarde beschouwd.

- Motivatie: het is van belang om de kennis van de verslavingszorg en bijbehorende methodieken goed bij te houden voor een goede behandeling naar de cliënten toe. Dit vraagt wel een motivatie en tijd vanuit de werknemers. Hierbij is het van belang kennis op te doen en bij te houden over verslaving(zorg). Ook (opfris) cursussen zijn van groot belang, dit is door organisatorische aspecten (financiën ect) niet altijd mogelijk.

- Motiverende gespreksvoering: Motiverende gespreksvoering is de belangrijkste methodiek voor de eerste stap met de cliënt, vooral bij mensen met een verslaving en een psychose is het van heel groot belang om dit als hulpverlener onder de knie te hebben. De meeste werknemers gebruiken deze methode ook, maar het is goed om ook hier een keer in de zoveel tijd opfris cursussen in te geven. Hierbij is het van belang dat de hulpverlener de motiverende gespreksvoering zichzelf eigen maakt.

Bijlage 5. De goudenstandaard

De Gouden standaard

Richtlijnen en adviezen

volgens bestaande literatuur voor mensen met een vroege psychose en verslaving.

Gemaakt door Olivier Blonk, Irene Hanegraaf en Joycelynn Claver

Inhoud

Inleiding **111**
Richtlijnen en adviezen **113**
Literatuurlijst .....Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlagen **117**
BIJLAGE A: Diagnostiek **118**
BIJLAGE B: Behandeling **119**
BIJLAGE C: Cognitieve gedragstherapie **123**

Inleiding

Het onderzoek is toegespitst op het in kaart brengen en het verbeteren van de verslavingszorg in de VIP-teams of de vroege psychose zorg. Het in kaart brengen van deze verslavingszorg binnen de teams is via de enquêtes al voor een groot deel voor elkaar gebokst. Hoe deze zorg te verbeteren is, is een ingewikkeldere vraag. Om hier antwoord op te krijgen zijn er veel verschillende geluiden van verschillende professionals binnen de VIP-zorg nodig. Door middel van interviews en groepsgesprekken gaan deze geluiden, meningen en visies meegenomen worden in het onderzoeksrapport en bij de formulering van de conclusie. Naast de expertise van de mensen in het werkveld zijn er verschillende kwaliteitsstandaarden waarin beschreven staat hoe zorg ingericht moet worden om kwaliteit te waarborgen. Alle aanbevelingen en criteria in deze standaarden zijn wetenschappelijk onderbouwd. Denk hierbij aan de zorgstandaarden van 'Kwaliteitsontwikkeling GGZ', zoals de 'Zorgstandaard Psychose', of 'Richtlijnen stoornissen in het gebruik van cannabis'. is er helaas nog geen kwaliteitsstandaard op het gebied van verslavingszorg binnen de Vroege Psychose teams, dus is er besloten om deze zelf op te stellen. Dit noemen we voor het gemak maar even de 'Gouden standaard'.

De 'Gouden Standaard' is een samenvatting van de belangrijke punten uit de bestaande kwaliteitsstandaarden, omtrent het waarborgen van inhoudelijke kennis binnen de behandeling van cliënten met een vroege psychose en een verslaving. De bronnen bestaan uit zorgstandaarden, richtlijnen en adviezen en zijn geschreven door professionals met als doel om de kwaliteit van zorg binnen de behandeling te waarborgen. De gebruikte literatuur is een combinatie van verslavingszorg en psychiatrie, hierbij is er gekeken naar adviezen waarbij er sprake is van een hoge mate van consensus tussen de verschillende stukken. Er is gebruik gemaakt van de volgende literatuur:

1. Kwaliteitsontwikkeling GGZ Samenvatting
2. Stel, J. van der (2016). 'Duurzaam herstel bij verslaving plus een andere psychische stoornis'. Phrenos. Haarlem.
3. LEDD (2016). ''Generieke interventies voor geïntegreerde diagnose behandeling''. Utrecht.
4. NVO, BPSW en NIP (2016). ''Richtlijn/onderbouwing middelengebruik (jeugdhulp en jeugdbescherming). 1e druk.
5. Duin, D. van (2018). Module vroege psychose (EBRO).
6. Resultaten scoren (2003). Dubbele diagnose, dubbele hulp.
7. Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2018). 'Richtlijnen Stoornissen in het gebruik van cannabis'.
8. Individueel vooronderzoek

De ‘Gouden Standaard’ is onderverdeeld in richtlijnen/adviezen voor de professional (mesoniveau) en voor de organisatie (mesoniveau). Deze twee delen zijn weer onderverdeeld in verschillende richtlijnen zoals ‘diagnostiek’ of ‘het stimuleren van de eigen kracht’. Elke richtlijn is opgebouwd uit een x aantal adviezen, voortkomend uit een van de hierboven genoemde kwaliteitsstandaarden. Deze adviezen zijn te categoriseren in ‘adviezen voor professionals en organisaties’ en ‘specifieke methodieken en interventies’. Waar toelichting nodig geacht wordt zal er worden verwezen naar de bijlagen. Hier zijn bepaalde begrippen aangevuld met behulp van andere bronnen, te vinden in de literatuurlijst. Het is belangrijk om te weten dat deze lijst geen dwingend karakter heeft, het wilt alleen een overzicht bieden met welke kennis er nodig is en daarnaast optioneel gebruikt kan worden in de behandeling. Ieder VIP-team heeft een andere samenstelling en een andere caseload, daarom zal een bepaalde interventie of methodiek meer van waarde kunnen zijn bij het ene team dan bij het andere. Ondanks dat het onderzoek is toegespitst op de leeftijdsgroep van 18 - 35 jaar zullen er bepaalde methodieken in de standaard staan die zijn ingericht op de jeugd, omdat verscheidene van deze methodieken ontworpen zijn voor adolescenten tot en met 23 jaar oud. Er zullen ook methodieken te vinden zijn die toegespitst zijn op een bepaalde behandelgroep, zoals cliënten met een licht verstandelijke beperking.

Richtlijnen en adviezen

Vanuit professionals

Richtlijn	Advies
Diagnostiek	➢ Diagnose op gebied van verslaving en psychose via DSM-5. ➢ Zo snel mogelijk aanbevelingen doen na de diagnose. ➢ Probleem op verschillende domeinen in kaart brengen. Professionals zijn op de hoogte van de verschillende aandoeningen van patiënt. ➢ Het in kaart brengen van verschillende risicofactoren. ➢ Regiebehandelaar stelt de totale ziektelast vast samen met de cliënt. ➢ In kaart brengen of andere problemen zoals hallucinaties en angsten voortkomen vanuit het middelengebruik en zo niet de psychose. ➢ Het in kaart brengen van sociale rollen (kijken naar de steun die iemand krijgt). ➢ **Methodieken en interventies:** SMA, CRAFT, CAGE /CAGE-AID in combinatie met INDEX OF SUSPISION, ASI, MINI, MATE, 'Structuurdiagnose' en het 'Stoplicht model'. (zie bijlage A).
Het maken van een zorgplan waarin een combinatie van verschillende expertises wordt geboden.	➢ Het vormen van realistische en haalbare doelen. ➢ Zorgverlener stelt samen met de patiënt behandeldoelen en behandelplannen vast. ➢ Verdiepen in het ontstaan van gedrag. ➢ Alert zijn op risico-, bevorderende en belemmerende factoren. ➢ Persoonlijk contact onderhouden met verslavingszorg bij ontwerp zorgplan. ➢ Rekening houden met ingrijpende ervaring van behandeling voor dagelijks leven cliënt.
Uitgaan vanuit eigen kracht cliënt.	➢ Houdt rekening met de mens achter de cliënt en staar jezelf niet teveel blind op diagnostische labels. ➢ Helpen bij het herkennen van beperking of probleem. ➢ Ga uit van de eigen kwaliteiten van de cliënt. ➢ **Interventies/methodieken:** 'Wrap around care' (zie bijlage B)
Cliënten eigen keuzes laten maken.	➢ Luisteren naar de cliënt. ➢ **Interventies/methodieken:** Shared Decision making (zie bijlage B)
Het bieden van herstel-ondersteunende zorg.	➢ Focus leggen op maatschappelijk en persoonlijk herstel en daarbij horende aspecten zoals huisvesting en schuldenproblematiek (financiële situatie), ➢ Tijdens het herstelproces richten op persoonlijk balans, rehabilitatie, sociale inbedding en huisvesting ➢ Voorkomen van een sociaal isolement ➢ Rekening houden met terugval**.** ➢ **Interventies/methodieken:** Sociale vaardigheidstraining (zie bijlage B)
Focus op preventie.	➢ Het bieden van preventie programma's ➢ Richten op het voorkomen van een psychose en het behoudt van het sociaal functioneren ➢ **Interventies/methodieken:** CGT UHR interventie, Selectieve preventie, geïndiceerde preventie (zie bijlage B).
Werken op basis van motivatie van de cliënt.	➢ Monitoring van de levensbehoefte en de motivatie van de cliënt ➢ **Interventies/methodieken:** Motiverende gespreksvoering (zie bijlage B)
Het betrekken van de omgeving van de cliënt bij de behandeling.	➢ Ga in gesprek met het netwerk over middelengebruik. ➢ Geef de omgeving tips over hoe zij middelengebruik kunnen signaleren. ➢ Houdt rekening met de leefstijl van de cliënt ➢ Luisteren naar de verwachtingen en de wensen van het netwerk en de cliënt.

	➢ **Interventies/methodieken:** Systeemgericht werken, Psycho-educatie aan betrokkenen en omgeving van cliënt over de problematiek, het organiseren van familie-interventies. 'MDFT (Multi-Dimensional Family Therapy' (zie bijlage B)
Problemen integraal benaderen.	➢ Rekening houden met de problemen op verschillende leefgebieden. ➢ Heb aandacht voor iedere hulpvraag ➢ Neem eventuele fysieke problematiek ook mee in behandeling ➢ Combinatiebehandeling ➢ **Interventies/methodieken:** IDDT Model (zie bijlage B)
Creatief werken	➢ Het uitvoeren van creatieve activiteiten om meer inzicht te krijgen in bijvoorbeeld het gebruik van cannabis. ➢ **Interventies/methodieken**: 'Cannabisshow', 'Trip een reis door de wereld van drank en drugs' (zie bijlage B).
Reflecteren op het eigen handelen	➢ Kwaliteitsindicatoren zijn van belang voor de kwaliteitsverbetering (reflectie) ➢ Intervisie, supervisie
Rapporteren en evalueren	➢ Rapporteer het behandelingsproces nauwkeurig en zorgvuldig ➢ Evalueer het proces bij elke fase van de behandeling en betrek hierbij alle disciplines
Het onderhouden van een goede relatie met de cliënt	➢ Werken aan de vertrouwensband ➢ Een open en oordeel loze houding. ➢ Toon empathie en begrip. ➢ Werk niet met een stempel. ➢ Neem een voorbeeldfunctie aan. ➢ Stel grenzen en hou jezelf eraan. ➢ Geef de cliënt adviezen, tips en handvatten maar laat de keuze bij hen zelf. ➢ **Interventies/methodieken:** Cognitive behavioral integrated treatment (CBIT) (zie bijlage C)
Behandel-strategieën gebruiken	➢ Verhelderen van discrepantie tussen doelen en voortzetting van het schadelijk gedrag. ➢ Blijf meebewegen met de weerstand en biedt hoop en perspectief. ➢ Zie een crisis als kans. ➢ Aandacht voor maatschappelijke problemen tijdens de behandeling. ➢ Behandeling van somatische problemen. ➢ Probleemoplossend werken.
Observeren en signaleren	➢ Vroeg signaleren van alcohol en cannabis gebruik ➢ **Interventies/methodieken:** Het toepassen van 'stadia van gedragsverandering' met de cliënt (zie bijlage B)
Het bieden van zelfmanagement	➢ Verzameling van kennis, gedrag, activiteiten en hulpmiddelen waarmee mensen met een chronische ziekte regie houden op hun eigen leven.
Bespreek het middelengebruik structureel	➢ Maak middelengebruik bespreekbaar. ➢ **Interventies/methodieken**: 'Stappenplan handelingsverlegenheid rondom verslaving' (zie bijlage B)
Voorlichtingen, cursussen en trainingen voor cliënten aanbieden (helpen zoeken)	➢ Voorlichtingen ➢ Preventie projecten ➢ Leefstijltrainingen ➢ Kennis trainingen omtrent verslaving ➢ **Interventies/methodieken:** Voorlichting 'Bekijk t nuchter', trainingen 'Omgaan met middelen en verslaving' (voor personeel en cliënten) (zie bijlage B)
Werken met een lange termijn perspectief	➢ Werken met verschillende fases (acute fase, stabilisatie fase, stabiele fase)

Cognitieve gedragstherapie	➢ Uitvoeren van gedragsinterventies ‘Brains for use’ en ‘stay-a-way’ (zie bijlage C) ➢ Contingency management (zie bijlage C) ➢ Cognitieve herstructurering (therapie) ➢ Cognitief gedragscopingsvaardigheden training (alcohol) (zie bijlage C) ➢ G-schema toepassen (zie bijlage C) ➢ Werken met beloningssystemen ➢ Community reinforcement approach (CRA) (zie bijlage C) ➢ Gebruik van het COM-B model (zie bijlage C)
Uitvoeren van overige verschillende behandelmethodieken (interventies organiseren)	➢ Psycho- educatie individueel ➢ Psychosociaal en psychotherapeutische behandeling (zie bijlage B) ➢ Medicamenteuze behandeling (zie bijlage B) ➢ Vaktherapieën ➢ Complementaire en aanvullende behandelwijze (zie bijlage B) ➢ Organiseren van groepsbehandelingen/lotgenoten groepen (zie bijlage B) ➢ Online zelfhulpprogramma’s (zie bijlage B) ➢ Het afnemen van urine- en blaastesten ➢ Crisis management ➢ Leefstijlinterventies ➢ Adherente therapie en behandeling voor comorbide stoornissen (zie bijlage B). ➢ Libermannmodule (zie bijlage B)

Mesoniveau/organisatorisch	
Richtlijn /Advies	**Tips**
Duidelijke regels in het team	➢ Regels opstellen rondom middelenmisbruik en veiligheid. ➢ Wees bewust van eigen visie op middelengebruik of van eigen manier van het gebruik van middelen en maak dat bespreekbaar in je team. ➢ Stel een protocol op waarin de visie op middelengebruik vastgelegd is. ➢ Bepalen van de eigen waarden en normen over middelengebruik.
Maak gebruik van deskundigheid in het team en buiten het team	➢ Werk met ervaringsdeskundigen. ➢ Er is een regiebegeleider. ➢ Het doorverwijzen naar verslavingszorg als er sprake is van ernstige onthoudingsverschijnselen en ernstig herhaaldelijk agressief gedrag bij stoppen of minderen . Ernstige symptomen van psychopathologie in combinatie met de stoornis zoal psychotische symptomen en als het de reguliere begeleiding in de weg staat. ➢ Breng de verschillende expertises samen en houdt goed contact over de cliënt. ➢ Sluit een samenwerkingsovereenkomst af met verslavingszorg waarin alle afspraken omtrent de behandeling van de cliënt staan en wanneer er contact wordt gelegd tussen deze twee disciplines. ➢ Het opstellen van brochures over verslaving. ➢ Een aandacht functionaris die aandacht heeft voor verslaving het team die interventies organiseert over verslaving (hier is een speciale opleiding voor). ➢ Aanbevolen functies binnen een VIP: Ervaringsdeskundige, trajectbegeleider (IPS), sociaal psychiatrisch verpleegkundige, verpleegkundig specialist, maatschappelijk werker, psycholoog en psychiater, verder is er binnen het team deskundigheid vereist op het gebied van verslaving en jeugdpsychiatrie (VIP). ➢ Regelmatig communicatie tussen de verschillende professionals.
Kennis en scholing	➢ Investeren in de eigen kennis over middelen en het aanleren van vaardigheden voor de omgang met middelen gebruik. ➢ Steun en advies van deskundigen d.m.v. intervisie bijeenkomsten. ➢ Een implementatietraject over dubbele diagnose behandeling invoeren. ➢ Werken aan kennis en vaardigheden zoals screeningslijsten en interventies.
Diverse disciplines en behandelingen aanbieden als team	➢ Een geïntegreerde behandeling. Werken als 1 team en gelijktijdig dezelfde behandeling bieden, richten op zoveel mogelijk leefgebieden, schadelijke effecten van eerdere behandelingen terugdringen. ➢ Werken met richtlijnen tussen beiden sectoren (ggz/verslavingszorg).
Financiële bijkomstigheid	➢ Middelengebruik is belangrijk en moet door het management meegenomen worden in de onderhandelingen met de verzekeringsmaatschappij. ➢ Management moet opleidingsmogelijkheden aan het personeel aanbieden.

De Bijlagen

Begrippenlijst

BIJLAGE A: Diagnostiek

SMA: Sportmedische vragenlijst.

CRAFFT: Met het screeningsinstrument CRAFFT kunnen artsen en andere eerstelijnsgezondheidswerkers simultaan alcohol- en ander middelengebruik screenen bij kinderen en jongeren van 12 tot 18 jaar. Het is een korte, gevalideerde tool bedoeld om na te gaan of een gesprek over het middelengebruik aangewezen is (Moernaut, 2017).

CAGE /CAGE-AID: De CAGE-AID (middelen). Deze vragenlijst bestaat uit vier vragen en lijkt ook geschikt voor gebruik bij jongeren. Nadelen zijn dat het een mindere validiteit heeft bij vrouwen en GGZ populatie. De vier vragen zijn:

1. Ik denk dat het goed zou zijn als ik wat minder alcohol of drugs zou gebruiken.
2. Ik erger me aan opmerkingen die mensen maken over mijn alcohol- of druggebruik.
3. Ik voel me wel eens vervelend of schuldig gevoeld over mijn alcohol- of druggebruik.
4. Ik heb wel eens direct na het opstaan alcohol gedronken of drugs gebruikt om de zenuwen de baas te worden of om van een kater af te komen (Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie, 2018)

INDEX OF SUSPISION: De Index of Suspicion is niet bedoeld als screener. De Index is alleen bedoeld als lijst met aandachts- c.q. observatiepunten die erop kunnen wijzen dat er wellicht verslavingsproblematiek speelt (Redactie Psychiatrie Nederland, 2015).

ASI: De ASI (Assessment Middelengebruik) is een instrument voor het vaststellen van middelengebruik. Bij een positieve uitslag van de screening op middelengebruik wordt aanbevolen om de alcohol en drugssectie van de Addiction Severity Index (ASI) af te nemen, zo mogelijk aangevuld met de overige ASI secties (Ledd, 2003).

MINI: Het MINI interview is een beproefde methode waarmee psychische klachten kunnen worden opgespoord. Zo kan met behulp van de MINI bijvoorbeeld worden vastgesteld of u last heeft van een depressie of van angstklachten. MINI staat voor “Mini International Neuropsychiatric Interview”. De test werd bedacht door Sheehan in de Verenigde Staten en Lecrubier in Frankrijk in 1995. Het is niet zo maar een test, maar een betrouwbaar werkinstrument dat gebruikt wordt om de diagnose van psychische klachten te stellen (Psymens, 2018).

MATE: De Mate is een nieuw instrument dat geschikt is voor het meten van patiëntkenmerken in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. MATE staat voor Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie. Met behulp van de MATE kan adequaat en snel een indicatie gesteld worden voor zorg en behandeling in de verslavingszorg en voor de evaluatie van deze verleende zorg en behandeling (Resultaten scoren, 2018).

Structuurdiagnose (bij suïcidale patiënten): Bij het behandelen van suïcidale patiënten is het gezamenlijk opstellen van een structuurdiagnose een belangrijke eerste stap. Hierbij brengen de patiënt en de behandelaar alle facetten van de suïcidaliteit in kaart: eerdere pogingen, de aanleiding, valkuilen, beschermende en belemmerende factoren, en risicovolle situaties die opnieuw tot suïcidaal gedrag kunnen leiden. Het Centrum Intensieve Behandeling van Palier staat hier uitgebreid bij stil met patiënten. Zo kan worden bepaald welke verantwoordelijkheden de patiënt zelf aan kan en in welke situaties het behandelteam verantwoordelijkheden van de patiënt overneemt om ongelukken te voorkomen (113 Zelfmoordpreventie, 2016).

BIJLAGE B: Behandeling

IDDT: Geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling (IDDT)
Geïntegreerde dubbele diagnosebehandeling bestaat uit gecombineerde aandacht voor (de interacties tussen) psychiatrische en verslavingsproblematiek vanuit één multidisciplinair team. De toolkit 'Integrated Dual Disorder Treatment' (IDDT) vormt het uitgangspunt. Aan de basis van IDDT ligt het model van Motivational Interviewing (MI) van Prochaska en Diclimente. In dit model wordt de behandeling afgestemd op de fase van motivatie waar de patiënt zich bevind
Hoewel er onvoldoende evidentie bestaat voor geïntegreerde behandeling conform het IDDT model, wordt aanbevolen om bij patiënten met een stoornis in het gebruik van cannabis en een comorbide psychiatrische stoornis de problematiek in samenhang te benaderen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Zelfhulpprogramma's: Digitale (online) zelfhulpinterventies kunnen effectief zijn in het verminderen van het cannabisgebruik bij volwassenen die (nog) geen professionele hulp zoeken, kunnen op elk gewenst moment worden gebruikt, zijn relatief goedkoop, en worden om deze redenen aanbevolen. (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Groepen: In de zelfhulpgroep komen verschillende naasten van verslaafden bij elkaar, waarbij verschillende verslavingsproblemen spelen. Toch blijkt steeds dat iedereen tegen dezelfde thema's aanloopt. Er is daardoor veel herkenning. Mensen kunnen van elkaars ervaringen leren en hebben steun aan elkaar (Jellinek, 2017). Lotgenoten, ervaringsdeskundigen en zelfhulpgroepen zijn in de behandeling misschien wel minstens zo belangrijk of zelfs belangrijker dan behandelaren. Het verdient aanbeveling om jongeren tijdens hun behandeling te informeren over aanvullende zelfhulpmogelijkheden, waaronder zelfhulpgroepen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Medicatie: Er is enige aanwijzing dat medicamenteuze behandeling met gabapentin (1200 mg/dag) effectief kan zijn in het bewerkstelligen van cannabis abstinentie bij volwassenen met een stoornis in cannabisgebruik.
De professionals achten medicamenteuze behandeling van verslaving geïndiceerd als de patiënt geen of onvoldoende baat heeft bij de standaardbehandeling met cognitieve gedragstherapie plus motiverende gespreksvoering of psychosociale behandeling, dan wel als de patiënt erom vraagt, nadat deze hierover voorlichting heeft gekregen .
Ook kan medicatie gebruikt worden voor het stabiliseren van symptomen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Motiverende gespreksvoering: Motiverende gespreksvoering heeft als doel om gedragsverandering bij cliënten op gang te brengen. In de eerste fase staat het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen centraal. De tweede fase richt zich op het versterken van de betrokkenheid bij veranderingen en op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren. Er is nog geen onderzoek beschikbaar naar toepassing van deze methode binnen de sociale sector. Uit internationale effectonderzoeken op het terrein van de verslavingszorg en preventieve gezondheidszorg blijkt dat de methode positieve effecten heeft op motivatie en therapietrouw. Dat maakt het ook voor de sociale sector veelbelovend (Movisie, 2010). Motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen als eerste keuze in de context van een geïndiceerde vroeginterventie, bij jongeren die (nog) geen professionele hulp zoeken voor problematisch cannabisgebruik. Motiverende gespreksvoering dient overwogen te worden bij alle psychologische behandelingen van een stoornis in het gebruik van cannabis, bij jongeren met een (nog) ambivalente hulpvraag (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

MDFT (MultiDimensionele FamilieTherapie: MDFT is bestemd voor jongeren van 12 tot 23 jaar die problemen hebben op het gebied van middelenmisbruik, en/of spijbelen of crimineel gedrag vertonen. Om voor MDFT in aanmerking te komen moet een jongere een actieve of een te activeren gezinsband hebben. Hij hoeft niet thuis te wonen, maar moet wel regelmatig contact hebben met zijn ouders of andere familieleden. Het doel van MDFT is de jongere te helpen een leven te leiden waarin probleemgedrag verdwijnt of afneemt en bevredigende maatschappelijke participatie mogelijk wordt. Het behandelprogramma richt zich op vier kerngebieden (domeinen) in het leven van een jongere: de jongen of het meisje zelf, de ouders, het gezin en externe sociale systemen (verbanden), zoals

school, werk en vrije tijd. MDFT is dus gezinstherapie met voelhoorns naar de wereld buiten het gezin. (Multidimensionele Familie Therapie, 2018).

Selectieve en geïndiceerde preventie: preventie bij jeugdigen met een verhoogd risico noemen we selectieve preventie. Het gaat dan om jeugdigen die een positieve score hebben op de SMA. Bij die jeugdigen wil je verdere ontwikkeling van problematisch middelengebruik voorkomen. Preventie bij jeugdigen die wel klachten of symptomen hebben maar niet voldoen aan de diagnostische criteria voor een stoornis, noemen we geïndiceerde preventie. Dit is in feite vroeginterventie. Daarbij gaat het om jeugdigen die een positieve score hebben op zowel de SMA als de CRAFFT (zie Screening en diagnostiek), maar die (nog) niet voldoen aan de diagnose van een middelen gebonden stoornis (Richtlijn Jeugdhulp, 2017).

Sociale vaardigheidstraining: De manier waarop je met andere mensen omgaat, noemen we sociale vaardigheden. Onmisbaar in het leven, maar niet altijd makkelijk. Tijdens sociale vaardigheidstraining oefen je hiermee. Je leert bijvoorbeeld hoe je een gesprek begint met iemand. Of hoe je het beste kunt omgaan met kritiek. Het belangrijkste is dat je leert om positief te denken over jezelf en over anderen. Zo krijg je meer zelfvertrouwen en dat maakt het omgaan met mensen gemakkelijker (Karakter kind- en jeugdpsychiatrie, 2015).

‘Cannabisshow’: De Cannabisshow is een eenmalige interventie gericht op het verminderen van riskant blowgedrag en het beperken van de schadelijke effecten van cannabisgebruik onder Amsterdamse jongeren (12-25 jaar) in het speciaal onderwijs. In een interactieve show van één à anderhalf uur die gepresenteerd wordt door peer educators (groepsleiders) leren jongeren over determinanten van gedrag in relatie tot cannabisgebruik (NJI, 2011).

‘Stadia van gedragsverandering’: Gedragsverandering gaan meestal nooit ineens maar vaak stap voor stap. In dit veranderingsproces zijn 5 stappen of fasen te identificeren die nodig zijn, en doorlopen moeten worden, om gedrag of gewoontes te veranderen.
Dit “Transtheoretical Model of Change” (Prochaska), ook wel het “Stages of Change” model genoemd, is breed toepasbaar en uitstekend te gebruiken daar waar een gedragsverandering nodig is. Het kan worden toegepast bij personen, maar ook binnen teams en organisaties. De fases zijn 1. Ontkenning 2. Erkenning 3. Verkenning 4. Actie 5. Volhouden (Schriel, 2015).

Stappenplan ‘handelingsverlegenheid rondom verslaving’: Een stappenplan aangeboden door ‘Richtlijn Jeugdhulp’, dat de ouders en de omgeving van een kind kan helpen om verslaving bespreekbaar te maken. (Richtlijn Jeugdhulp, 2017).

Voorlichting ‘Bekijk t nuchter’ (cliënten met LVB) : Bekijk 't nuchter bestaat uit meerdere onderdelen: voorlichtingsbijeenkomsten voor (jonge) mensen met LVB, een motivatietraining voor degenen die alcohol en/of drugs gebruiken en een website met gemakkelijk leesbare informatie over alcohol en blowen.
In de handleiding staan dertien modules beschreven waarmee voorlichting kan worden gegeven over alcohol, cannabis en harddrugs. De handleiding zit in de "Kikbox", een toolbox met een verzameling aan (audio) visueel materiaal. Deze training bestaat uit vijf (groeps)bijeenkomsten om riskant middelengebruik te doorbreken en een ingang te creëren voor het accepteren van verdere ondersteuning. Naast een handleiding is er een kaartenset beschikbaar voor het bespreken van voor- en nadelen en gewoontes rondom alcohol- en drugsgebruik.

‘Omgaan met middelen en verslaving’: Het doel van de module ‘Omgaan met verslaving’ is patiënten leren ‘nee’ te zeggen tegen verslavende middelen en ‘ja’ tegen gezonde genoegens. Door het aanleren van vaardigheden en het geven van informatie over onderwerpen die met verslaving te maken hebben, worden deelnemers aangezet af te zien van het misbruik van drugs en alcohol. Belangrijk hierbij is de notie dat het gebruik van drugs en alcohol is aangeleerd en ook kan worden afgeleerd (RINO groep, 2018). Dit is onderdeel van de ‘Libermanmodule’

‘Wrap around care’: Wraparound Care is geen gestandaardiseerde methodiek of interventie maar een werkwijze die op maat kan worden ingevuld en waarin de eigen kracht van het gezin centraal staat. Informele en formele zorg worden gecombineerd met één hulpverlener én coördinator, één cliëntsysteem en één plan. Daarbij geldt dat de hulpverlener het probleem niet zelf moet proberen op

te lossen maar de gezinsleden moet leren en ondersteunen om zel(naam)zaam te zijn. Voor deze vorm van begeleiding is goede samenwerking met verschillende instanties noodzakelijk. Daarnaast is het van belang dat de gezinswerker het sociale netwerk en vrijwilligers inzet voor het oplossen van problemen.
In een Wraparound Care programma wordt in principe op alle relevante levensterreinen gewerkt. Het Wraparound Care-model kent een opbouw in 13 stappen.

1. Het identificeren van de sleutelpersonen in het leven van de cliënt.
2. Het verhelderen aan betrokkenen hoe het Wraparound Care-model werkt.
3. Het formeren van een wraparoundteam.
4. Het bepalen welke professionele voorzieningen bij de cliënt betrokken zijn en selecteren welke voorzieningen (nog) nodig zijn.
5. Het opstellen van een plan met meetbare doelen.
6. Bepalen welke training of begeleiding de sleutelfiguren nodig hebben.
7. Het opstellen van een pan voor crisissituaties en de voorwaarden (eventueel de jeugdbeschermingskaders) bepalen voor de uitvoering van het plan.
8. Het zoeken naar hulp, behandeling, ondersteuning die nog niet aanwezig is, maar wel nodig is.
9. Het zorgen voor een financiële dekking van het plan.
10. Het uitvoeren van het plan.
11. Het evalueren van de voortgang en eventueel bijstellen van het plan.
12. Het bepalen van de afronding en het maken van een lange termijn plan.
13. Het vastleggen van de mate waarin doelen bereikt zijn als input voor verdere programmaontwikkeling (Movisie, 2016).

Stoplicht model': Dit systeem is een hulpmiddel bij het inzichtelijk maken van de ernst van het middelenmisbruik. Er zijn geen harde criteria omschreven, er wordt gewerkt met overzicht van gedragskenmerken en signalen. Er wordt gebruik gemaakt van drie labels: groen, oranje en rood (Richtlijn Jeugdhulp, 2017).

Libermanmodule: De Liberman Modules bieden cliënten met psychische problemen, licht en ernstig, de mogelijkheid op systematische wijze vaar-dig-heden op uiteenlopende levensterreinen te leren. De concrete vaardigheden helpen cliënten enorm in hun zelfstandigheid. Er zijn zeven modules ontwikkeld en deze zijn gericht op het stap voor stap aanleren van praktische en sociale vaardig-heden die het herstelproces stimuleren. Professionals uit diverse beroepsgroepen kunnen worden opgeleid tot Liberman trainer (RINO groep, 2018).

Shared decision making: De tool beoogt de gezamenlijke besluitvorming tussen zorgverlener en patiënt te bevorderen bij het toepassen van voorkeursgevoelige richtlijnaanbevelingen in de praktijk. De hiervoor aanbevolen methodieken en strategieën zijn niet evidence-based, maar tot stand gekomen door middel van exploratief kwalitatief onderzoek en expertopinie (Zorginzicht.nl, 2017).

BIJLAGE C: Cognitieve gedragstherapie

Contingency management: Dit een gedragstherapeutische methode die gericht is op systematische contingente bekrachtiging van vooraf vastgelegd doelgedrag. Contingency Management is een effectieve behandeling voor middelenmisbruik. Kenmerkend voor behandeling van problematisch middelengebruik is frequente terugval en een hoge drop-out. Ongeveer de helft van cliënten die ambulant behandeld worden voor problematisch middelengebruik met cognitieve gedragstherapie is in staat om het middelengebruik adequaat te reduceren. Contingency Management is met name een geschikte interventie voor cliënten die niet of onvoldoende profiteren van een cognitief gedragstherapeutische behandeling voor problematisch middelengebruik. Het toevoegen van Contingency Management aan een cognitief gedragstherapeutische behandeling kan juist het behandelresultaat positief beïnvloeden. (Emmelkamp, Merkx, & De Fuentes-Merillas, 2017)
Het is bij volwassenen met een stoornis in het gebruik van cannabis aangetoond dat op middelengebruik gerichte contingentie management effectiever is in het verminderen van het cannabisgebruik en het bewerkstelligen van abstinentie dan geen of minimale behandeling. Een aanvullend behandelaanbod van op middelengebruik gerichte contingentie management heeft bij cognitieve gedragstherapie en motiverende gespreksvoering waarschijnlijk toegevoegde waarde en dient daarom overwogen te worden (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2018).

Cognitive behavioural integrated treatment (CBIT)
C-BIT is afkomstig uit Engeland en een cognitief gedragstherapeutische aanpak voor cliënten die zowel psychiatrische problemen als problemen met middelengebruik hebben. De aanpak richt zich op het helpen en ondersteunen van cliënten bij het bereiken van gedragsverandering en het vasthouden hiervan met betrekking tot hun alcohol- en drugsgebruik.
De doelstellingen van C-Bit zijn drieledig: (1) Het identificeren, uitdagen en ondermijnen van onrealistische overtuigingen over drugs of alcohol die problematisch gebruik in stand houden en ze te vervangen door overtuigingen die gedragsverandering bevorderen en;
2) Werken aan het inzicht in de relatie tussen drugsgebruik en de psychische problemen en;
3) Om specifieke vaardigheden aan te leren om beter om te gaan met middelengebruik en vroege symptomen en een steunsysteem om de cliënt heen bouwen dat helpt bij het werken aan een alternatieve levensstijl (LEDD, 2016).

COM-B Model: Dit model verklaart en helpt bij het kiezen en ontwerpen van interventies voor gedragsverandering. Dit kan verandering bij zowel patiënten (leefstijlveranderingen, therapietrouw, …) als bij professionals (houden aan afspraken, richtlijnen, …) zijn. Het wiel gaat in de kern uit van dezelfde drie grootheden als in bovenstaande visie, ze worden alleen net iets anders genoemd: Motivation (gedrag & cultuur /willen), Opportunity (organisatie /moeten), Capability (methode /kunnen) (Zelm, Ruben van, 2017).

‘Brains for use’: Brains 4Use is er voor jongens en meiden tussen de 12 en 23 jaar die problematisch middelengebruik vertonen en een matig tot hoog recidiverisico hebben. Het hoofddoel van Brains4Use is het terugdringen van drugs- en alcoholgebruik, waardoor de kans op delict- en risicogedrag vermindert. Het is een cognitief-gedragsmatige interventie waaraan het transtheoretische model van Prochaska & DiClemente ten grondslag ligt. De drugsconsulent past motiverende gespreksvoering toe en door het aanleren van cognitieve en praktische vaardigheden krijgt de jongere controle over het middelengebruik. De nadruk ligt op samen met de jongere kijken wat voor hem of haar werkt en het veelvuldig oefenen van vaardigheden in rollenspellen (180 Gedragsinterventies en ontwikkelprogramma's voor jongeren, 2015).

‘Stay-a-way’:
Heeft het volgende tot doel: het verminderen of voorkomen van risicovol middelengebruik, het vergroten van hehinzicht ten aanzien van het middelengebruik en Middelenafhankelijkheid om de kans op recidive te verminderen.
Deze erkende gedragsinterventie als leerstraf is ontwikkeld voor jongeren die een of meerdere delicten hebben gepleegd enwaarbij sprake is van een beginnende middelenafhankelijkheid.Stay-a-way is ontwikkeld door IVO en Tactus Verslavingszorg, in opdracht van de Raad voor de Kinderbescherming, op basis van de volgende twee verklaringsmodellen:
-Theoretisch kader: BioPsychoSociaal Model (BPS)
- Motivationele theorieen (Milder & Rollnik)
(NJI, 2014)

Cognitieve herstructurering (therapie): Cognitieve herstructurering, ook wel cognitieve reframing, is een gedrags-techniek in verband met cognitieve therapie.
Cognitieve herstructurering: verander je gedachten, verander je houding. Cognitieve herstructurering: wat is het?
"Cognitieve herstructurering gaat leren om anders te denken, om fundamentele verandering 'defecte denken,' en te vervangen door meer rationele, realistische, en misschien positief denken," zegt Sally R. Connolly, LCSW, een klinische maatschappelijk werker, therapeut, en co -oprichter van CounselingRelationshipsOnline.com, een online begeleidingsdienst.
"Veel van het onderzoek vindt dat cognitieve gedragstherapie is de meest succesvolle vorm van therapie voor het omgaan met problemen van angst of depressie", zegt Connolly. "Als mensen in staat zijn om hun denken te veranderen, kunnen ze hun dagelijks leven en problemen benaderen met veel meer energie en zelfvertrouwen." (Emotionele gezondheidscentrum Everyday Health., 2018)

G-schema toepassen: Het zo genaamde “G-schema” is een model dat gebruikt wordt om mensen na te laten denken over de samenhang die er bestaat tussen de dingen die zij meemaken (de Gebeurtenissen), de dingen die zij voelen (het Gevoel), hun manier van denken (Gedachten) en de Gevolgen die er ontstaan door het Gedrag…
De pijltjes die er getrokken zijn tussen deze “G”-s, die verschillen in de loop der tijd. De manier van denken dat een gebeurtenis éérst een gedachte geeft en daarna pas een gevoel is inmiddels echt wel beetje door de neurologische kennis achterhaald ook al zijn er behandelaars die nog altijd denken dat dat de Gedachte voor het gevoel komt. Waar vroeger wel werd gedacht dat gevoelens vrijwel uitsluitend bepaald werden door gedachten, inmiddels is toch wel duidelijk dat het allemaal net iets complexer ligt. Want een brein werkt nou eenmaal niet sequentieel maar parallel. En sommige oude overlevingsstrategieën in ons brein zijn toch echt wel sneller geschakeld als de nieuwere denklagen (West, 2012).

Community reinforcement approach (CRA): Het doel van CRA is terugdringen van alcohol- en/of druggebruik, verminderen van de ziektelast en het verbeteren van de levenskwaliteit. De Community Reinforcement Approach (CRA) is een cognitief-gedragstherapeutische behandelmethode die zich richt op individuen die – al dan niet – behalve met problematisch middelengebruik kampen met somatische, psychiatrische, of andersoortige (e.g. forensische) problemen. CRA omvat een breed scala aan cognitief-gedragstherapeutische en systeemtherapeutische interventies gericht op toename van alternatieve bekrachtigers voor middelengebruik en reductie van middelen-gerelateerde bekrachtigers. In tegenstelling tot veel andere toegepaste benaderingen, richt CRA zich niet enkel op het reduceren van verslavingsgedrag aan de hand van bijvoorbeeld zelfcontroletechnieken of terugvalpreventiemaatregelen, maar ook op het ontwikkelen van niet-verslavingsgebonden alternatief gedrag. In dat kader is er veel aandacht voor de functie en positieve effecten van alcohol- en druggebruik om te weten waaraan gedragsalternatieven dienen te voldoen. Er wordt aan een breed pallet aan behandeldoelen gewerkt waartoe de patiënt het meest gemotiveerd is. Deze doelen hoeven niet per se rechtstreeks in te grijpen op drug- en/of alcoholgebruik. Door eerst te werken aan haalbare (andersoortige) doelen kunnen zo veel mogelijk succeservaringen worden opgebouwd die de patiënt helpen te motiveren om – in een later stadium – ook aan relatief moeilijkere doelen te werken, zoals het verminderen van het middelengebruik. CRA wordt ook gekenmerkt door vaardigheidstrainingen. Er wordt geoefend in de spreekkamer om daarna zo veel mogelijk te laten generaliseren in de dagelijkse praktijk van de patiënt. Voor sommige doelgroepen, zoals patiënten uit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), zal CRA veelal een outreachend karakter hebben om direct te kunnen interveniëren in de leefomgeving van de patiënt. De focus van de behandeling is vooral praktisch gericht op het ‘doen’ en het belonen van gewenst gedrag. Daarnaast is er veel aandacht voor de omgeving van de patiënten (zoals gezin, werk, vrijetijdsbesteding, vrienden, woonomgeving en dergelijke). De familie en de naaste omgeving van een verslaafde worden zoveel mogelijk actief bij de behandeling betrokken (Trimbos instituut, 2015).

Literatuurlijst

113 Zelfmoordpreventie. (2016, Maart 16). *Structuurdiagnose: vertrekpunt voor de behandeling*. Opgehaald van https://www.113.nl/ervaring/structuurdiagnose-vertrekpunt-voor-de-behandeling: https://www.113.nl/ervaring/structuurdiagnose-vertrekpunt-voor-de-behandeling

180 Gedragsinterventies en ontwikkelprogramma's voor jongeren. (2015, December). *Brains4use*. Opgehaald van 180: http://180.nl/producten-en-diensten/brains4use-0

Baarda, B. (2013). Basisboek kwalitatief onderzoek . Groningen/houten: Noordhoff.

Drake. (2011). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose, een richtlijn voor effectieve behandeling.* . Ledd (Landelijk Expertise - en implementatiecentrum dubbele diagnose: de Tijdstroom .

Duin, D. v. (2018). *Zorgstandaarden*. Opgehaald van Trimbos Instituut: https://www.trimbos.nl/themas/richtlijnen-zorgstandaarden-en-implementatie/zorgstandaarden

Emmelkamp, P., Merkx, M., & De Fuentes-Merillas, L. (2017). Contingency Management. *Gedragstherapie*.

Emotionele gezondheidscentrum Everyday Health. (2018). *Cognitieve herstructurering leert je hoe je vervormde gedachten te herkennen en ze te vervangen door realistische degenen.* Opgehaald van EVB: http://evb.nutrimos.com/cognitieve-herstructurering-verander-je-gedachten-verander-je

GGZ Interventie. (2018). *Wat is een verslaving?* Opgehaald van GGZ interventie: https://ggzinterventie.nl/wat-is-verslaving/?cn-reloaded=1

Handboek Vroege Psychose. (2016).

Jellinek. (2017). *Zelfhulpgroep*. Opgehaald van Jellinek: https://www.jellinek.nl/zelfhulpgroep/

Karakter kind- en jeugdpsychiatrie. (2015, Maart 9). *Sociale vaardigheidstraining.* Opgehaald van Karakter: https://www.karakter.com/media/35418/2015-03-09-module-sociale-vaardigheidstraining-def.pdf

Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie. (2018). *Diagnostiek bij problematisch middelengebruik en psychische comorbiditeit*. Opgehaald van Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie: https://www.kenniscentrum-kjp.nl/Professionals/Stoornissen/Problematisch-middelengebruik-en-psychische-comorbiditeit/Diagnostiek-9

Kenniscentrum Phrenos. (2016, Juni 3). Ggz en verslavingszorg,. *Kennisagenda voor geintegreerde zorg*. Bennebroek.

kenniscentrum Phrenos. (2016). GGZ en verslavingszorg, kennisagenda voor geintegreerde zorg. *Invitational Conference; kennisagenda voor geintegreerde zorg.* Bennebroek: kenniscentrum Phrenos.

Kenniscentrum Phrenos. (z.j.). *phrenos.mett.nl*. Opgehaald van Verslaving en VIP: Oproep om mee te denken: https://phrenos.mett.nl/NVP/Nieuws/831730.aspx?t=Verslaving+en+VIP%3a+Oproep+om+mee+te+denken

Kenniscentrum Phrenos. (z.j.). *Wat is het Netwerk Vroege Psychose?* Opgehaald van Kenniscentrum Phrenos: ps://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/netwerk-vroege-psychose/wat-het-netwerk-vroege-psychose/

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2018, Februari 2). *Stoornissen in het gebruik van cannabis*. Opgehaald van Kwaliteitsontwikkeling GGZ: https://www.ggzstandaarden.nl/richtlijnen/stoornissen-in-het-gebruik-van-cannabis-cocaine-amfetamine-ecstasy-ghb-en-benzodiazepines

Ledd. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp*. Opgehaald van Resultatenscoren: http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/dubbele-diagnose-dubbele-hulp-1.html

LEDD. (2016). *Generieke interventies voor geïntegreerde.* Utrecht: LEDD.

Moernaut, J. (2017, Juni 6). *De CRAFFT: screenen naar middelengebruik bij adolescenten.* Opgehaald van VAD: http://www.vad.be/artikels/detail/de-crafft-screenen-naar-middelengebruik-bij-adolescenten

Mondriaan. (2018). *Wat is psychose en schizofrenie?* Opgehaald van Mondriaan: https://www.mondriaan.eu/nl/patiënten /ziektebeelden/297/ouderen/wat-psychose-en-schizofrenie

Movisie. (2010, Maart 1). *Motiverende gespreksvoering*. Opgehaald van https://www.movisie.nl/esi/motiverende-gespreksvoering: https://www.movisie.nl/esi/motiverende-gespreksvoering

Movisie. (2016, Augustus 22). *Wraparound Care model*. Opgehaald van Movisie: https://www.movisie.nl/tools/wraparound-care-model

Multidimensionele Familie Therapie. (2018). *Wat is MDFT?* Opgehaald van Multidimensionele Familie Therapie: https://www.mdft.nl/wat_is_mdft/

NJI. (2011, September 22). *De Cannabisshow*. Opgehaald van Nederlands jeugdinstituut: https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Erkende-interventies/De-Cannabisshow.html

NJI. (2014, December 1). *Stay-a-way*. Opgehaald van NJI: file:///C:/Users/olivier/Downloads/Stay-Away.pdf

Parnassia. (2003). *Richtlijn dubbele diagnose.* Trimbos Instituut., Multidiciplinaire Richtlijn ontwikkeling. Den Haag: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van GGZ Nederland - project Resultaten en Scoren.

Patiënten federatie. (2018). *Wat zijn kwaliteitsstandaarden?* Opgehaald van Patiënten federatie: https://www.patiënten federatie.nl/voor-organisaties/kwaliteitsstandaarden/

Phorza. (2005). *Beroepscode SPH/SPW.* Opgehaald van SWP host: http://pdf.swphost.com/phorza/bss.pdf

Phreno. (2018). *organisatie*. Opgehaald van Kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/over-phrenos/organisatie/

Phrenos. (2013). *Vroege Psychose* . Opgehaald van Phrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/vroege-psychose/

Phrenos. (2018). Opgehaald van kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl

Phrenos. (2018). *Cursussen*. Opgehaald van Kenniscentrumphrenos: https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/cursussen/

Pijnenborg, C. d.-B. (2013). Dubbele diagnose: behandeling en psychose met verslaving. *Psycho Praktijk.*

Psymens. (2018). *Wat houdt het MINI-interview in?* . Opgehaald van Psymens: https://psymens.nl/?pageid=227

Redactie Psychiatrie Nederland. (2015, April 12). *Verslavingsproblematiek – Index Of Suspicion*. Opgehaald van PSYCHIATRIE NEDERLAND: https://psychiatrie-nederland.nl/kennisbank/meetinstrumenten/verslavingsproblematiek-index-of-suspicion/

Resultaten scoren. (2018). *Mate*. Opgehaald van Resultaten scoren: http://www.resultatenscoren.nl/publicaties/detail/mate.html

Richtlijn Jeugdhulp. (2017, Augustus 7). *Selectieve en geïndiceerde preventie*. Opgehaald van Richtlijn Jeugdhulp: http://richtlijnenjeugdhulp.nl/middelengebruik/selectieve-en-geindiceerde-preventie/werkzame-elementen-van-verslavingspreventie/

Richtlijnen uit Nederland. (2018). *De gouden standaard.* Utrecht: Olivier Blonk, Irene Hanegraaf & Joycelynn Claver.
RINO groep. (2018). *Omgaan met verslaving*. Opgehaald van RINO groep: http://www.rinogroep.nl/images/html/RINO_flyer_Liberman_module4.pdf
Rutgers, M. (2018, Februari 15). (O. Blonk, J. Claver, & I. Hanegraaf, Interviewers)
Rutgers, M. (2018). Observatiedag Groningen. (O. Blonk, Interviewer)
Schriel, P. (2015, Januari 28). *De 5 fasen van gedragsverandering*. Opgehaald van Patrick Schriel: https://patrickschriel.nl/2015/01/28/de-5-fasen-van-gedragsverandering/
Slooten, D. v. (2018, 01 16). (O. B. J. Claver, Interviewer)
Solutions Verslavingszorg. (2017). *Dubbele diagnose*. Opgehaald van Solutions Verslavingszorg: https://solutions-center.nl/verslavingen/dubbele-diagnose/
Son, W. v. (2016, Oktober 28). *Verslavingsdeskundigheid binnen VIP?* Opgehaald van Netwerk Vroege Pscyhose: https://phrenos.mett.nl/NVP/Discussieforum/627635.aspx?t=Verslavingsdeskundigheid+binnen+VIP%3f
Stel, J. v. (2016). Duurzaam herstel bij verslaving plus een andere psychische stoornis. *Conferentie Phrenos en Resultaten Scoren*, (pp. 1-9). Haarlem.
Trimbos instituut. (2015, Maart 4). *The Community Reinforcement Approach (CRA).* Opgehaald van Erkenningstraject interventies langdurige zorg ggz: https://erkendeinterventiesggz.trimbos.nl/erkende-interventies/the-community-reinforcement-approach-cra-
Van Duin, D. (2017). *Module Vroege Psychose.* Utrecht: Phrenos.
Van Son, W. v. (2016, 10 28). *Verslavingsdeskundigheid binnen VIP?* Opgehaald van phrenos.mett.n: https://phrenos.mett.nl/NVP/Discussieforum/627635.aspx?t=Verslavingsdeskundigheid+binnen+VIP%3f
VARA (Regisseur). (2016). *Martijn wil een huis en een tuintje* [Film].
Veling, W. (2013). *Handboek vroege psychose.* Amsterdam: SWP.
Vereniging Ypsilon. (2016). *Informatie voor familieleden en naasten Dubbele Diagnose.* Opgehaald van ypsilon.org: https://www.ypsilon.org/download/?id=19132579
vereniging Ypsilon. (2018). *feiten en cijfers*. Opgehaald van ypsilon: https://www.ypsilon.org/feiten-en-cijfers
vereniging ypsilon. (2018). *oorzaken*. Opgehaald van https://www.ypsilon.org/oorzaken.
Verhoeven, N. (2014). Wat is onderzoek? Den haag: Boom Lemma.
watbetekenthet. (2018). *wat betekend indicatie*. Opgehaald van watbetekenthet: http://www.watbetekenthet.nl/wat-betekent-indicatie/
Weeghel, J. v. (2018, februari 14). Voorgesprek. (I. H. Joycelynn Claver, Interviewer)
West, H. (2012, Juni 5). *Het G-schema in therapie (een prezi en een formulier).* Opgehaald van Hans West: https://hanswest.wordpress.com/tag/g-schema/
Zelm, Ruben van. (2017, Januari 22). *Gedragsverandering of duurzaam verbeteren – Behavioural Change Wheel helpt!* Opgehaald van Ruben van Zelm: https://rubenvanzelm.wordpress.com/2017/01/22/gedragsverandering-of-duurzaam-verbeteren-behavioural-change-wheel-helpt/
Zorginzicht.nl. (2017, November 28). *Richtlijnen en shared decision making in de praktijk (Haringtool).* Opgehaald van Zorginstituut Nederland: https://www.zorginzicht.nl/kennisbank/Paginas/Richtlijnen-en-shared-decision-making-in-de-praktijk.aspx