

Dubbele diagnose, dubbele hulp.



Martijn Stroet - 330753

Jeroen Vinke - 151422

Bachelorrapport MWD

Academie Mens en Maatschappij

Saxion Enschede

Dubbele diagnose, dubbele hulp.

*Een inventariserend onderzoek naar een goede vorm van hulpverlening voor
cliënten met een dubbeldiagnose bij de RIBW Groep Overijssel*

- **Naam** Martijn Stroet & Jeroen Vinke
- **Bachelor begeleider:** C. de Baas - Beltman

- **School gegevens** Saxion Hogeschool
Academie Mens en Maatschappij
Maatschappelijk Werk en Dienstverlening

- **Opdrachtgever** RIBW Groep Overijssel
- **Plaats en jaar** Enschede, 9 juni 2017

Voorwoord

Voor u ligt het bachelorrapport ‘dubbele diagnose, dubbele zorg’. Dit bachelorrapport is geschreven door Martijn Stroet en Jeroen Vinke in opdracht van de RIBW Groep Overijssel. In januari 2017 is contact opgenomen met Janet Plegt, relatiemanager binnen de RIBW Groep Overijssel. In het onderzoeksproces is zij de opdrachtgever geweest vanuit de RIBW Groep Overijssel. Door de werkervaring en functie van Janet Plegt heeft zij veel kennis van het werken binnen deze organisatie en mede hierdoor is samen tot de keuze van het onderwerp gekomen.

Vanuit beide kanten werd nagedacht over het onderwerp van dit rapport. Er zijn gezamenlijke beslissingen gemaakt over het vervolg en verloop van het rapport. Het feit dat Janet Plegt zelf kort geleden nog een onderzoek heeft gedaan, gaf ons het vertrouwen in de aanwijzingen en tips van Janet Plegt.

In dit voorwoord willen wij graag een aantal personen bedanken die een meerwaarde hebben gehad voor dit onderzoek. Allereerst de medewerkers van de RIBW Groep Overijssel team Midden Twente. Zij hebben de onderzoekers de mogelijkheid gegeven om gebruik te kunnen maken van het systeem, de indicaties en de zorgplannen.

In het bijzonder willen wij graag Carlijne de Baas-Beltman bedanken voor haar feedback en begeleiding tijdens de totstandkoming van dit rapport. Haar kritische blik, tips en geduld hebben er mede voor gezorgd dat wij een goed rapport hebben kunnen afleveren.

Als laatste willen wij Janet Plegt bedanken voor de goede samenwerking en begeleiding. Door haar hebben wij dit onderzoek kunnen uitvoeren en daar zijn wij haar dankbaar voor.

Martijn Stroet
Jeroen Vinke

Enschede, juni 2017

Samenvatting

Binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) zijn er sinds 2012 veranderingen doorgevoerd. Eén van de veranderingen is de ambulantisering van de GGZ. Ambulant begeleiders van de RIBW Groep Overijssel (RIBW GO) hebben bij de Raad van Bestuur van de RIBW GO kenbaar gemaakt dat de ambulantisering van de GGZ een verzwaring van de problematiek in de ambulante zorg met zich meebrengt en met name op het gebied van cliënten met een psychiatrische aandoening in combinatie met verslavingsproblematiek; oftewel dubbeldiagnose. Ambulant begeleiders geven in een gesprek met de Raad van Bestuur aan zich onvoldoende toegerust te voelen en zich met een situatie waarin overlast door verslaving speelt, geen raad te weten. In dit onderzoek is in beeld gebracht welke hulpverlening geïndiceerd is door de gemeente Hengelo te Overijssel, welke hulpverlening uit de behandelplannen blijkt en tot slot welke hulpverlening voor cliënten met een dubbeldiagnose wenselijk is.

Dit kwalitatieve onderzoek is opgebouwd uit twee fasen. In fase één wordt door het onderzoeken van negen indicaties in kaart gebracht welke zorg er door de gemeente Hengelo te Overijssel geïndiceerd wordt en aan welke begeleidingsdoelen gewerkt dient te worden door de ambulant begeleiders van de RIBW GO. Deze gegevens zijn vergeleken met de door het RIBW GO opgestelde begeleidingsdoelen. Hieruit blijkt dat de RIBW GO meer doelen opstelt om een doel die de gemeente opstelt te behalen.

In fase twee is door middel van interviews met twee verslavingsdeskundigen, een ervaringsdeskundige en een cliënt in kaart gebracht wat volgens hen in de begeleiding van dubbeldiagnose cliënten noodzakelijk is om marginalisatie te kunnen voorkomen en participatie van de cliënt te kunnen bevorderen..

Uit de resultaten van fase één blijkt dat de RIBW GO meerdere doelen opstelt om de door de gemeente Hengelo opgestelde doelen te kunnen behalen. Verder blijkt uit onderzoek dat cliëntendossiers incompleet zijn, waardoor niet voor elke indicatie een volledige uitspraak gedaan kan worden.

Uit de resultaten van fase twee blijkt dat de ambulant begeleider voornamelijk dient te beschikken over competenties als flexibiliteit en daadkracht, maar ook moet beschikken over een brede verslavingskennis. Het volgen van gepaste dagbesteding blijkt cruciaal in het kunnen participeren in de maatschappij. Tot slot komt sterk naar voren dat samenwerken met ketenpartners een belangrijk onderdeel is in de hulpverlening aan cliënten met een dubbeldiagnose en dat een optimale samenwerking volgens de respondenten vaak onvoldoende plaatsvindt.

De aanbevelingen in dit onderzoek haken voornamelijk in op de kennisverbreding van de ambulant begeleider op het gebied van verslavingskunde en vervolgonderzoek gericht op samenwerking met ketenpartners en dagbesteding.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	2
Samenvatting.....	3
1 Inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.2 Doelstelling.....	9
1.2.1 Lange termijn doelstelling.....	9
1.2.2 Korte termijn doelstelling.....	9
1.3 Vraagstelling	10
1.3.1 Hoofdvraag	10
1.3.2 Deelvragen.....	10
1.4 Leeswijzer	10
2 Theoretisch kader	12
2.1 Indicatie gemeente.....	12
2.2 Methodieken	13
2.3 Behoeften cliënt	18
2.4 Conclusie theoretisch kader	20
3 Methode van onderzoek	22
3.1 Onderzoekstype	22
3.2 Populatie.....	22
3.3 Steekproef	23
3.4 Instrument.....	24
3.5 Procedure	25
3.6 Methode van analyseren van gegevens.....	26
3.7 Betrouwbaarheid.....	27
3.8 Validiteit	27
3.9 Ethische overweging.....	28
3.10 Dataverzamelmethode	29
4 Resultaten	30
4.1 Fase 1 – analyse indicaties	30
4.1.1 Onderzoekseenheden	30
4.1.2 Praktische deelvraag één	30
4.2 Fase 2 – Resultaten interviews.....	33
4.2.1 Kenmerken respondenten.....	33

4.2.2	Praktische deelvraag twee – onderdeel A.....	33
4.2.3	Praktische deelvraag twee – onderdeel B.....	35
4.2.4	Praktische deelvraag twee – onderdeel C.....	36
4.2.5	Praktische deelvraag twee – onderdeel D.....	37
5	Conclusies en aanbevelingen.....	40
5.1	Conclusie praktische deelvraag één.....	40
5.2	Conclusie praktische deelvraag twee.....	41
5.2.1	Praktische deelvraag twee – onderdeel A.....	41
5.2.2	Praktische deelvraag twee – onderdeel B.....	42
5.2.3	Praktische deelvraag twee – onderdeel C.....	42
5.2.4	Praktische deelvraag twee – onderdeel D.....	43
5.3	Conclusie hoofdvraag.....	44
5.4	Aanbevelingen.....	46
5.4.1	Aanbeveling 1 – complete indicaties.....	46
5.4.2	Aanbeveling 2 – kennisverbreding.....	46
5.4.3	Aanbeveling 3 – dagbesteding.....	46
5.4.4	Aanbeveling 4 – communicatie ketenpartners.....	46
5.5	Sterke-zwakte analyse.....	47
5.5.1	Sterktes.....	47
5.5.2	Zwaktes.....	48
5.6	Discussie.....	50
6.	literatuurlijst.....	52
7.	Bijlage 1: indicatieschema RIBW GO - gemeente Hengelo te Overijssel.....	57
8.	Bijlagen 2 – vragenlijst interview.....	63
	Interview professional.....	64
1.1	Plan.....	64
1.2	Interviewvragen.....	65
1.3	Eind.....	66
	Interview professional.....	67
1.4	Plan.....	68
1.5	Interviewvragen.....	69
1.6	Eind.....	70
	Interview ervaringsdeskundige.....	71
1.7	Plan.....	72

1.8	Interviewvragen	73
1.9	Eind.....	74
Interview cliënt		75
1.10	Plan.....	76
1.11	Interviewvragen	77
1.12	Eind.....	78
9.	Bijlage 3 - Schema praktische deelvragen en interviewvragen	79
10.	Bijlagen 4 – contract.....	83
11.	bijlage 5 – beoordelingsformulier	87

1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de aanleiding van dit onderzoeksplan beschreven. Vervolgens wordt de doelstelling en vraagstelling omschreven. In de laatste paragraaf wordt het visualisatieschema weergegeven, waarin onder andere de verschillende aspecten van het onderzoek duidelijk worden.

1.1 Aanleiding

De RIBW Groep Overijssel (RIBW GO) is een instelling die mensen met een psychiatrische aandoening begeleiding biedt op het gebied van wonen, werken en leren. In samenwerking met cliënten wordt er vorm gegeven aan de ondersteuning aan mensen die op dat moment het zelf niet redden van wegen psychiatrische beperkingen (RIBW groep Overijssel, z.d.). In dit onderzoek gaat het om cliënten met een psychische aandoening in combinatie met een verslaving; dubbeldiagnose genoemd. Uit het gesprek met de relatiemanager van de RIBW GO bleek dat uit gesprekken die de Raad van Bestuur van de RIBW GO met ambulante teams heeft gevoerd, door veranderingen in de Geestelijke Gezondheid Zorg een verzwaring van de problematiek plaats vindt in de ambulante zorg (J. Plegt, persoonlijke communicatie, 20 januari 2017). Deze verzwaring van de problematiek wordt na een internationale toelichting verder besproken, daarna zal de uitwerking hiervan voor de RIBW GO verder worden toegelicht.

Volgens internationaal perspectief beschikt Nederland over een relatief grote intramurale capaciteit (Trimbos-instituut, 2015). Tot 1980 behoorde Nederland volgens Van Hoof, Van Vugt, Knipsel en Kroon (2012) tot één van de zeventien onderzochte Europese landen waar de intramurale capaciteit lager lag dan het gemiddelde. Vanaf 1980 tot en met 2009 is er in alle zeventien onderzochte landen door verschillende uitgangssituaties en motivaties intramurale capaciteit afgebouwd. De afbouw van intramurale capaciteit in Nederland is het laagst van de onderzochte Europese landen. Dat heeft geresulteerd dat Nederland in 2009 na België over de grootste intramurale capaciteit beschikt. Van zeventien Europese landen is de afbouw van intramurale capaciteit tussen 1980 en 2009 het sterkst in de Verenigd Koninkrijk, de Scandinavische landen en Italië geweest (Van Hoof, Van Vugt, Knipsel, & Kroon, 2012). Sinds 2012 is er vanuit de Nederlandse overheid belangstelling voor de afbouw van intramurale capaciteit. Volgens Van Hoof, Van Vugt, Knipsel en Kroon (2012) lijkt deze belangstelling gerelateerd te zijn aan drie ontwikkelingen, namelijk de invoering van een nieuw zorgstelsel, de economische recessie en de stijgende zorguitgaven.

In 2012 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in samenwerking met zorgaanbieders, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en patiëntenorganisaties in de GGZ een akkoord gesloten om een stelselwijziging in de GGZ door te voeren. De reden van deze wijziging, is de relatief hoge toename in kosten van de GGZ in vergelijking met andere zorgkosten. Dit komt onder andere doordat mensen met lichte psychiatrische problematiek vaak in de gespecialiseerde GGZ terecht kwamen (Van Hoof, et al., 2015). Mensen die behandeld werden in de specialistische GGZ keerden daarnaast te langzaam terug naar de 1e lijn GGZ (huisarts en praktijkondersteuner) (KPMG Advisory N.V, 2015). De vraag naar gespecialiseerde GGZ was daardoor relatief hoog. Met als gevolg verminderende toegankelijkheid en wachtlijsten (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.). De stelselwijziging houdt in dat het aantal bedden in de klinische setting en de beschermde woonvormen worden afgebouwd. Tegelijkertijd ontstaat er een opbouw van ambulante vormen van zorg; dit wordt ambulantisering van de GGZ genoemd. Cliënten met lichte klachten worden vanaf nu geholpen door een huisarts of praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ). Behandeling of begeleiding van lichte tot matige, niet complexe psychische stoornissen vindt plaats in de generalistische basis GGZ.

In de gespecialiseerde GGZ wordt alleen nog maar zorg en begeleiding geboden aan cliënten met complexe stoornissen. De stelselwijziging en de ambulantisering van de GGZ zal volgens Minister Schippers gaan bijdragen aan een betaalbare, voor iedereen toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige, GGZ (KPMG Advisory N.V, 2015; Trimbos-Instituut, z.d-a).

De stelselwijziging en de ambulantisering van de GGZ zijn volgens de RIBW GO ook duidelijk te herkennen binnen deze organisatie. Door de verandering vindt er binnen de beschermde woonvormen van de RIBW GO een verschuiving van cliënten naar de ambulante zorg plaats (RIBW Groep Overijssel, 2016-a). Daarnaast is er aan behandelinstellingen in de GGZ een ambulantiseringsoopdracht opgelegd, deze opdracht houdt in dat de behandeltrajecten korter dienen te zijn. Een gevolg van deze verkorte behandeltrajecten is dat mensen eerder uit de (verslavings)klinieken ontslagen worden, zelfs wanneer zij nog niet (geheel) uitbehandeld zijn. Cliënten komen daardoor eerder in de ambulante zorg terecht dan voorheen en hebben in deze zorgvorm dus nog wel een bepaalde mate van behandeling en/of intensieve ondersteuning nodig (Couwenbergh & Van Weeghel, 2014). Een ander gevolg van de stelselwijziging en de ambulantisering is dat de criteria om in aanmerking te kunnen komen voor zorg in een beschermde woonvorm zijn verzwakt. Hierdoor komen mensen minder snel in aanmerking voor een beschermde woonvorm en wordt er juist meer ondersteuning aan huis geboden.

Door deze veranderingen blijven mensen met psychiatrische problemen langer thuis wonen en stromen na een opname in (verslavings)klinieken sneller uit (Kenniscentrum Wonen-Zorg, z.d). Uit onderzoek van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2015) blijkt dat de afbouw van beschermd wonen plekken en de ontwikkeling van versterking van ambulant begeleiding en lichtere woonvormen waarneembaar is. Cliënten komen nu sneller in de wijk te wonen en ontvangen thuis begeleiding.

De RIBW GO neemt een verandering in de zorgzwaarte ook waar binnen de ambulante dienstverlening. Door de snellere uitstroom van cliënten uit (verslavings)klinieken en beschermd wonen locaties, merkt de RIBW GO dat de problematiek op het gebied van verslaving in combinatie met een psychiatrische aandoening (dubbeldiagnose) van cliënten in de ambulante zorg toenemen (RIBW Groep Overijssel, 2016-a). In gesprekken die de Raad van Bestuur van de RIBW GO voert met ambulante teams komt naar voren dat het merendeel van de cliënten bekend is met verslavingsproblematiek. Dat bleek volgens de ambulant begeleiders van de RIBW GO voor de ambulantisering van de GGZ minder het geval te zijn. De hulpvraag lijkt te zijn veranderd. Niet alleen uit gesprekken komt deze verandering in de hulpvraag naar voren. Ook uit casuïstiek, onder andere beschreven in het incidentmeldingssysteem, komt met regelmaat naar voren dat er sprake is van overlast die veroorzaakt wordt door gebruik van verslavende middelen (RIBW Groep Overijssel, 2016-b). Professionals van de RIBW GO geven in een gesprek met de Raad van Bestuur aan zich onvoldoende toegerust te voelen en zich met een situatie waarin overlast door verslaving speelt, geen raad te weten. Momenteel wordt dit opgevangen door expertise op het gebied van verslavingszorg in te kopen bij externe organisaties (Plegt, 2017).

De RIBW GO ziet zichzelf als 'laatste adres' in de keten. Er is geen alternatief voor mensen die bekend zijn met een dubbeldiagnose. Volgens de Raad van Bestuur van de RIBW GO, beschikken begeleiders van ambulante teams op dit moment over onvoldoende expertise op het gebied van dubbeldiagnose. De RIBW GO zou graag inzicht willen krijgen op welke deskundigheid ambulant begeleiders dienen te

beschikken, om mensen die bekend zijn met een dubbeldiagnose passende begeleiding te bieden in een ambulante setting en om marginalisatie te voorkomen en maatschappelijke participatie van cliënten met een dubbeldiagnose te bevorderen. Uit onderzoek van Van Weeghel (2010) blijkt dat veel mensen met psychiatrische aandoeningen niet alleen te kampen hebben met gevoelens van schaamte en angst tegenover de samenleving, maar ook te kampen hebben met ervaringen van onbegrip en afwijzing vanuit die samenleving. De ervaringen en gevoelens gaan vaak samen, versterken elkaar en dragen bij aan marginalisatie. Volgens GGZ Nederland (2009) is een gelijkwaardig burgerschap een cruciale voorwaarde voor het persoonlijke en maatschappelijke herstel voor mensen met psychische aandoeningen om een actief, sociaal en maatschappelijk leven te leiden. In de werkelijkheid blijkt dat een groot deel van de mensen met ernstige psychische aandoening een forse achterstandspositie heeft op sociaal maatschappelijke levensgebieden. Volgens de Trendrapportage GGZ van het Trimbos-instituut is de participatiegraad van mensen met ernstige psychische aandoeningen laag en participeren zij aanzienlijk minder in de maatschappij (Van Hoof, van Erp, Boumans, & Muusse, 2014).

De hoofdvraag in dit onderzoek is: Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van de RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen?

Om hier een beeld van te krijgen zijn in dit inventariserend onderzoek interviews met verslavingsdeskundigen, een cliënt en een ervaringsdeskundige gehouden. Daarnaast is een literatuurstudie uitgevoerd en zijn er negen indicaties geïnventariseerd van de gemeente Hengelo te Overijssel, om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag van dit onderzoek.

Dit onderzoek bestaat uit twee fases, namelijk fase 1 en fase 2. Binnen fase 1 worden er negen indicaties geïnventariseerd die afgegeven zijn door de gemeente Hengelo te Overijssel. Uit deze indicaties blijkt welke hulpverlening de gemeente Hengelo te Overijssel indiceert aan cliënten met een dubbeldiagnose in de ambulante setting. In deze indicaties worden doelen opgesteld door een consulent van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) en een cliënt. Deze indicaties worden vergeleken met de cliëntplannen die opgesteld zijn door de ambulant begeleiders van de RIBW GO. Hierdoor wordt duidelijk hoe de ambulant begeleiders begeleiding geven aan deze cliënten en of deze cliëntplannen overeenkomen met de door de gemeente Hengelo te Overijssel opgestelde doelen. Binnen fase 2 worden er vier interviews afgenomen om te inventariseren wat een goede begeleiding is voor cliënten met dubbeldiagnose op ambulante basis. Voor fase 2 worden twee verslavingsdeskundigen, een ervaringsdeskundigen en een cliënt geïnterviewd.

1.2 Doelstelling

1.2.1 Lange termijn doelstelling

De ambulant begeleiders van de RIBW GO beschikken over deskundigheid op het gebied van verslavingszorg en zetten deze deskundigheid tijdens de ambulante begeleiding van cliënten met dubbeldiagnose in, zodat er een juiste afstemming is tussen de door de gemeente Hengelo te Overijssel geïndiceerde zorg en uitvoering door de ambulant begeleiders van de RIBW GO.

1.2.2 Korte termijn doelstelling

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd is door de gemeente Hengelo te Overijssel voor cliënten met een dubbeldiagnose die ambulant hulpverlening krijgen van de RIBW GO.

In kaart brengen welke hulpverlening geboden wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo te Overijssel.

In kaart brengen welke hulpverlening voor cliënten met een dubbeldiagnose wenselijk is.

1.3 Vraagstelling

1.3.1 Hoofdvraag

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van de RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen?

1.3.2 Deelvragen

1. Wat houdt volgens de literatuur een door de gemeente afgegeven indicatie in?
2. Welke methodieken sluiten het beste aan bij cliënten met een dubbeldiagnose volgens de literatuur?
3. Wat staat er in de literatuur over de wensen van de cliënt met een verslavingsproblematiek als het gaat om ambulant begeleiding?
4. Wat zijn de overeenkomsten c.q. verschillen tussen de indicaties die opgesteld zijn door de gemeente Hengelo te Overijssel en de opgestelde behandelplannen van de RIBW GO van dubbeldiagnose cliënten?
5. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen in de ambulante begeleiding noodzakelijk, om marginalisatie te voorkomen en participatie te bevorderen voor een cliënt met een dubbeldiagnose?
 - a. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen noodzakelijke competenties voor ambulant begeleiders?
 - b. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen juiste (begeleidings)methodieken en belangrijke begeleidingsaspecten?
 - c. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen belangrijk als het gaat over daginvulling in de vorm van dagbesteding en structuur?
 - d. Zijn er in de praktijk andere belangrijke factoren om marginalisatie te voorkomen en maatschappelijke participatie te bevorderen waardoor marginalisatie wordt voorkomen en maatschappelijke participatie wordt bevorderd voor een cliënt met een dubbeldiagnose?

Deelvraag 5 is opgesplitst in de punten a tot en met d, aangezien uit het literatuuronderzoek is gebleken dat a tot en met c belangrijke factoren zijn, d. is opgenomen om geen door de praktijk waargenomen factoren te missen.

1.4 Leeswijzer

In dit bachelorrapport is in het eerste hoofdstuk de aanleiding van dit onderzoek beschreven. In de aanleiding komt de noodzaak van dit onderzoek naar voren. Naast de aanleiding zijn in het eerste

hoofdstuk ook de korte en lange termijndoelstellingen beschreven samen met de theoretische en praktische deelvragen.

In hoofdstuk twee staat het theoretisch kader centraal. Daarin worden begrippen uit de theoretische deelvragen geoperationaliseerd door middel van verschillende wetenschappelijke bronnen. Aan het einde van het tweede hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de theoretische deelvragen middels een conclusie.

In het derde hoofdstuk staat de methode van onderzoek centraal. Hierin wordt het onderzoekstype, populatie, steekproef en instrumenten beschreven. Vervolgens wordt de procedure van het onderzoek, de methode van analyseren, de betrouwbaarheid, de interne en externe geldigheid en ethische overwegingen nader toegelicht.

In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek toegelicht. De resultaten zijn tot stand gekomen door het analyseren van de gevoerde interviews, cliëntenplannen en indicaties.

In het laatste hoofdstuk van dit bachelorrapport wordt de conclusie geschreven, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de theorie en de praktijk. Daaropvolgend wordt een aanbeveling gegeven en daarna wordt een sterkte- en zwakteanalyse van het onderzoek beschreven door middel van een SWOT-analyse. Als laatste onderdeel in dit hoofdstuk wordt een onderwerp uit het onderzoek ter discussie gesteld.

2 Theoretisch kader

Door middel van het theoretische kader wordt er antwoord gegeven op de deelvragen één, twee en drie. Bijbehorende begrippen 'indicatie gemeente', 'methodieken' en 'behoeften cliënt' worden in dit hoofdstuk geoperationaliseerd door middel van wetenschappelijke bronnen. In de eerste paragraaf, 2.1, wordt ingegaan op de indicatie die door de gemeente worden afgegeven, die ambulant begeleiding aan mensen mogelijk maakt. Door dit te onderzoeken wordt er antwoord gegeven op deelvraag één. In paragraaf 2.2 wordt ingegaan op de methodieken die toegepast worden in de ambulant begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose. Door dit te onderzoeken wordt er antwoord gegeven op deelvraag twee. De begeleidingsbehoeften van de cliënt, worden in paragraaf 2.3 beschreven. Door dit te onderzoeken wordt er antwoord gegeven op deelvraag drie.

Aan het einde van dit hoofdstuk is de conclusie van het theoretisch kader te vinden in de vorm van antwoorden op de deelvragen.

2.1 Indicatie gemeente

Voor dit onderzoek worden indicaties van cliënten met dubbeldiagnostiek onderzocht. De indicaties die gebruikt worden voor dit onderzoek zijn afgegeven door de gemeente Hengelo te Overijssel. Door dit theoretisch onderzoek wordt duidelijk wat een indicatie is en wat maakt dat de gemeenten deze indicaties afgeven .

Gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 door de wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van burgers. Waar voorheen de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) de lichtere vormen van hulp en ondersteuning regelde, wordt dit door de invoering van de Wmo nu door de gemeenten geregeld. De gemeenten proberen mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen, met indien nodig de juiste begeleiding. Doordat mensen zorg en ondersteuning in hun eigen leefomgeving ontvangen, krijgen zij meer kansen om hun eigen leven voort te zetten en om makkelijker te participeren in de samenleving (Rijksoverheid, z.d). De overheid tracht volgens Pardijs (2012) door de decentralisatie naar een "krachtige, kleine en dienstverlenende" overheid. De verwachting van de overheid is dat gemeenten door deze verandering dichterbij de burgers komen te staan en daardoor beter weten welke zorgvraag mensen hebben en de zorg daarop beter kan laten aansluiten. Door de invoering van de Wmo zijn gemeenten onder andere verantwoordelijk voor de extramurale zorg en begeleiding. Dit houdt volgens Lammers (2014) in dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor taken zoals dagbesteding, kortdurend verblijf en ambulante hulpverlening. Het door de gemeente vergoede bedrag is afhankelijk van in welk niveau de begeleiding valt. Dit wordt uitgedrukt in Ondersteuning Zelfstandig Leven (OZL). OZL is een maatwerkvoorziening en is aan de orde als er beperkingen zijn bij zelfredzaamheid en participatie van de cliënt. De OZL is gericht op het behouden, compenseren of bevorderen van de zelfredzaamheid en participatie. OZL kent drie niveaus, namelijk; 1.stimuleren en toezicht, 2.helpen bij, 3. overnemen en regie. De drie niveaus geven de zwaarte en de wijze van interventies aan die tijdens de begeleiding door de begeleider geboden wordt. Dit betekent dat op verschillende niveaus verschillende kennis en vaardigheden van de begeleider wordt gevraagd. Voor elk niveau geldt een ander tarief waarbij niveau drie het duurste tarief is en waarbij de intensiefste ondersteuning wordt geboden (Gemeente Hof van, Twente, 2015). Om op ambulante basis ondersteuning te krijgen, geeft de gemeente een indicatie af. Voordat een indicatie door de gemeente wordt afgegeven, vindt er een gesprek plaats tussen een Wmo consulent en de cliënt. Het is ook mogelijk dat een hulpverlenende instantie bij dit gesprek aanwezig is. Dit gesprek wordt ook wel een

‘keukentafelgesprek’ genoemd. Tijdens dit gesprek wordt onderzocht welke ondersteuningsvraag aanwezig is en wat de cliënt zelf kan doen of heeft gedaan om het probleem op te lossen. Daarnaast wordt er ook bekeken of het sociale netwerk van de cliënt betrokken kan worden in de ondersteuning. Van het gesprek wordt een verslag gemaakt waarin tevens het ondersteuningsvoorstel van de gemeente staat beschreven. Hierop volgt de indicatie. De indicatie die door een gemeente ambtenaar wordt afgegeven geeft toegang tot de benodigde ondersteuning. Hierin staat onder andere voor welke ondersteuning de cliënt in aanmerking komt, hoeveel uren er zorg verleend en vergoed kan worden door de gemeenten (Overheid.nl, 2017; Gemeente Hof van, Twente, 2015).

Daarnaast kunnen er door de gemeente ondersteuningsdoelen vastgesteld worden. Aan deze opgestelde doelen moet de hulpverlenende instantie werken. De uitvoering van de Wmo bepalen gemeenten zelf. Dat houdt in dat de Wmo per gemeente kan verschillen (Zorg Verandert, z.d; ZorgWijzer, 2016). Dit komt door de decentralisatie van de zorg en ondersteuningstaken die van de landelijke overheid naar de lokale overheden; gemeenten zijn verschoven. Een belangrijke reden voor deze decentralisatie is dat de gemeenten beter in staat zijn om het beleid af te stemmen op de lokale situatie, waardoor er beter maatwerk en ondersteuning aan cliënten geboden kan worden (Van der Veen, Schalk, & Gilsing, 2011).

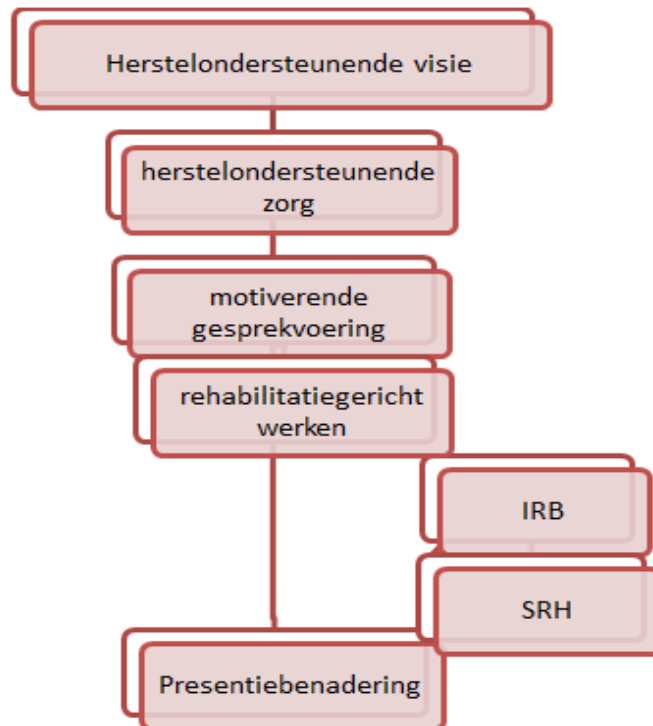
2.2 Methodieken

Er zijn verschillende methodieken die ingezet kunnen worden in de begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose. Er is voor gekozen om verschillende methodieken te onderzoeken in de literatuur, omdat de RIBW GO wil weten welke hulpverlening toereikend is om cliënten met een dubbeldiagnose te kunnen begeleiden om marginalisatie te voorkomen en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Deze paragraaf beschrijft methodieken die goed aansluiten op de ambulante begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose en die de maatschappelijke participatie van de cliënt bevordert. In 2012 heeft het Trimbos-instituut en het Landelijk expertise- en implementatiecentrum dubbeldiagnose (LEDD) een handreiking geschreven voor het bieden van woonbegeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. In deze handreiking staan methodieken beschreven die toegepast worden in de begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012).

Er wordt bij de RIBW GO gewerkt middels de herstelondersteunende visie. Mensen geven hun eigen leven vorm en dragen bij wat zij zelf kunnen. Het leidend principe in herstelgericht werken is ‘zelf doen wat je zelf kunt, eventueel met ondersteuning van je netwerk’ (RIBW Groep Overijssel, 2016-a). De hieronder beschreven methodieken passen allen binnen de herstelondersteunende visie. De methodieken worden eerst in schema 1 gezet, zodat het overzichtelijk wordt welke methodieken gehanteerd worden. Vervolgens worden de methodieken uitgewerkt.

Figuur 1 methode opbouw



Herstelondersteunende zorg

Herstelgericht werken sluit volgens het Trimbos-instituut goed aan op de behandeling en begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose (Van Rooijen, Muusse, Van Wamel, & Hulsbosch, 2012).

Herstelondersteunende zorg betreft zorg welke gericht is op het bevorderen van het herstelproces. De cliënt heeft in dit proces de regie. Bij het ondersteunen van herstel wordt er op een andere manier gekeken naar mensen met psychische kwetsbaarheid dan gebruikelijk was in de psychiatrie. Begeleiders zijn ondersteunend en gaan uit van een basishouding van gelijkwaardigheid en respect. Daarnaast heeft de begeleiding als doel om mensen zoveel mogelijk zichzelf te helpen en het sociale netwerk van de cliënt bij de begeleiding te betrekken (Hendriksen-Favier, Nijns, & Van Rooijen, 2012). Wanneer cliënten geholpen worden bij hun herstel, dan zijn herstel van persoon, herstel van gezondheid, herstel van dagelijks functioneren en herstel van rolfunctioneren de onderwerpen waarbij de cliënt geholpen kan worden (Dom, et al., 2013). Een hulpverlener die werkt vanuit de herstelvisie dient volgens Boevink, Prinsen, Dröes, Tiber en Wilryck (2009) over een aantal vaardigheden te beschikken:

- De hulpverlener heeft een attitude van hoop en optimisme;
- De hulpverlener is present;
- De hulpverlener weet kwaliteiten en eigen kracht van cliënten naar boven te halen en stimuleert het gebruiken hiervan (empowerment);
- De hulpverlener maakt ruimte voor en sluit aan bij het verhaal van de cliënt;
- De hulpverlener erkent, gebruikt en stimuleert de deskundigheid van de cliënt;
- De hulpverlener erkent, gebruikt en stimuleert de ondersteuning van naastbetrokkenen van de cliënt;
- De hulpverlener is gericht op het vergroten van de regie van cliënt.

Methodieken die aansluiten op de herstelondersteunende visie en toegepast worden in de begeleiding van mensen met een dubbeldiagnose, zijn motiverende gespreksvoering, rehabilitatiegericht werken en presentiegericht werken. Deze worden hieronder alle drie verder uitgewerkt.

Motiverende gespreksvoering

Motiverende gespreksvoering is een gesprekstechniek die zijn oorsprong heeft in de verslavingszorg (Ledd, 2012). Deze gesprekstechniek is goed bruikbaar voor cliënten die geen of weinig inzicht hebben in de consequenties van hun gedrag, ambivalent staan tegenover verandering, weigerachtig zijn en weerstand vertonen. Volgens Chanut, Brown en Dongier (2005) werkt motiverende gespreksvoering goed bij cliënten met een dubbeldiagnose. De opkomst bij therapiesessies neemt toe en bij psychotische cliënten leidt dit tot een betere inname van medicatie. Dit leidt er vervolgens toe dat zij beter functioneren en sociaal stabiel overkomen. Het is waarschijnlijk wel nodig om motiverende gespreksvoering bij dubbeldiagnose cliënten intensiever in te zetten, dan bij cliënten met een niet-psychiatrische aandoening (Bartelink, 2013). Daarnaast is er een aantal aanpassingen wenselijk wat betreft de toepassing bij dubbel diagnose cliënten. De hulpverlener heeft goede kennis over interacties tussen psychiatrie en verslaving nodig, zodat er op een motivationele wijze gericht informatie kan worden gegeven om kennis bij de cliënt te vergroten en de intrinsieke motivatie te vergroten. Verder is het van belang dat de hulpverlener rekening houdt met mogelijke cognitieve beperkingen als gevolg van bijvoorbeeld hersen-/geheugenbeschadiging (Van Wamel, Muusse, & Van Rooijen, 2012).

De basis van motiverende gespreksvoering ligt in de open, uitnodigende en een niet-veroordelende houding van de hulpverlener, ook al is het gedrag van de cliënt zelfdestructief. Daarnaast is de houding van de hulpverlener gericht op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en respect voor de autonomie van de cliënt (Miller & Rollnick, 2002). De interne motivatie van de cliënt om te veranderen wordt door de hulpverlener versterkt. Het uitgangspunt van motiverende gespreksvoering is dat iemand vanwege zijn eigen argumenten uiteindelijk zijn of haar keuzes maakt. De hulpverlener heeft daarin de rol om samen met de cliënt op zoek te gaan naar de eigen argumenten van de cliënt om te willen veranderen (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012; De Jonge & Van Giffen, 2013).

Volgens Van der Molen, Simon en Van Lankveld (2015) is het niet effectief om de negatieve gevolgen van gebruik te benadrukken om de cliënt te overtuigen van de noodzaak om te stoppen. Beter is om samen met de cliënt de intrinsieke motivatie te veranderen door middel van motiverende gespreksvoering. Binnen deze vorm van gespreksvoering worden vier principes onderscheiden: empathisch uitdrukken, versterken van zelfeffectiviteit, gebruikmaken van weerstand en ambivalentie versterken. Het is belangrijk om veel open vragen te stellen en reflectief te luisteren. Bij cliënten met ernstigere verslavingsproblematieken wordt aanbevolen motiverende gespreksvoering te combineren met een therapeutische behandeling.

Rehabilitatiegericht werken

Rehabilitatie betekent: mensen helpen om weer zo goed mogelijk maatschappelijk te functioneren door met name de cliënt te ondersteunen bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van zelf gestelde doelen. De visie van rehabilitatie gaat ervan uit dat iemand met een psychiatrische aandoening en verslaving een burger is met een verleden én een toekomst. Door de aandoening is de

persoon zijn rollen echter kwijtgeraakt (Droës, 2013). Rehabilitatiegericht werken richt zich volgens Korevaar en Dröes (2016) op het ondersteunen van herstel van het dagelijks functioneren en maatschappelijk rolherstel op het gebied van wonen, werken, leren, sociale (familie)contacten, financiën en vrijetijdsbesteding. De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) en de Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH) zijn twee methodieken die werken volgens de rehabilitatievisie.

Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB)

De IRB is ontwikkeld door het Amerikaans Centrum voor Psychiatrische Rehabilitatie van de Universiteit van Boston (Amerikaanse Center for Psychiatric Rehabilitation van de Universiteit van Boston) (Anthony, Cohen, Farkas, & Gagne, 2002). Het doel van de IRB methodiek is om mensen met ernstige, langdurige beperkingen te helpen om weer beter te functioneren, zodat ze met succes en naar tevredenheid kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten hebben in de omgeving van eigen keuze. Dit wordt gedaan aan de hand van rehabilitatiemodules. De IRB-visie is gebaseerd op geloof in groeimogelijkheden bij de cliënt en beschouwt 'hoop' als een onmisbaar element in de hulpverlening. De cliënt wordt gezien als een volwaardig persoon, waarbij het gaat om vormgeving van het dagelijks leven en dat het realiseren van de doelen en wensen van de cliënt zelfsturend zijn. Dit met zo min mogelijk professionele hulp en zoveel mogelijk eigen regie van de cliënt (Korevaar, Dröes, & Van Wel, 2014).

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH)

Een andere methodiek die gebruikt wordt in de begeleiding van mensen met dubbel diagnose, is Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH). Deze methodiek bestaat uit zes stappen en is gericht op mensen die onder andere (langdurig) gebruik maken van geestelijke gezondheidszorg en/of verslavingszorg en die door hun beperkingen onvoldoende mee kunnen doen aan de samenleving. SRH ondersteunt mensen in:

- Het beter om kunnen gaan met kwetsbaarheid, talenten en mogelijkheden kunnen versterken en benutten;
- De cliënt de mogelijkheid te geven om in de gewenste omgeving te kunnen participeren, door het zo groot mogelijk maken van de kwaliteit van leefomgevingen en sociale netwerken;
- Het kunnen realiseren van doelen die betrekking hebben op de kwaliteit van leven op het gebied van wonen, werken, leren en vrijetijdsbesteding en op het gebied van gezondheid, zelfmanagement, veiligheid en sociale relaties.

Het doel van deze methodiek is het bieden van ondersteuning bij het herstelproces, zodat mensen zowel persoonlijk als maatschappelijk in tevredenheid kunnen functioneren. Presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht zijn de basisprincipes. De hulpverlener streeft naar een werkzame persoonlijk-professionele relatie en biedt daarin ondersteuning bij het sociale en persoonlijke herstelproces. Daarnaast wordt er gezocht naar versterking van mogelijkheden in de sociale omgeving van de cliënt die een bijdrage kunnen leveren aan het herstelproces (Van Gijzel, Wilken, & Brink, z.d).

De presentiebenadering

Binnen woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose wordt volgens Muusse, Van Wamel en Van Rooijen (2012) veel gebruik gemaakt van de presentiebenadering. Het is geen methode, maar een benadering die belangrijk is in het vormgeven van een goede relatie tussen de

cliënt en hulpverlener, zodat er een vertrouwensrelatie ontstaat. De presentiebenadering vertrekt volgens Baart (2004) altijd vanuit betrokkenheid, acceptatie en de investering in de relatie met de cliënt en niet vanuit de interventie of het behandeldoel. Het principe van presentie is aansluiten op waar de cliënt staat, aandacht hebben voor de cliënt en de cliënt staat centraal in plaats van doelstellingen van hulpverleners. De hulpverlener heeft een houding van volledige acceptatie en ziet de cliënt als een volwaardig mens. Deze houding zorgt ervoor dat de cliënt zijn eigen kracht weer ziet en krijgt vertrouwen in de mogelijkheid om zijn of haar leven weer op een zinvolle manier in te vullen. De presentiebenadering vindt met name zijn bruikbaarheid door de aansluiting bij cliënten die in eerste instantie niet gemotiveerd zijn voor hulpverlening bij hun problemen. Door het inzetten van de presentiebenadering wordt er op een laagdrempelige manier contact gemaakt met de cliënt en wordt het vertrouwen langzaam (weer) opgebouwd (Stichting Presentie, 2011; Movisie, 2016; Baart, 2004)

Internationale methodiek

Individual Placement and Support (IPS) is een in de Verenigde Staten ontwikkelde methodiek. IPS een arbeidsrehabilitatie programma die zich richt op mensen met ernstige, vaak langdurende, psychiatrische aandoeningen (Ledd, 2012). De IPS methodiek heeft als doel mensen te helpen bij het vinden en behouden van betaald werk dat aansluit bij de wensen, behoeften en mogelijkheden van de cliënt (Van Erp, 2014). In de praktijk wordt IPS vooral aangeboden aan cliënten die begeleiding krijgen in de ambulante setting. Echter blijkt dat de meeste mensen met een ernstige psychische aandoening geen betaald werk hebben. Een groot deel van deze mensen is geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt of behoren tot de cliënten van de sociale dienst met grote afstand tot de arbeidsmarkt (Van Erp, 2014). Redenen dat deze groep mensen niet beschikken over betaald werk zijn volgens Van Erp (2014) dat deze groep mensen nog niet over voldoende veerkracht beschikken en ervaring en vaardigheden hebben die noodzakelijk zijn om werk te vinden en te kunnen behouden. Daarnaast zijn vooroordelen van werkgevers, stigmatisering, beschikbare arbeid en een gebrekkige re-integratiepraktijk voor de cliënt belemmerende factoren in het vinden van betaald werk. Toch willen de meeste mensen met ernstige psychische aandoeningen volgens Van Erp (2014) (weer) aan het werk. Perkins, Raines, Tschopp en Warner (2009) geven aan dat wanneer cliënten over een betaalde baan beschikken, minder sociale afstand ervaren en dit tegenwicht biedt tegen stigmatisering. Daarnaast geeft het hebben van werk een gevoel van zingeving, eigenwaarde en erkenning bij de cliënt creëert (Phrenos, z.d.).

Kenmerken van de interventie zijn onder andere:

- Iedere cliënt die een reguliere baan wil kan meedoen met IPS, ongeacht zijn arbeidsverleden, middelengebruik of symptomen;
- Er wordt zo snel mogelijk gezocht naar passend werk waarin de wensen van de cliënt centraal staan;
- De cliënt en naasten (familie, werkgever en collega's) worden langdurig door een begeleider begeleidt (Phrenos, z.d.; Ledd, 2012).

2.3 Behoeften cliënt

Het is van belang om de behoeften van de cliënt te beschrijven, omdat het dan duidelijk wordt wat de cliënt belangrijk vindt in zijn of haar hulpverleningsproces. Er kan in de manier van begeleiden rekening gehouden worden met de behoeften van de cliënt. Ook wordt in deze paragraaf de verslavingskenmerken omschreven.

In deze paragraaf wordt ingegaan op het begrip dubbeldiagnose. Daarna wordt omschreven wat de literatuur zegt over verslavingskenmerken en als laatste wordt omschreven wat een cliënt met deze kenmerken nodig heeft. Er is gekozen voor deze volgorde, omdat het eerst van belang is te weten wat een dubbeldiagnose is, welke kenmerken hier vervolgens bij horen en tot slot wat een cliënt met deze kenmerken aangeeft nodig te hebben.

Dubbeldiagnose

In de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM V) wordt verslaving gerubriceerd als een psychiatrische stoornis, naast schizofrenie of een persoonlijkheidsstoornis. De DSM is een classificatie systeem voor psychische stoornissen, ontwikkeld onder de verantwoordelijkheid van American Psychiatric Association. In het werkveld, instellingen en opleidingen wordt verslaving vaak nog apart benaderd. De samenleving denkt vaak dat iemand die verslaafd is het er zelf naar maakt. De term verslaving staat nog steeds apart in de geestelijke gezondheidszorg. De samenleving ziet niet in dat een verslaving een ziekte is (Van der Stel, z.d).

Bij een dubbeldiagnose is er sprake van een psychische aandoening en een verslaving (Van der Stel, z.d). Het gebruik van middelen kan de psychische aandoening verergeren. Het kan ook andersom zijn, namelijk dat door de psychische aandoening iemand aan de alcohol of drugs verslaafd raakt. De combinatie van beide vraagt veel aandacht en heeft vaak een negatieve invloed op de kwaliteit van leven. Wat mensen met een dubbeldiagnose ervaren hangt erg af van de ziekte die zij hebben. Door gebruik van cannabis kan iemand bijvoorbeeld in een psychose raken. Anderen worden depressief of angstig wanneer zij meer of langer alcohol gebruiken (Ledd, 2014). De maatschappij heeft een duidelijk stigma van verslaving. De bevolking denkt vaak dat verslaafden er mee kunnen stoppen en dat het “tussen de oren” zit. Echter klopt dit alleen voor een kleine groep verslaafden die vaak verder geen andere problemen heeft, maar voor mensen die naast de verslaving nog meer problemen hebben is dat niet het geval (Van der Molen, Simon, & Van Lankveld, 2015). Cliënten met een ernstige problematiek zijn vaak aan meerdere middelen verslaafd, of er is sprake van psychopathologie en andere problemen voor het verslavingsgedrag. Vaak zijn dit gedragsproblemen uit de jeugd. Bij latere verslaafden speelt een jeugdtrauma vaak mee (Van der Molen, Simon, & Van Lankveld, 2015).

Verslavingskenmerken

Naast de kenmerken van de psychische aandoening, heeft de cliënt kenmerken die toe te kennen zijn aan de verslavingsproblematiek. Wanneer er sprake is van een onweerstaanbare drang tot het innemen van genotsmiddelen kan er gesproken worden van een verslaving. Afhankelijkheid is één van de kenmerken die hoort bij een verslaving. Er zijn twee vormen van afhankelijkheid te onderscheiden, namelijk; lichamelijke en psychische. Bij lichamelijke afhankelijkheid komen onthoudingsverschijnselen en tolerantie voor. Onthoudingsverschijnselen zijn de tijdelijke lichamelijke of psychische gevolgen. Wanneer het lichaam de stof weer binnenkrijgt, zullen de onthoudingsverschijnselen weer weg gaan (Vandereycken & Van Deth, 2004). Bij langdurig gebruik

moeten er grotere hoeveelheden van de drug ingenomen worden om het effect te voelen, dit wordt tolerantie genoemd (Jellinek, 2013).

Risico's van alcohol- en drugsgebruik

De risico van alcohol- en drugsgebruik kan zijn dat iemand gezondheidsrisico's oploopt of aandoeningen aan het spijsverteringskanaal krijgt. Lever/hart- en vaatziekten kunnen optreden en men kan last krijgen van het zenuw- en spierstelsel. Hersenen worden ook vaak aangetast door langdurig alcoholgebruik. Uiteindelijk kan het langdurig gebruik van genotsmiddelen de dood als gevolg hebben (Vandereycken & Van Deth, 2004). Specifieke kenmerken van iemand die verslaafd is, zijn te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Kenmerken van een verslaving

Psychisch	Lichamelijk
Prikkelbaar	Lallend praten
Geheugenstoornis	Coördinatie
Agressiviteit	Coma
Prikkelbaar	Duizeligheid
Rusteloosheid	Hartritmestoornis
Angst	Pupilvernauwing
Verwardheid	Bloeddruk
Hallucinaties	Zweten en trillen
Paniek	Ademhalingsproblemen

De verklaring waarom mensen naar middelen grijpen zijn zeer divers en persoonsafhankelijk. Het biopsychosociaal model gaat er vanuit dat biologische, psychologische en sociale factoren een rol spelen bij de afhankelijkheid van middelen (Vandereycken & Van Deth, 2004).

Behoeften van de cliënt

Om de cliënt zo goed mogelijk te helpen is het van belang dat de begeleider(s) weten wat een cliënt met verslavingsproblematiek nodig heeft. Dit is afhankelijk van de kenmerken die de cliënt laat zien, maar Duijnhouwer en Jansen (2008) geven in een onderzoekverslag aan dat cliënten het prettig vinden dat gemaakte afspraken na worden gekomen en dat vooral een individuele aanpak effectief is. De cliënten zien graag dat de begeleiders een flexibele houding hebben, goede structuur kunnen bieden en een positieve, accepterende en een directieve houding hebben. Ook wordt er in het onderzoek van Duijnhouwer en Jansen (2008) benoemd dat de cliënten het prettig vinden dat de woningen prikkelarm zijn, het optimale aantal cliënten voor een setting tussen de vier en vijf cliënten ligt en dat het niet wenselijk is om de doelgroep met een andere doelgroep te combineren. Volgens het Trimbos-instituut blijkt ook dat cliënten belang hebben bij dagbesteding. Dit biedt structuur, doorbreekt de cirkel van verveling en gebruik en voorkomt verwervingscriminaliteit als er een vergoeding tegenover de verrichte werkzaamheden staat (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012). Wanneer begeleiding aan de wensen van de cliënt voldoet kan dit bijdragen aan de participatie van cliënten aan de maatschappij. Hierdoor verklein je marginalisatie van deze doelgroep (Snoek, Wits, & Mulders, 2012).

Marginalisatie

Cliënten met een dubbeldiagnose zijn vaak in ernstige mate gemarginaliseerd in vergelijking met mensen met één van beide stoornissen. Doordat een dubbeldiagnose cliënt twee problematieken heeft, versterkt de ene problematiek de andere. Mensen met een dubbeldiagnose hebben vaak te maken met een beperkt (sociaal) netwerk. Dit komt omdat er vaak geen of slecht contact is met de familie of dat het netwerk vooral bestaat uit andere gebruikers. Volgens Wolf (2002) is er vooral bij de groep chronische verslaafden sprake van uitsluiting en stigmatisering. Participatie gaat volgens Pols (2009) over het (weer) opnieuw deelnemen aan de samenleving en gehoord en gezien worden.

Tactus geeft in zijn langetermijnbeleid aan dat zij willen investeren in goed opgeleid personeel en dat ze willen zich profileren met onderzoek en innovatie. Zij geven aan dat zij hun diensten slimmer gaan organiseren en daarbij is de vraag van de cliënt erg belangrijk. Zij willen de behandeling van de verslaving minder belastend maken en meer gaan werken uit de eigen kracht van de cliënt. Wat kan een cliënt al, wat wil een cliënt, wat verwacht een cliënt en hoever is een cliënt in zijn herstel (Tactus, 2013).

2.4 Conclusie theoretisch kader

Deelvraag 1:

Wat houdt volgens de literatuur een door de gemeente afgegeven indicatie in?

Sinds 1 januari 2015 zijn de gemeenten door de Wmo verantwoordelijk voor de zorg en ondersteuning van burgers. Voorheen werd dit geregeld via de AWBZ. De gemeente probeert zoveel mogelijk mensen thuis te laten wonen, met indien de juiste begeleiding. (Rijksoverheid, z.d). Volgens Pardijs (2012) tracht de overheid door de decentralisatie naar een "krachtige", kleine en dienstverlenende overheid. De gemeente zal dichterbij de burger komen en daardoor beter weten welke zorg mensen nodig hebben en daar de zorg beter op aan kunnen passen. Om op ambulante basis zorg te bieden, geeft de gemeenten een indicatie af. Vooraf zal er een keukentafelgesprek plaats vinden en tijdens dit gesprek wordt er onderzocht wat de hulpvraag van de cliënt is, wat de cliënt eventueel zelf kan doen en wat het sociale netwerk kan betekenen voor de cliënt. Van het gesprek wordt een verslag gemaakt en hierin worden tevens het ondersteuningsvoorstel van de gemeenten beschreven. Hierop volgt de indicatie die door de gemeente ambtenaar wordt afgegeven. In de indicatie staat de nodige ondersteuning omschreven, de hoeveelheid uren en de duur van de zorg. De hulpverleners moeten aan deze ondersteuningsdoelen werken. (Zorg Verandert, z.d).

Deelvraag 2:

Welke methodieken sluiten het beste aan bij cliënten met een dubbeldiagnose volgens de literatuur?

De ambulant begeleiders van de RIBW GO werken momenteel volgens de visie herstelondersteunende zorg. Met herstelondersteunende zorg geven mensen het eigen leven vorm en dragen bij aan wat zij zelf kunnen. Het leidend principe in herstelgericht werken is 'zelf doen wat je zelf kunt, eventueel met ondersteuning van je netwerk' (RIBW Groep Overijssel, 2016-a). Herstelondersteunende zorg betreft zorg welke gericht is op het bevorderen van het herstelproces. De cliënt heeft in dit proces de regie. Begeleiders zijn ondersteunend en gaan uit van een basishouding van gelijkwaardigheid en respect. Daarnaast heeft de begeleiding als doel om mensen te helpen zoveel mogelijk zichzelf te helpen en het sociale netwerk van de cliënt bij de begeleiding te betrekken (Hendriksen-Favier, Nijnsen, & Van Rooijen, 2012). Wanneer er specifiekere gekeken

wordt naar passende methodieken binnen deze visie die zijn gericht op het begeleiden van cliënten met een dubbeldiagnose komen de volgende methodieken naar voren: herstelondersteunende zorg, motiverende gespreksvoering, rehabilitatiegericht werken en presentiebenadering.

Volgens Chanut, Brown en Dongier (2005) werkt motiverende gespreksvoering goed bij cliënten met een dubbeldiagnose. De opkomst bij therapiesessies neemt toe en bij psychotische cliënten leidt dit tot een betere inname van medicatie. Dit leidt er vervolgens toe dat zij beter functioneren en sociaal stabiel overkomen. Het is waarschijnlijk wel nodig om motiverende gespreksvoering bij dubbeldiagnose cliënten intensiever in te zetten, dan bij cliënten met een niet-psychiatrische aandoening (Bartelink, 2013). Binnen woonvoorzieningen voor mensen met een dubbele diagnose wordt volgens Muusse, Van Wamel, en Van Rooijen (2012) veel gebruik gemaakt van de presentiebenadering. Het is geen methode, maar een benadering die belangrijk is in het vormgeven van een goede relatie tussen de cliënt en hulpverlener, zodat er een vertrouwensrelatie ontstaat. Rehabilitatiegericht werken richt zich op het ondersteunen van herstel van het dagelijks functioneren en het maatschappelijk rolherstel op het gebied van wonen, werken, leren, sociale (familie) contacten, financiën en vrijetijdsbesteding. Rehabilitatiegericht werken kent twee methodieken. Deze methodieken zijn; individuele rehabilitatie benadering (IRB) en systematisch rehabilitatiegericht handelen (SRH).

De overeenkomst tussen deze verschillende methodieken is dat zij allen werken via de herstelondersteunende visie. Factoren die vaak genoemd zijn de houding van de begeleider, deze dient open, uitnodigende en niet veroordelend zijn. Ook heeft de cliënt eigen verantwoordelijkheid en eigen regie over het hulpverleningsproces.

Deelvraag 3:

Wat staat er in de literatuur over de wensen van de cliënt met een verslavingsproblematiek als het gaat om ambulant begeleiding?

Cliënten geven aan dat zij het prettig vinden dat de ambulant begeleiders de gemaakte afspraken nakomen en dat zij individueel begeleid worden. Een flexibele houding en goede structuur bieden aan de cliënten wordt als positief ervaren. Ook geven zij aan dat een prikkelarme woning hen erg goed doet en daardoor meer rust ervaren. Dit heeft een positieve invloed op de begeleiding (Duijnhouwer & Jansen, 2008). Volgens het Trimbos-instituut blijkt dat cliënten belang hebben bij dagbesteding. Dit biedt structuur, doorbreekt de cirkel van verveling en gebruik en voorkomt verwervingscriminaliteit als er een vergoeding tegenover de verrichte werkzaamheden staat (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012). Wanneer begeleiding aan de wensen van de cliënt voldoet kan dit bijdragen aan de participatie van cliënten aan de maatschappij. Hierdoor verklein je marginalisatie van deze doelgroep (Snoek, Wits, & Mulders, 2012).

3 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk staat de methode van onderzoek centraal. Als eerste wordt de onderzoeksmethode, de populatie en de steekproef geoperationaliseerd. Daarna wordt ingegaan op het onderzoeksinstrument, de procedure en de betrouwbaarheid. Vervolgens worden de externe en interne geldigheden omschreven en als laatste wordt de methode van onderzoek afgesloten met ethische overwegingen. Dit onderzoek omvat twee kleine onderzoeken die samen een antwoord geven op de vraagstelling van het onderzoek. Het eerste betreft het onderzoeken (analyseren) van de gegeven indicaties en gegeven hulpverlening aan een tiental cliënten in de gemeente Hengelo te Overijssel. Het tweede deel omvat de interviews met twee verslavingsdeskundigen, een ervaringsdeskundige en een cliënt met een dubbeldiagnose indicatie waarin gevraagd wordt wat deze personen belangrijk vinden in ambulante begeleiding van cliënten met een dubbeldiagnose.

3.1 Onderzoekstype

Tijdens dit onderzoek worden inzichten verkregen over de geïndiceerde zorg voor dubbeldiagnose cliënten. Daarin worden de opgestelde begeleidingsdoelen van de gemeenten vergeleken met de doelen van de RIBW GO. De resultaten die voortkomen uit de respons van het interview zijn gebaseerd op belevingen, wensen, behoeften, motivaties en ervaringen. Dit onderzoek is mede daardoor van kwalitatieve aard Michelbrink (2013).

Dit onderzoek betreft een inventariserend onderzoek. Voor een inventariserend onderzoek is het essentieel dat er nagegaan wordt hoe de stand van zaken is (Michelbrink, 2013). Voor de RIBW GO wordt onderzoek gedaan over welke deskundigheid ambulante hulpverleners dienen te beschikken om dubbeldiagnose cliënten in de ambulante setting te kunnen begeleiden. Tevens worden de afgegeven indicaties van de gemeente Hengelo te Overijssel geïnventariseerd. Uit deze indicaties blijkt welke hulpverlening de gemeente Hengelo te Overijssel indiceert aan cliënten met een dubbeldiagnose in de ambulante setting. In deze indicaties worden doelen opgesteld door de Wmo consulent en de cliënt. Daarnaast worden de cliëntenplannen die opgesteld zijn door de ambulant begeleiders van de RIBW GO onderzocht. In deze cliëntplannen dient gewerkt te worden aan doelen die overeenkomen met de doelen die opgesteld zijn in de indicatie. Door de cliëntplannen te onderzoeken wordt duidelijk hoe de ambulant begeleiders begeleiding geven aan deze cliënten en of deze cliëntplannen overeenkomen met de door de gemeente Hengelo te Overijssel opgestelde doelen. Dit thema is nog niet eerder onderzocht binnen het RIBW GO en dit maakt dat het een inventariserend onderzoek is.

3.2 Populatie

Alle onderzoekseenheden waarover in het onderzoek uitspraken worden gedaan, vormen samen de populatie (Verhoeven, 2010). In *figuur 2* is de populatie van dit onderzoek weergegeven.

Figuur 2 populatie opbouw



Dit onderzoek bestaat uit twee fasen, namelijk fase 1 en fase 2. Bij fase 1 zijn er negen indicaties opgevraagd bij de gemeente Hengelo waaraan de RIBW GO Midden Twente begeleiding aan biedt. Door de Wmo zijn de gemeente vrij in het opstellen van de indicaties. Dit kan per gemeente verschillen. Er is daarom in overleg met de opdrachtgever, gekozen om indicaties van één gemeente op te vragen zodat een goede vergelijking gemaakt kan worden tussen afgegeven indicaties en hulpverleningsplannen. Team Midden Twente geeft hulpverlening aan negen cliënten met een dubbeldiagnose indicatie. De negen indicaties samen vormen de onderzoekspopulatie van fase 1. Er is geen steekproef getrokken, de gehele populatie is onderzocht. In fase 2 wordt onderzocht wat volgens verslavingsdeskundigen, ervaringsdeskundigen en cliënten de juiste manier van hulpverlening is. Dit is de onderzoekspopulatie. Het is echter niet haalbaar om alle verslavingsdeskundigen, ervaringsdeskundigen en cliënten te interviewen. Er is een steekproef genomen binnen deze populatie en daarover staat hieronder meer.

3.3 Steekproef

Voor het onderzoeksdeel 'interview' is gebruik gemaakt van een doelgerichte steekproef (Verhoeven, 2010). Er wordt een selectie gemaakt van verschillende deskundigen, waarbij er gekeken wordt naar de functie en de organisatie. De populatie voor dit onderzoek is deskundig op het gebied van dubbeldiagnose en verslavingszorg. De steekproef voor dit onderzoek is het volgende:

- Ambulante cliënt met een dubbeldiagnose
 - Er is gekozen voor een cliënt van de RIBW GO, omdat de onderzoekers willen toetsen wat de cliënt belangrijk vindt in de ambulante hulpverlening.
- Ervaringsdeskundige van de RIBW GO
 - De keuze om een ervaringsdeskundige te benaderen is gemaakt, omdat een ervaringsdeskundige zelf begeleid is. Een ervaringsdeskundige kan vanuit cliëntperspectief bekijken wat belangrijk is in de hulpverlening aan cliënten met een dubbeldiagnose. De ervaringsdeskundige ondersteunt cliënten bij het herstelproces bij dagelijkse bezigheden en maatschappelijke participatie.
- Verslavingsdeskundigen van Tactus en Dimence
 - Er is gekozen om een GZ-psycholoog te interviewen van Dimence, omdat een psycholoog in het behandelstadium contact heeft met de cliënt. Daarin kan de psycholoog een mening vormen over hoe een cliënt met een dubbeldiagnose het beste ambulant begeleid kan worden. Bij Tactus is een projectleider- wonen geïnterviewd. Dit is net voor het afgenomen interview besloten door Tactus en hier hebben de onderzoekers geen invloed op gehad, omdat er op dat moment geen GZ-

psychologen medewerking konden bieden. Voor deze verslavingsdeskundigen is gekozen, omdat de RIBW GO samenwerkt met deze instellingen.

Er is gekozen voor een doelgerichte steekproef, omdat het RIBW GO al op verschillende gebieden samenwerkt met bijvoorbeeld Tactus en Dimence. Dit maakt dat de onderzoekers makkelijker de verbanden kunnen leggen tussen de verschillende partijen. In de selectie is er naar gestreefd om personen te selecteren waarvan verwacht wordt dat zij voldoende informatie en representatie opleveren voor de gehele populatie ambulante hulpverleners in de GGZ die begeleiding geven aan dubbeldiagnose cliënten.

3.4 Instrument

Door middel van interviews wordt er respons verkregen op de praktische deelvragen, nummers 4 en 5 a,b,c en d.

In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Door een semi-gestructureerde vragenlijst op te stellen komen wel alle belangrijke onderwerpen aan de orde, maar kan er afgeweken worden van de vooraf opgestelde vragen. Het wordt mogelijk om bijvoorbeeld door te vragen als de respondent iets interessants zegt (Groepsdynamiek en teamwork, z.d). De interviewvragen zijn opgebouwd aan de hand van het theoretische kader. De thema's/onderwerpen van de vragen zijn:

Verslavingsdeskundigen:

- Gegevens interview
 - Functie
 - Naam van de instelling
- Gegevens over de afspraak
 - Datum
 - Tijd
 - Locatie
- Eigenschappen ambulante hulpverlener
- Flexibele werkhouding
- Structuur
- Vaardigheden van een ambulante hulpverlener
- Dagbesteding
- Methodieken
- Aanvullingen

Ervaringsdeskundige:

- Gegevens interview
 - Functie
 - Naam van de instelling
- Gegevens over de afspraak
 - Datum
 - Tijd
 - Locatie

- Eigenschappen van de ambulant begeleider
- Regie
- Flexibiliteit
- Structuur
- Vaardigheden van een ambulant begeleider
- Dagbesteding
- Methodieken
- Aanvullingen

Clïënt:

- Gegevens geïnterviewde
 - Naam cliënt
- Gegevens over de afspraak
 - Datum
 - Tijd
 - Locatie
- Eigen ervaring
- Eigenschappen van een ambulant begeleider
- Vaardigheden van een ambulant begeleider
- Regie
- Flexibiliteit
- Structuur
- Dagbesteding
- Benodigdheden van de cliënt
- Woonsituatie
- Aanvullingen

Een volledig overzicht is te vinden in bijlagen 2.

3.5 Procedure

Voor dit onderzoek is in opdracht van de opdrachtgever een verslavingsdeskundige van Tactus Verslavingszorg en Dimence, een cliënt met een dubbeldiagnose en een ervaringsdeskundige geïnterviewd. In de praktijk is gebleken dat het vinden van een geschikte ervaringsdeskundige meer tijd in beslag nam dan was verwacht. De ervaringsdeskundigen die benaderd zijn om deel te nemen aan het interview hadden hier enige bedenktijd voor nodig. Van enkele ervaringsdeskundigen hebben de onderzoekers na benadering geen reacties ontvangen. Ook bij het vinden van een geschikte cliënt was dit een struikelblok.

Het interviewen van een GZ-psycholoog van Tactus Verslavingszorg is niet gelukt. Er waren geen GZ-psychologen die medewerking wilden of konden verlenen aan dit onderzoek. Tactus Verslavingszorg heeft de onderzoekers doorverwezen naar een projectleider-wonen en daarbij aangegeven dat deze deskundige een goede bijdrage kan leveren aan het onderzoek. Deze deskundige heeft ervaring met het begeleiden van cliënten met een verslavingsproblematiek, het opzetten van nieuwe woonlocaties en het samenstellen van teams, zowel voor woonlocaties als ambulante teams. Bij het benaderen

van deze deskundige hebben de onderzoekers dit bij de deskundige nagetrokken. Dit bleek correct te zijn.

Naast de interviews zijn er voor dit onderzoek negen indicaties die door de gemeente Hengelo zijn afgegeven onderzocht. Daarnaast zijn de bijbehorende begeleidingsplannen die opgesteld zijn door begeleiders van de RIBW GO onderzocht met als doel vast te kunnen stellen hoe de RIBW GO begeleiding biedt aan de desbetreffende cliënten. De onderzochte Wmo indicaties betreffen negen indicaties voor ambulante begeleiding van cliënten met een dubbel diagnose. Door het onderzoeken van deze indicaties werd getracht duidelijkheid te krijgen in de begeleidingseisen, in de vorm van begeleidingsdoelen, die de gemeente Hengelo aan de RIBW GO stelt. Echter bleek dat er van de negen indicaties er maar drie compleet waren. Van de overige zes indicaties ontbrak het Wmo-gespreksverslag.

Door deze constatering is er besloten om contact op te nemen met de begeleiders van de cliënt waarvan het Wmo-gespreksverslag ontbrak. Dit, met als doel te achterhalen wat maakt dat deze indicaties incompleet zijn en mogelijk de Wmo-gespreksverslagen te kunnen inzien. Hieruit is gebleken dat dit te maken heeft met het privacy- en zelfbeschikkingsrecht van de cliënt. De cliënten mogen, doordat zij op vrijwillige basis begeleiding ontvangen, zelf bepalen of zij het gesprekverslag aan de RIBW GO overdragen of niet. De begeleiders geven aan dat zij de doelen die in het Wmo-gespreksverslag opgesteld staan over hebben genomen naar het cliëntenplan.

3.6 Methode van analyseren van gegevens

De toegepaste onderzoeksmethode in dit onderzoek is van kwalitatieve aard. Het is een kwalitatief onderzoek, omdat er niet gekeken wordt naar cijfers en statistieken, maar naar hoe de hulpverlening door de RIBW GO vormgegeven wordt en welke eisen de gemeente Hengelo daaraan stelt (Migchelbrink, 2013).

Middels literatuuronderzoek en individuele semi-gestructureerde interviews wordt inzicht gegeven in de geïndiceerde hulpverlening door de gemeente Hengelo en wordt er in kaart gebracht hoe de RIBW GO hulpverlening biedt aan cliënten met een dubbel diagnose. Daarnaast wordt er in kaart gebracht welke hulpverlening volgens de theorie en praktijk wenselijk is aan cliënten met een dubbel diagnose.

In fase 1 zijn de indicaties van de gemeente Hengelo geïnventariseerd. De negen indicaties met de daarbij behorende zorgplannen van de RIBW GO zijn geanalyseerd en gelabeld in een tabel. Per cliënt zijn de stamgegevens omschreven. Vervolgens is de vereiste hulpverlening van de gemeente en de hulpverlening van de RIBW GO naast elkaar gelegd en zijn de doelen per leefgebied geanalyseerd. Als laatste is er gekeken naar de overeenkomsten en verschillen per leefgebied. Dit is gelabeld met een markering, zodat de onderzoekers overzichtelijk kunnen zien wat de verschillen en overeenkomsten zijn.

In fase 2 zijn er vier interviews afgenomen, namelijk met twee verslavingsdeskundigen, een ervaringsdeskundige en een cliënt. De interviews zijn opgenomen met een voice-recorder, zodat de onderzoekers de interviews betrouwbaar konden analyseren in een verbatim. Nadat het verbatim uitgewerkt was konden er labels gemaakt worden. Vanuit de labels zijn de resultaten geschreven.

3.7 Betrouwbaarheid

Volgens Migchelbrink (2013) heeft de betrouwbaarheid van een onderzoek vooral betrekking op zorgvuldigheid en nauwkeurigheid van de werkwijze. Er is sprake van een hoge betrouwbaarheid wanneer onderzoeksresultaten zo min mogelijk afhankelijk zijn van toeval (Verhoeven, 2010). Indien dit onderzoek in een andere periode en onder andere omstandigheden wordt uitgevoerd, dient dit onderzoek tot soortgelijke resultaten te leiden. De betrouwbaarheid is dan goed te noemen. Om de betrouwbaarheid van dit onderzoek zo hoog mogelijk te laten zijn, zijn de volgende punten uitgevoerd.

Tijdens het interviewen is er gebruik gemaakt van een voice-recorder. Op deze manier zijn de gegeven antwoorden niet fout weergegeven in het verbatim. Tijdens het analyseren van de interviews kunnen de onderzoekers het interview terug luisteren. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid verhoogd, omdat je door het terug luisteren geen tot weinig fouten kunt maken. Voorafgaand aan het interview wordt er een semi-gestructureerde vragenlijst opgesteld. Door deze lijst in te vullen, staan er een aantal vragen op papier die behandeld wordt. Eventueel kunnen, voorafgaand aan het interview, de respondenten de lijst ook inlezen zodat zij weten wat er gevraagd kan worden. De vragenlijst zal neutraal, duidelijk en concreet worden opgesteld. Dit zorgt ook voor een hogere betrouwbaarheid. De namen van de respondenten zullen in dit onderzoek benoemd worden. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid vergroot. De interviews worden op de locatie van de respondenten gehouden. De afgenomen interviews worden hierdoor nog betrouwbaar. De interviews worden afgenomen onder werktijd en op een rustig tijdstip. De opgestelde vragenlijst moet geen suggestieve vragen bevatten en moet de lading dekken voor het gene dat onderzocht moet worden. Mocht de respondent niet mee willen werken aan het interview, dan wordt deze keuze door de onderzoekers gerespecteerd. De onderzoekers dienen dan op zoek te gaan naar een vervanger. De cliëntnamen die uit de indicaties en zorgplannen komen worden niet benoemd in het onderzoek. Dit wordt niet gedaan wegens de privacy van de cliënt.

3.8 Validiteit

Volgens Migchelbrink (2013) gaat het bij validiteit van een onderzoek om het vertrouwen in de inhoud van het onderzoek. Bij kwalitatief onderzoek wordt ook wel gesproken van echtheid van de resultaten. Het is bij validiteit van belang dat de juiste resultaten worden gevonden en dat deze resultaten de werkelijkheid weergeven. Er wordt hierna nog onderscheid gemaakt in twee vormen van validiteit: interne en externe.

Interne validiteit gaat over meten wat er gemeten moet worden. De interne validiteit wordt bepaald door alleen de mening van de selectie groep (Verhoeven, 2010). Bij fase 1 is de interne validiteit hoog, want de gehele populatie is onderzocht. Er wordt gemeten wat de onderzoekers willen meten, namelijk alle negen indicaties die afgegeven zijn door de gemeente Hengelo. Bij fase 2 is de interne validiteit lager, want er is een kleine steekproef geweest van vier respondenten terwijl de gehele populatie bij fase 2 groter is. Tijdens het interview wordt er aan een viertal deskundigen gevraagd wat zij belangrijk vinden aan ambulante zorg voor cliënten met een dubbeldiagnose en wat zij belangrijke competenties vinden. De deskundigen dragen bij aan dit onderzoek wanneer ze open staan voor een interview en tijdens het interview eerlijk en neutraal blijven in het geven van antwoorden. Wanneer er goede vragen worden opgesteld in de semi-gestructureerde vragenlijst is de kans groter dat andere deskundigen hetzelfde kunnen zeggen.

Wanneer een onderzoek dezelfde resultaten oplevert als wanneer het op een andere plaats, tijdstip of met andere respondenten wordt uitgevoerd, spreek je van externe validiteit. Ook is er sprake van externe validiteit wanneer een onderzoek te generaliseren valt bij een hele populatie of een andere situatie. Hoe hoger de externe validiteit, hoe hoger de kwaliteit van je onderzoek is (Verhoeven, 2010). Bij fase 1 is de externe validiteit laag. Er zijn negen indicaties onderzocht van de gemeente Hengelo te Overijssel en de resultaten hoeven niet overeen te komen met andere gemeentes, omdat iedere gemeente een andere indicatie kan afgeven. Hier is de gemeente vrij in door de Wmo. Bij fase 2 is de externe validiteit hoger, omdat de uitspraken van de respondenten ook kunnen gelden voor de ambulant begeleiders die werkzaam zijn buiten de RIBW GO.

3.9 Ethische overweging

Volgens (Baarda, et al., 2013) is een onderzoek ethisch verantwoord als het aan minimaal vier eisen voldoet die betrekking hebben op de respondenten en onderzoekers: de medewerking van de respondenten is vrijwillig, de respondenten zijn volledige en juist voorgelicht, het doel van het interview moet voor de respondent helder zijn en de respondenten dienen geheel anoniem te blijven en de laatste eis is de afwezigheid van negatieve effecten. De onderzoeksuitkomsten mogen geen nadelige effecten voor respondenten opleveren.

In dit onderzoek zijn de verslavingsdeskundigen en de ervaringsdeskundigen niet anoniem. Hiervoor is gekozen, omdat er onder deze respondenten sprake is van deskundigheid op het gebied van dubbeldiagnose. De namen, functie en instelling worden benoemd, want dit maakt de betrouwbaarheid van dit onderzoek groter. De cliënt die geïnterviewd is heeft aangegeven anoniem te willen blijven. Persoonlijke gegevens zullen daarom ook niet genoemd worden. De uitkomsten van de interviews zullen alleen worden gebruikt voor het onderzoek en niet voor andere doeleinden. Voorafgaand aan het interview zal dit bovenstaande besproken worden met de respondent. Daarnaast wordt benoemd dat de onderzoekers gebruik maken van een voice recorder, om de interviews op te nemen. Mocht de respondent aangeven toch graag de functie- en instellingsnaam buiten het onderzoek te willen houden, zullen de onderzoekers deze keuze respecteren.

Op het gebied van de indicaties wordt er vertrouwelijk omgegaan met cliëntgegevens. Er worden geen namen of adresgegevens van de cliënten in het onderzoek benoemd. Om deze informatie te verkrijgen, hebben de onderzoekers toegang tot de desbetreffende cliëntendossiers. Hiervoor dienen de onderzoekers een toestemmingsformulier van de RIBW GO te ondertekenen.

3.10 Dataverzamelmethode

De theoretische deelvragen die samenhangen met het korte- en lange termijn doel worden in eerste instantie door middel van literatuuronderzoek beantwoord. Door wetenschappelijke bronnen te gebruiken wordt dit onderzoek kwalitatief versterkt. Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Voor deze methode is gekozen, omdat er geen cijfermatige resultaten worden verzameld. Cijfermatige resultaten hebben geen meerwaarde voor dit onderzoek, omdat de onderzoekers kennis inventariseren bij deskundigen. Dit gaan de onderzoekers doen door middel van interviews en literatuuronderzoek (Verhoeven, 2010). Ook gaan de onderzoekers negen indicaties inventariseren en daardoor

De onderzoekers voeren het onderzoek in het werkveld uit. Bij een kwalitatief onderzoek zijn de gegevens open en flexibel. De gegevens worden in de alledaagse taal opgenomen en niet numeriek. De onderzoekers gaan diepgang geven in de hulpvraag van de opdrachtgever en daar is een kwalitatief onderzoek goed voor (Verhoeven, 2010).

4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de indicaties en van de gehouden interviews uitgewerkt. Dit hoofdstuk is opgedeeld in twee fasen, respectievelijk beschreven in paragraaf 4.1 en 4.2. Fase 1 geeft de resultaten van de geanalyseerde indicaties en zorgplannen weer. In fase 2 worden de resultaten van de interviews weergegeven. De resultaten worden vervolgens per deelvraag omschreven.

4.1 Fase 1 – analyse indicaties

4.1.1 Onderzoekseenheden

In fase 1 zijn negen dubbeldiagnose indicaties onderzocht die door de gemeente Hengelo te Overijssel zijn afgegeven aan de RIBW GO. Van deze negen indicaties zijn er drie volledig. Volledig wil zeggen dat er een volledig overzicht is van de resultaten van de doelen die de gemeente en de RIBW GO hebben opgesteld. Het totale overzicht van alle indicaties en doelstellingen van de RIBW GO per cliënt is te vinden in *bijlage 1*.

4.1.2 Praktische deelvraag één

Wat zijn de overeenkomsten c.q. verschillen tussen de indicaties die opgesteld zijn door de gemeente Hengelo te Overijssel en de opgestelde behandelplannen van de RIBW GO voor dubbeldiagnose cliënten?

Uit de analyse van de onderzochte indicaties blijkt dat het gaat om afgegeven indicaties aan acht mannen en één vrouw, variërend in leeftijd van 29 tot 55 jaar. Een ander gegeven uit de indicatie is het zorgzwaarte pakket. In de indicaties wordt dit aangeduid als Ondersteuning Zelfstandig Leven (OZL) en daar behoren drie categorieën bij, namelijk categorie 1, 2 en 3. In tabel 1 is te zien hoe de zorgzwaartepakketten zijn opgebouwd onder de negen cliënten. Een ander gegeven uit de indicaties is het aantal zorguren per week en de indicatieduur. Voor de resultaten van het aantal zorguren per week zie *tabel 2*. Voor de indicatieduur zie *tabel 3*.

Tabel 2: OZL waarden

	OZL1	OZL 2	OZL 3
Aantal cliënten	5	4	0

Tabel 3: aantal uren per week

	1 uur begeleiding / week	2 uur begeleiding / week	3 uur begeleiding / week	4 uur begeleiding / week
Aantal cliënten	4	1	1	3

Tabel 4: Indicatie duur

	6 maand	1 jaar	2 jaar	3 jaar	4 jaar
Aantal cliënten	1	1	5	1	1

Uit de onderzochte indicaties blijkt dat van drie indicaties bekend is welke doelen de gemeente eist. De doelen die de gemeente stelt staan beschreven in het Wmo-gespreksverslag die door de Wmo consulent van de gemeente Hengelo te Overijssel is opgesteld. Het gesprekverslag is eigendom van de cliënt. De cliënt mag zelf beslissen of het gespreksverslag wordt overhandigd aan de RIBW GO en in het cliëntendossier wordt bijgevoegd. Aan de hand van een voorbeeld worden de scores van tabel 5 toegelicht. In onderstaande tabel 5 valt op bij leefgebied "dag invulling" de gemeente geen doel heeft opgesteld. De RIBW GO heeft daarentegen één doel opgesteld, namelijk dat de begeleider de cliënt wijst op het belang van sociale contacten en dat de begeleider daarover met de cliënt in gesprek gaat. Bij leefgebied "wonen" is te zien dat de gemeente één doel opstelt. De gemeente heeft als doel dat de cliënt zijn woning opruimt, schoon houdt en dat de woning geordend is. De RIBW GO heeft daarentegen vier doelen opgesteld, namelijk dat de begeleider de cliënt ondersteund in huishoudelijke taken, dat de begeleider de uitvoering van de huishoudelijke taken controleert en indien nodig is de begeleider de cliënt daarin ondersteund, dat de begeleider tips geeft over het schoonmaken en welke middelen de cliënt kan inzetten en als laatste dat de begeleider de eigen regie bewaakt van de cliënt. Bij leefgebied "dromen en wensen" stelt de gemeente één doel op, namelijk dat de cliënt een opleiding volgt naar keus. De RIBW GO heeft voor dit leefgebied geen doel opgesteld.

Tabel 5: Doelen gemeente Hengelo en de RIBW GO

<i>Cliënt 1</i>		
Leefgebied	Doelen gemeente	Doelen RIBW GO
Wonen	1	4
Gezondheid	1	3
Financiën en administratie	1	1
Sociale contacten	1	1
Dromen en wensen	1	0
Dag invulling	0	1
<i>Cliënt 2</i>		
Leefgebied	Doelen gemeente	Doelen RIBW GO
Wonen	0	1
Gezondheid	2	2
Financiën en administratie	0	2

Sociale contacten	1	1
Dromen en wensen	0	1
Dag invulling	0	2
<i>Clïënt 3</i>		
Leefgebied	Doelen gemeente	Doelen RIBW GO
Wonen	1	1
Gezondheid	1	3
Financiën en administratie	1	3
Sociale contacten	0	0
Dromen en wensen	0	0
Dag invulling	1	1

4.2 Fase 2 – Resultaten interviews

4.2.1 Kenmerken respondenten

De onderzoekers hebben vier respondenten geïnterviewd. De kenmerken van de respondenten worden hier kort toegelicht, tabel 6 geeft een beeld van de kenmerken, verschillende functies en organisaties.

Vanuit Tactus is gesproken met de heer A. Oostrik, projectleider-wonen met 30 jaar ervaring. Bij Dimence spraken wij met A. Rahana-Pelswijk, GZ-psycholoog met 13 jaar ervaring in de hulpverlening. Vanuit de RIBW-GO werd de heer T. Michorius aangedragen, hij is werkzaam als ervaringsdeskundige en doet dit nu één jaar. De cliënt van de RIBW GO wil anoniem blijven en zal daarom ook aangeduid worden als cliënt. Voor volledige informatie zie *tabel 6: respondenten interview*.

Tabel 6: Respondenten interview

Respondent nr.	Geslacht	Ervaring hulpverlening (jaar)	Huidige functie	Instelling	Ervaring binnen huidige instelling
1	Man	30 jaar	Projectleider-wonen	Tactus	20 jaar
2	vrouw	13 jaar	GZ-psycholoog	Dimence	2 jaar
3	Man	1 jaar	ervaringsdeskundige	RIBW GO	1 jaar
4	Man	anoniem	anoniem	RIBW GO	anoniem

4.2.2 Praktische deelvraag twee – onderdeel A

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen noodzakelijke competenties van ambulant begeleiders?

Kennis en ervaring

De cliënt geeft aan dat vriendelijkheid en interesse tonen in de problematiek belangrijk is. De cliënt vindt een geduldige houding belangrijk. Het is volgens Michorius en de cliënt wenselijk dat een ambulant begeleider meebeweegt met de cliënt.

Alle respondenten geven aan dat het belangrijk is dat de ambulant begeleider kennis heeft over de verslavingsproblematiek, de verslavingsachtergrond van de cliënt, kennis over verslavende middelen, kennis heeft van de psychiatrie en ook dient te beschikken over medicatiekennis en wat de effecten van medicatiegebruik zijn. Volgens Michorius en de cliënt ontbreekt deze kennis te veel bij de ambulant begeleiders van de RIBW GO. De kennis over verslaving, de verslavingsachtergrond en de dubbeldiagnose is te globaal en mist diepgang. Volgens Oostrik en de cliënt moet de ambulant begeleider weten wat de reden van de verslaving is en de cliënt daarin begrijpen om de cliënt optimaal te kunnen begeleiden. Het bieden van een luisterend oor is volgens de cliënt noodzakelijk om er achter te komen wat de reden van de problematiek is. De cliënt benoemt dat het in de begeleiding van belang is dat de ambulant begeleider weet wat de reden van terugval van de cliënt is en wat er met de cliënt gebeurt tijdens een terugval. Als volgens hem de kennis hierover ontbreekt

blijft de cliënt terugvallen. Daarnaast dient er volgens de cliënt en Rahana-Pelswijk oog te zijn voor de sociale impact van een verslaving. Verslaafden richten schade in het sociale netwerk aan en daar dient de begeleider kennis van te hebben. Er moet oog zijn voor de omgeving van de cliënt en hoe de cliënt daarmee contact kan maken. Er moet dus niet alleen naar de verslaving gekeken worden. Daarin wordt door Oostrik benoemd dat de ambulante begeleider kennis heeft over de sociale kaart. Dit is belangrijk, omdat er in veel gevallen contact gelegd moet worden met andere instanties en organisaties.

Vaardigheid

Volgens Oostrik is het belangrijk dat een ambulante begeleider transparant is over zijn werkzaamheden, daarin open is in wat de begeleider wel en niet kan en daar duidelijk over is naar de cliënten en collega's. Oostrik verwoordt dit als volgt:

"De begeleider moet geïnteresseerd zijn in de wereld van de cliënt, hij moet transparant zijn, weten hoe je daarbij kijkt, want achterdocht speelt vaak wel een rol bij de cliënten en dat moet je weten vast te pakken." "Ik denk dat ze heel transparant kunnen werken en open zijn in wat ze wel en niet kunnen en daar heel duidelijk over zijn naar de cliënten". "ze moeten meebewegen met de cliënt, maar ook directief kunnen zijn".

Openheid is een belangrijke waarde volgens Oostrik, want achterdocht speelt een grote rol bij de cliënten. Respect, stiptheid en de regie bij de cliënt houden zijn volgens Michorius belangrijke waarden, want daardoor leert de cliënt zelf het meest.

Alle respondenten geven aan dat een ambulante begeleider dient te beschikken over een rustige houding en het kunnen bieden van een luisterend oor. De cliënt zegt dat de ambulante begeleider de cliënt tot rust kan brengen wanneer dit noodzakelijk is. Volgens Rahana-Pelswijk is in de begeleiding van dubbeldiagnose cliënten een proactieve werkhouding van de ambulante begeleider een belangrijk vaardigheid. Begeleiders moeten psychiatrische klachten kunnen herkennen en signaleren, maar dienen ook vreemd gedrag en veranderend gedrag te kunnen signaleren. Daarop moet vervolgens geanticipeerd worden. Beschikt een ambulante begeleider niet over een proactieve werkhouding, dan slaat de begeleider de plank volledig mis, met als gevolg dat de begeleider de cliënt kwijtraakt.. Rahana-Pelswijk omschrijft dit als volgt:

"Je moet in de begeleiding psychiatrische klachten kunnen herkennen en signaleren, maar ook dien je vreemd gedrag of veranderingen bij de cliënt te kunnen signaleren. Daar moet je op kunnen anticiperen. Als je dat niet kunt, sla je volledig de plank mis. Dan ben je de cliënt kwijt."

Ook in de samenwerking met andere instanties dient een proactieve werkhouding aangenomen te worden. Michorius geeft aan dat het belangrijk is dat de ambulante begeleider goed kan aansluiten bij de behoeftes van de cliënt en daarnaast ook out of the box en creatief moet kunnen denken. De cliënt benoemt dat het geven van advies een belangrijke vaardigheid van een ambulante begeleider is.

Talent, eigenschappen en kwaliteiten

De cliënt en Michorius geven aan dat levenservaring een belangrijke eigenschap van de ambulante begeleider moet zijn. De cliënt geeft hierbij aan dat hij de gemiddelde leeftijd van ambulante begeleider van de RIBW GO relatief jong vindt. Een ambulante begeleider met meer levenservaring kan volgens hem scherper uit de hoek komen en daar heeft hij meer aan. Echter is het verfrissende

van de jongere begeleiders wel prettig, maar die hadden een gebrek aan kennis, zegt Michorius. Rahana-Pelswijk geeft aan dat ambulant begeleiders dienen te beschikken over daadkracht en doorzettingsvermogen, daarnaast moeten ze inzicht hebben in de problematiek en over een stevige persoonlijkheid beschikken.

4.2.3 Praktische deelvraag twee – onderdeel B

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen juiste (begeleidings)methodieken en belangrijke begeleidingsaspecten?

Flexibiliteit

Alle respondenten geven aan dat een ambulant begeleider dient te beschikken over een flexibele werkhouding, waardoor het hulpverleningsproces geoptimaliseerd kan worden. Het is belangrijk dat de ambulant begeleider zich kan aanpassen aan de wensen van de cliënt, ook als de ambulant begeleider zelf wat anders in gedachten had. Michorius en de cliënt geven daarbij aan dat zij het belangrijk vinden dat er begrip is voor de situatie van de cliënt en dat het hulpverleningsproces het proces van de cliënt moet blijven. Michorius verwoordt dit als volgt:

“Wanneer er geen ruimte is en de begeleider duwt de cliënt door het proces heen, omdat de begeleider vindt dat het op die manier moet, dan denk ik dat het hulpverleningsproces niet tot een goed resultaat komt.”

Begeleidingsmethodieken

Oostrik geeft aan dat de motiverende gesprekstechnieken de eerste techniek was binnen de verslavingszorg. Daar vanuit is de verslavingstechniek opgebouwd. Michorius geeft aan dat de motiverende gesprekstechniek meer ingezet mag worden. De rehabilitatietechniek is volgens Michorius de richting van hoop en dit sluit goed aan bij de herstelgerichte methodiek. Oostrik geeft aan dat bij een verslaving motiverende gespreksvoering een belangrijk methodiek is waarover een ambulant begeleider dient te beschikken.

Volgens Oostrik is de samengestelde methodiek de methodiek die momenteel erg belangrijk is. Hij geeft daarbij aan dat er niet per se een techniek is die het beste aansluit bij een cliënt. Volgens Rahana-Pelswijk en Oostrik dient er per cliënt gekeken te worden welke methodiek het best aansluit bij de cliënt. Hierdoor kan er betere passende hulpverlening geboden worden.

Motiverende gespreksvoering en rehabilitatiegericht werken is volgens Rahana-Pelswijk momenteel de meest gehanteerde methode die gebruikt wordt binnen de verslavingszorg. Michorius geeft aan dat ook hij merkt dat rehabilitatiegericht werken tegenwoordig veel toegepast wordt. De presentiegericht methodiek wordt volgens hem steeds minder toegepast. Als reden hiervoor geeft Michorius aan dat ambulant begeleider steeds drukker zijn met administratieve werkzaamheden en er minder tijd overblijft voor de cliënt. Naast middelenkennis dient de ambulant begeleider volgens de Rahana-Pelswijk te beschikken over cognitieve gedragstherapie om dubbeldiagnose cliënten te kunnen begeleiden. Daarnaast dient een ambulant begeleider om te kunnen gaan met problemen op het gebied van emotie en stelt Rahana-Pelswijk dat begeleiders problemen op het gebied van emotieregulatie samen met de cliënt op te kunnen pakken.

Eigen regie cliënt

De cliënt een centrale plek in het hulpverleningsproces geven is belangrijk, maar de ambulant begeleider moet hier samen met de cliënt de balans in zien te vinden, aldus Michorius. De cliënt zal het prettig vinden dat de regie sneller overgenomen wordt. Vooral wanneer de cliënt tegenslagen ervaart want dan is de kans groter om terug te gaan in het oude gedrag. Het risico op crisissen ontstaat als er van de cliënt iets verwacht wordt waaraan de cliënt door zijn persoonlijke situatie niet kan voldoen. Eigen verantwoordelijkheid van de cliënt speelt daarin ook een belangrijke rol. De cliënt geeft aan dat de verslaafde zelf de situatie moet willen veranderen. Als een verslaafde niet wil veranderen heeft de begeleiding en behandeling volgens de cliënt geen zin.

4.2.4 Praktische deelvraag twee – onderdeel C

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen belangrijk als het gaat over daginvulling in de vorm van dagbesteding en structuur?

Dagbesteding

Dagbesteding is volgens Oostrik heel belangrijk, want dat geeft de cliënt structuur. Door dagbesteding wordt het netwerk uitgebreid. Oostrik vindt het belangrijk dat er dagbesteding gezocht wordt buiten de deur, want daardoor krijgt de cliënt meer sociale contacten. Rahana-Pelswijk geeft aan dat de cliënt door dagbesteding meer persoonlijke ontwikkeling en waardering krijgt in het leven en de cliënt krijgt meer eigenwaardering. Als het met een cliënt goed gaat, dan gaat het met de dagbesteding ook goed. De cliënt ervaart rust door goede dagbesteding zegt Oostrik. Door positieve dagbesteding zal de cliënt minder snel gebruiken en door stabiliteit in het leven komt de verslaving sneller op de achtergrond. Michorius beaamt dit en geeft aan dat de cliënt door dagbesteding de overige zaken ook op orde krijgt en dat de cliënt meer structuur in zijn leven krijgt. De cliënt geeft aan dat goede dag invulling het belangrijkste is op het moment van ontslag uit de kliniek. Wanneer dit niet gebeurt, is de kans groot dat de cliënt weer terugvalt in het oude patroon. Een risico is dat een cliënt zich niet veilig voelt bij dagbesteding. De cliënt zal zich dan ook niet veilig gaan gedragen en zal uiteindelijk niet goed voor zich zelf en voor andere gaan zorgen. De cliënt geeft aan dat er tijdens de begeleiding wel gekeken wordt naar dagstructuur. Sporten en wandelen is een optie die de begeleiding wel aankaart. Door hele dagen thuis te zitten is de verveling groot en is de kans op een terugval groot zegt de cliënt.

Structuur

Oostrik geeft aan dat Tactus vooral op de structuur zit tijdens het begeleiden van de cliënten, want dit geeft de cliënten structuur en duidelijkheid. Beide verslavingsdeskundigen geven aan dat de RIBW GO ook meer structuur moet bieden aan de cliënten en dat dit nog ontbreekt bij de RIBW GO. Een duidelijke houding van de begeleider is belangrijk. Ook het aanspreken van de cliënt is belangrijk zegt Oostrik, want hierdoor geef je de cliënt duidelijkheid en structuur. Wanneer er geen goede structuur is, richt de cliënt zich meer op de verslaving. Michorius geeft aan dat structuur het eerste is wat wegvalt binnen een verslaving, terwijl dit erg belangrijk is voor de cliënt. De begeleider zal daarom ook goede structuur moeten bieden en dit kan de begeleider doen door afspraken te maken en afspraken nakomen. Wanneer een cliënt iets moet doen wat de cliënt niet leuk vindt, dan is de kans groot dat de cliënt terugvalt in het oude gedrag. Oostrik geeft aan dat de begeleider samen met de cliënt moet bepalen waar de uitdaging ligt en vanuit daar kan de begeleider te werk gaan.

4.2.5 Praktische deelvraag twee – onderdeel D

Zijn er in de praktijk andere belangrijke factoren om marginalisatie te voorkomen en maatschappelijke participatie te bevorderen waardoor marginalisatie wordt voorkomen en maatschappelijke participatie wordt bevorderd voor een cliënt met een dubbeldiagnose?

Ervaringsdeskundigheid

Volgens Michorius kunnen de ervaringsdeskundigen goed aansluiten bij de begeleidingsbehoeften van de cliënt. Het gat verkleinen tussen de zorgaanbieder en de zorgvrager zegt Michorius. De hulpverlening beter aan laten sluiten bij de cliënt en een snellere klik krijgen met de cliënt. Een ervaringsdeskundige heeft een ander kennisdomein en dat kan voor de cliënt helpend zijn in het proces en voor het team een meerwaarde zijn. Ook kan een ervaringsdeskundige een vertaling maken naar het zorgteam en eventueel aanpassingen leveren en het team inzichtelijk maken hoe de ervaring is voor de cliënt. Volgens de cliënt moet er meer ervaringsdeskundigen werkzaam worden bij de RIBW GO, zodat er een beter aansluiting is met de cliënt.

Woonsituatie

De cliënt geeft aan dat het niet verstandig is dat cliënten bij elkaar gaan wonen, want hierdoor blijft de verslaving in stand. Dit is vooral te zien in crisisopvang. De cliënten die daar zitten zijn nog niet klaar voor het herstelproces met als gevolg dat deze cliënten weer in het oude gebruikersgedrag vallen. Volgens de cliënt is het noodzakelijk dat de cliënt uit zijn oude systeem en netwerk weg moet om een terugval te voorkomen. De cliënt omschrijft dit als volgt:

“Het is beter dat je de verslaafden om je heen hebt die ook willen afkicken”.

De cliënt geeft aan wanneer verschillende cliënten de zelfde visie hebben en af willen kicken van de verslaving het helpend kan zijn dat de cliënten elkaar opzoeken. De cliënt geeft aan dat dit gebaseerd is op het volgen van therapieën.

Opleidingsniveau

Mevrouw Rahana-Pelswijk vindt het belangrijk dat de ambulant begeleiders HBO geschoold zijn en een Sociaal Pedagogisch Hulpverlening (SPH) of een Maatschappelijk Werk en Dienstverlening (MWD) opleiding hebben gevolgd. Michorius geeft aan dat de lesprogramma's van tegenwoordig niet meer up-to-date zijn. Momenteel is er te weinig tijd op de werkvloer om van elkaar te kunnen leren.

Sociaal netwerk van de cliënt

Volgens Oostrik is een goed sociaal netwerk erg belangrijk voor een cliënt. Hierdoor is de kans op een terugval kleiner. Verslaafden hebben vaak het sociale netwerk vakkundig afgebroken, maar wanneer een cliënt dit nog wel heeft is daar zeker wist mee te behalen omtrent het herstel van de cliënt. Oostrik vindt dat de verschillende organisaties te weinig aandacht hebben voor het sociale netwerk van de cliënt, terwijl dit wel belangrijk is, want in hoe meer sociale kringen de cliënt zich bevindt, des te beter het is.

Participeren in de maatschappij

Een sociaal netwerk is belangrijk om te kunnen participeren in de maatschappij. Hierbij hoort ook het terugvallen op anderen. Wanneer de cliënt in een lastige situatie zit kan dit helpend en ondersteunend zijn. Rahana-Pelswijk geeft aan dat mensen met een psychiatrische aandoening en verslaving het lastig vinden om contacten te onderhouden en daardoor vaak in een sociaal gat vallen

en/of er alleen voor staan. Dit is niet bevorderlijk voor het participeren. De kans op een crisis is volgens Rahana-Pelswijk het kleinst wanneer een cliënt goed kan functioneren en sociale contacten heeft. De cliënt kan dan praten met anderen, het zelfbeeld wordt ook beter en de cliënt krijgt een beter zelfvertrouwen. Het kost de overheid minder geld wanneer de cliënt zich goed voelt en goed functioneert en daar hoort sociale contacten ook bij geeft Rahana-Pelswijk aan. Volgens Michorius is sport en een hobby ook belangrijk voor het participeren in de maatschappij. Het liefst met andere mensen en buiten de deur, want dan heeft de cliënt ook nog sociale contacten. Ook moeten de financiën geregeld zijn, want zonder geld is de cliënt nergens.

Samenwerking met ketenpartners

Volgens alle respondenten blijkt dat de samenwerking tussen ketenpartners een belangrijk onderwerp is. De cliënt geeft hierbij zelfs aan dat dit het belangrijkste onderdeel van de hulpverlening is. Beschikt de ambulant begeleider over onvoldoende relevante informatie, dan heeft de cliënt niets aan de aangeboden begeleiding en is de kans op een terugval volgens de cliënt groot. Michorius beaamt de uitspraken van de cliënt. Een goede samenwerking tussen ketenpartners is belangrijk en dat mist Michorius wel eens. Rahana-Pelswijk benadrukt het belang van het Multidisciplinaire Overleg (MDO). Ambulant begeleiders dienen de MDO's die over de door hen begeleide cliënten gaan bij te wonen. De samenwerking tussen de RIBW GO, Tactus, Dimence en Mediant mag volgens Rahana-Pelswijk meer opgezocht worden. Er mogen meer contactmomenten plaatsvinden, waarin de situatie van de cliënt besproken wordt en de hulpverlening afgestemd wordt.

Rahana-Pelswijk geeft aan dat Dimence, maar ook Tactus, Mediant en de RIBW GO grote logge organisaties zijn, wat een optimale samenwerking tussen de verschillende ketenpartners niet altijd ten goede komt. Partijen wijzen elkaar te vaak aan als het gaat om verantwoordelijkheden. De cliënt is degene die daaronder lijdt, want die wil volgens Rahana-Pelswijk alleen maar zo snel mogelijk opgenomen worden.

In de behandeling en begeleiding van de cliënten is het belangrijk dat de betrokken hulpverleners beschikken over de sterke- en zwakte analyse van de cliënt, zodat de begeleidingsbehoeften van de cliënt inzichtelijk wordt. Een verbetering in de communicatie tussen de ketenpartners is daarin belangrijk zegt Rahana-Pelswijk. De RIBW GO moet duidelijk hebben hoe te handelen tijdens een crisissituatie. Daarin is het van belang dat de ambulant begeleider weet wie waar verantwoordelijk voor is en waar de begeleider zich dient te melden als het minder goed gaat met de cliënt. Hierin dient de ambulant begeleider daadkracht te tonen als informatie rondom de cliënt incompleet is of wanneer afspraken niet duidelijk zijn. De ambulant begeleider moet daarin voor zichzelf opkomen.

De cliënt geeft aan dat er vanuit de RIBW GO beter overlegd moet worden met behandelingsklinieken, ook op het moment dat de cliënt nog in een opname verkeerd. De ervaring die de cliënt heeft met de doorstroom van de kliniek naar de ambulant begeleiding is te typeren als slecht. De cliënt geeft aan dat er voor de cliënt die uit de kliniek doorstroomt naar ambulant begeleiding niets geregeld is. Sommige cliënten hebben geen gepaste woonruimte en komen volgens de cliënt weer bij vrienden of familie terecht. Deze mensen vallen volgens de cliënt makkelijk terug in het gebruikerspatroon, door de omgeving waarin de persoon terecht komt die voor de persoon gevaarlijk is door de contacten en drugs die daar eenvoudig te verkrijgen zijn. Volgens de cliënt is het beter dat wanneer de cliënt uit een kliniek komt, hij niet terugkeert naar de oude omgeving.

Hierdoor verklein je de kans op een terugval. Om de doorstroom vanuit de kliniek naar de ambulante setting te verbeteren, moet de cliënt in de laatste maanden van de behandeling voorgesteld worden aan de ambulant begeleider die het vervolgtraject gaat in werking gaan stellen. Die geeft de cliënt de mogelijkheid om persoonlijke belangen alvast te kunnen bespreken en daarmee een kans op terugval te verkleinen. Als een cliënt wordt overgedragen dient bijvoorbeeld de ambulant begeleider te beschikken over een compleet cliëntendossier. Als het complete cliëntendossier. In het geval dat het dossier niet compleet is, dient de ambulant begeleider hiervoor te zorgen en zal hierin eigen initiatief moeten nemen. Zonder een compleet cliëntendossier kan er geen optimale begeleiding gegeven worden. Het is goed dat er een geheel gevormd wordt tussen de verschillende organisaties, zegt Rahana-Pelswijk. De ambulant woonbegeleiders doen meer de praktische werkzaamheden als administratie en dagbesteding. Psychologen, psychiaters en verpleegkundigen richten zich meer op de behandeling en op die manier moet het een geheel worden.

Visie op zorg

Volgens Oostrik zit Tactus meer op de controle dan de RIBW GO, zo blijkt uit de volgende citaat:

“Wij als Tactus zitten veel meer op de controle en daar hebben wij ook de positie voor. Dat is ook wat wij willen, wij willen ook die controle hebben. Wij willen zien wie er bijvoorbeeld op bezoek komt, als mensen hier binnen komen laat je ID maar zien en dan ga je aan de cliënt vragen of hij wil dat bijvoorbeeld Piet op bezoek komt. Dat soort zaken controleren wij ook veel meer. Bij Tactus mag ook niet gedeald worden en dat zal bij RIBW GO anders zijn, want daar zal dat sneller kunnen dan hie”.

Oostrik voegt daarbij dat Tactus een cultuur hanteert die niet verslavingsondersteunend is en dat dit staat haaks op datgene wat de RIBW GO doet. Volgens Oostrik is dit een probleem. Volgens Oostrik zitten Tactus meer op een gedragsmatige hoek en kan Tactus meer structuur bieden dan RIBW GO, omdat Tactus die cultuur heeft. Het is belangrijk dat het team op één lijn zit en dezelfde visie en methodieken toepassen. Oostrik geeft aan dat de visie op de zorg niet aan de kennis ligt, maar aan de cultuur die een organisatie heeft. Wanneer een organisatie ook verslaafden wil begeleiden moet de cultuur daarop aangepast worden. Volgens Michorius is controle en afstemmen op elkaar belangrijk. De ambulant begeleider moet bekijken wat een cliënt nodig heeft, wat de cliënt zelf kan en iets passends bij de cliënt vinden. Het is belangrijk dat het hele team dit op dezelfde manier doet want hierdoor krijgt de cliënt eenduidigheid. Het team moet op één lijn zitten, maar de begeleider moet de begeleidingsstijl ook eigen maken en de cliënt zelf ook wat laten doen. Oostrik geeft aan dat de RIBW GO kritischer moet zijn in het aannemen van cliënten. Daarin is het van belang in welke fase de cliënt zit. Daarmee wordt bedoeld dat de cliënt in aanmerking komt voor begeleiding van de RIBW GO als de cliënt sociale kringen vast kan houden en de verslavingsproblematiek onder controle kan houden. Is dit voor de cliënt niet mogelijk dan kan de cliënt beter doorverwezen worden naar een instelling die gespecialiseerd is in verslavingszorg, zoals Tactus.

5 Conclusies en aanbevelingen

In hoofdstuk vijf staan de conclusies van het onderzoek. In paragraaf 5.1 wordt de conclusie omschreven over de praktische deelvraag die bij fase 1 hoort. In paragraaf 5.2 worden de conclusies geschreven die bij fase 2 horen. In paragraaf 5.3 wordt de conclusie op de hoofdvraag omschreven en in paragraaf 5.4 worden de aanbevelingen omschreven. In paragraaf 5.5 komt de sterkte en zwakte analyse aan bod en in de laatste paragraaf 5.6 wordt er een thema ter discussie gesteld.

5.1 Conclusie praktische deelvraag één

Wat zijn de overeenkomsten c.q. verschillen tussen de indicaties die opgesteld zijn door de gemeente Hengelo te Overijssel en de opgestelde behandelplannen van de RIBW GO voor dubbeldiagnose cliënten?

Door de in 2015 ingevoerde Wmo zijn de gemeenten zelf verantwoordelijk voor de extramurale zorg en begeleiding. Om een indicatie af te geven wordt er eerst een keukentafelgesprek gehouden, zodat er onderzocht wordt welke ondersteuningsvraag aanwezig is en wat de cliënt zelf kan doen. Van dit gesprek wordt er een verslag gemaakt en daaruit volgt een indicatie (Zorg Verandert, z.d; ZorgWijzer, 2016). In dit onderzoek zijn negen indicaties voor cliënten met een dubbeldiagnose uit de gemeente Hengelo te Overijssel onderzocht, hiervan waren er bij drie indicaties alle gegevens aanwezig om de analyse te maken. Bij de drie complete indicaties waren onder anderen de doelen omschreven die de gemeente heeft opgesteld. Uit de resultaten blijkt dat bij deze drie complete indicaties de RIBW GO meer doelen heeft opgesteld dan de gemeente. Wanneer echter gekeken wordt naar de inhoud van de doelen, lijkt het bij de RIBW GO meer om subdoelen te gaan die samen vallen onder het gestelde doel van de gemeente op dat leefgebied.

De populatie die de onderzoekers hebben onderzocht in dit onderzoek is te klein is om een volledige en geldige uitspraak te doen. Door de kleine populatie hebben de onderzoekers een lage respons ontvangen op het gebied van indicaties van de gemeente Hengelo te Overijssel. Met zeer grote voorzichtigheid kan gesteld worden dat de onderzoekers over drie indicaties een uitspraak kunnen doen.

5.2 Conclusie praktische deelvraag twee

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen in de ambulante begeleiding noodzakelijk, om marginalisatie te voorkomen en participatie te bevorderen voor een cliënt met een dubbeldiagnose.

- a. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen noodzakelijke kwaliteiten en vaardigheden van ambulant begeleiders?*
- b. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen juiste (begeleidings)methodieken?*
- c. Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen belangrijk als het gaat over daginvulling in de vorm van dagbesteding en structuur?*
- d. Komen er uit de praktijk andere belangrijke factoren, om marginalisatie te voorkomen en waardoor maatschappelijke participatie bevordert wordt voor een cliënt met een dubbeldiagnose?*

5.2.1 Praktische deelvraag twee – onderdeel A

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen noodzakelijke kwaliteiten en vaardigheden van ambulant begeleiders?

Door de respondenten worden diverse vaardigheden omschreven die noodzakelijk zijn voor de begeleiding van dubbeldiagnose cliënten. De regie bij de cliënt houden is één van de vaardigheden die de ervaringsdeskundige van de RIBW GO, namelijk Michorius belangrijk vindt. Dit wordt ook benoemd in de herstelondersteunende zorg en de individuele rehabilitatiebenadering (Van Rooijen, Muusse, Van Wamel, & Hulsbosch, 2012; Korevaar, Dröes, & Van Wel, 2014). Michorius geeft wel aan dat het belangrijk is dat de ambulant begeleider de eindregie bewaakt en dat deze samen met de cliënt hier een balans in vindt. De houding van een begeleider is dan ook gericht op samenwerking, eigen verantwoordelijkheid en respect en autonomie van de cliënt volgens Miller en Rollnick (2002). Daarnaast is het volgens alle geïnterviewde van groot belang dat de ambulant begeleider kennis heeft van de verslaving. Indien deze kennis aanwezig is, kan de begeleider ook rekening houden met mogelijke cognitieve beperkingen ten gevolge van de verslaving (Van Wamel, Muusse, & Van Rooijen, 2012). In het interview gaven zowel de cliënt van de RIBW GO, als de verslavingsdeskundige van Tactus (Oostrik) en Dimence (Rahana-Pelswijk), aan dat op dit moment de kennis over verslavingen bij veel ambulant begeleiders van de RIBW GO niet voldoende aanwezig is. Hieruit kan opgemaakt worden dat er signalen zijn van gebrek aan kennis bij ambulant begeleiders. Wanneer de kennis ontbreekt is het volgens Rahana-pelswijk belangrijk dat de ambulant begeleider beschikt over daadkracht, zodat deze voor zichzelf opkomt wanneer informatie incompleet is of afspraken onduidelijk zijn.

Volgens Rahana-Pelswijk moet een ambulant begeleider het sociale netwerk van de cliënt kunnen betrekken in het hulpverleningsproces van de cliënt. Ouders en vrienden kunnen een positieve bijdragen leveren in het proces van de cliënt. Hieruit kan geconcludeerd worden dat de ambulant begeleider systeemgericht moet kunnen werken en dit blijkt ook uit de literatuur. Hendriksen-Favier, Nijnsens en Van Rooijen (2012) zeggen ook dat het sociale netwerk van de cliënt zoveel mogelijk bij de begeleiding betrokken moet worden. De hulpverlener moet de ondersteuning van

naastbetrokkenen erkennen, ondersteunen en stimuleren (Boevink, Prinsen, Dröes, Tiber, & Wilryck, 2009). Tot slot wordt door zowel de cliënt als door Michorius benoemd dat het belangrijk is dat de ambulant begeleider meebeweegt met de cliënt, dit komt overeen met de flexibele houding die wordt besproken door Duijnhouwer en Jansen (2008). Volgens Oostrik is het risico van onvoldoende flexibiliteit dat het hulpverleningsproces niet tot een goed resultaat komt.

5.2.2 Praktische deelvraag twee – onderdeel B

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen juiste (begeleidings)methodieken?

Uit de resultaten blijft dat er twee methodieken goed aansluiten bij cliënten met een dubbeldiagnose. Dit zijn motiverende gespreksvoering en rehabilitatiegericht werken. Zowel Oostrik als Michorius geven aan dat de motiverende gespreksvoering een belangrijke methodiek is waarover de ambulant begeleiders moeten beschikken. Er wordt in de verslavingszorg al veel gebruik gemaakt van deze methodiek volgens Rahana-Pelswijk. Michorius geeft echter aan dat motiverende gespreksvoering nog meer ingezet mag worden. Ledd (2012) zegt dat deze gesprekstechniek goed bruikbaar is voor cliënten die geen of weinig inzicht hebben in de consequenties van hun gedrag, ambivalent staan tegenover verandering, weigerachtig zijn of weerstand tonen. Het is dan wel van belang dat de ambulant begeleider kennis heeft over de verslaving en mogelijke cognitieve beperkingen (Van Wamel, Muusse, & Van Rooijen, 2012). Hier kan bij de RIBW GO nog aandacht aan besteed worden, omdat de cliënt en Michorius aangeven dat de kennis onvoldoende is onder ambulant begeleiders.

Rehabilitatiegericht werken wordt naast motiverende gespreksvoering door zowel Michorius als door Oostrik genoemd als meest gehanteerde methode binnen de verslavingszorg. Michorius ziet de methodiek als richting van hoop en dit sluit goed aan bij de herstelgerichte visie van de RIBW GO. Daarnaast wordt ook in de literatuur gesproken over 'hoop' als onmisbaar element in de hulpverlening, geloven in groeimogelijkheden is de basis van de IRB-visie (Korevaar, Dröes, & Van Wel, 2014). Zowel Oostrik als Rahana-Pelswijk geven wel aan dat er per cliënt gekeken moet worden naar de methodiek en dat deze moet aansluiten op de client, zodat er passende hulpverlening geboden kan worden. Muusse, Van Wamel en Van Rooijen (2012) zeggen dat het de rol van de begeleider is om met de client op zoek te gaan naar de eigen argumenten om te willen veranderen en de methodiek die daar bij past.

5.2.3 Praktische deelvraag twee – onderdeel C

Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen belangrijk als het gaat over daginvulling in de vorm van dagbesteding en structuur?

Wat betreft dagbesteding en structuur zijn alle respondenten het eens dat dagbesteding zorgt voor structuur. Rahana-Pelswijk geeft aan dat er in de begeleiding aandacht gegeven moet worden aan structuur en duidelijkheid naar de cliënt toe. Ook geeft Rahana-Pelswijk aan dat dagbesteding waardevol is voor de persoonlijke ontwikkeling als de levenswaardering van de cliënt. Zowel Oostrik als Rahana-Pelswijk zeggen dat de RIBW GO ook meer structuur moet bieden, want ze zien dat dit op dit moment ontbreekt. De cliënt geeft daarentegen aan dat er wel wordt gekeken naar dagstructuur, sporten en wandelen is een optie die begeleiding aankaart. De cliënt vindt dat door hele dagen thuis zitten de kans op een terugval groter wordt.

Oostrik vindt dat er ook gezocht moet worden naar dagbesteding buiten de deur, omdat hierdoor de

sociale contacten worden uitgebreid. Dit komt overeen met dat wat Wolf (2002) zegt over het feit dat er bij chronische verslaafden vaak sprake is van uitsluiting en stigmatisering. Daarnaast betekent participatie het (weer) opnieuw deelnemen aan de samenleving (Pols, 2009), dagbesteding is daarom een goede start. De cliënt geeft aan dat een goede daginvulling het belangrijkste is op het moment van ontslag uit de kliniek. Wanneer er geen daginvulling (structuur) is, is de kans op een terugval groter. Ook Michorius heeft ervaren dat structuur het eerste is wat wegvalt ten tijde van een verslaving. Muusse, Van Wamel en Van Rooijen (2012) beamen dit, aangeboden structuur doorbreekt de cirkel van verveling en gebruik. Doordat de cliënt iets te doen heeft door werkzaamheden te verrichten, voorkomt dit verwervingscriminaliteit. Daarnaast vindt Michorius dat een goede dagbesteding ervoor zorgt dat de cliënt de overige zaken ook op orde krijgt en meer structuur krijgt in het volledige leven. Oostrik vindt dat de begeleider samen met de client moet bepalen waar de uitdaging ligt, want vanuit daar moet de begeleider aan het werk gaan. Volgens Snoek, Wits en Mulders (2012) wordt de kans op marginalisatie van de doelgroep verkleind, omdat de begeleiding aan de wensen van de cliënt voldoet en dit kan bijdragen aan de participatie van cliënten.

5.2.4 Praktische deelvraag twee – onderdeel D

Komen er uit de praktijk andere belangrijke factoren, om marginalisatie te voorkomen en waardoor maatschappelijke participatie bevorderd wordt voor een cliënt met een dubbeldiagnose?

Uit het onderzoek blijkt dat de respondenten diverse andere belangrijke factoren terug (willen) zien in de praktijk. Eén van de factoren die door alle respondenten wordt genoemd is de samenwerking tussen ketenpartners. Rahana-Pelswijk benadrukt het belang van samenwerking op meso-niveau en geeft aan dat er meer aandacht moet uitgaan naar een multidisciplinair overleg. Tevens geeft zij ook aan dat de samenwerking tussen de RIBW GO, Tactus, Dimence en Mediant meer opgezocht moet worden. Hierdoor krijgt de RIBW GO volgens Rahana-Pelswijk meer duidelijk hoe te handelen tijdens een crisissituatie, deze duidelijkheid ontbreekt nu nog wel eens. De cliënt geeft aan dat hij samenwerking tussen de ketenpartners de belangrijkste factor vindt, omdat de ambulant begeleider moet beschikken over contactpersonen wanneer hij zelf niet de juiste begeleiding kan bieden. Daarnaast vindt de cliënt dat de RIBW GO beter moet overleggen met behandelklinieken, omdat hij gemerkt heeft dat cliënten eerder uit klinieken ontslagen worden. Volgens Couwenbergh en Van Weegel (2014) worden cliënten door het gevolg van wetswijziging en de verkorte behandeltrajecten eerder uit de verslavingsklinieken ontslagen. De geïnterviewde cliënt vindt dat de cliënt in de laatste maanden van zijn behandeling voorgesteld moet worden aan de ambulant begeleider, zodat persoonlijke belangen alvast besproken kunnen worden en een terugval direct na het ontslag wordt verkleind.

Michorius geeft aan dat een ervaringsdeskundige een vertaling kan maken naar het zorgteam, hierdoor kan een ervaringsdeskundige de beleving van de cliënt inzichtelijk maken voor het zorgteam. Ook geeft Michorius aan dat controle en afstemmen belangrijk is voor de cliënt, het team moet op één lijn zitten, dit biedt de cliënt structuur. Ook de cliënt vindt dat ervaringsdeskundigheid zorgt voor een betere aansluiting.

Duijnhouwer en Jansen (2008) benoemen dat het optimale aantal cliënten die samen kunnen wonen tussen de vier en vijf cliënten is en dat het niet wenselijk is om een doelgroep met een andere doelgroep te combineren. De geïnterviewde cliënt benoemt daarentegen dat hij het niet goed vindt

dat cliënten bij elkaar gaan wonen, omdat hij ziet dat cliënten elkaar dan beïnvloeden en de kans op een terugval groter wordt. Oostrik benoemt daarbij ook dat de RIBW GO kritischer moet zijn in het aannemen van cliënten. Cliënten die niet beschikken over sociale kringen en die hun verslavingsproblematiek niet onder controle kunnen houden, moet volgens Oostrik doorverwezen worden naar een instelling die gespecialiseerd is in verslavingszorg.

5.3 Conclusie hoofdvraag

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Herstelondersteunende zorg is volgens Oostrik, Rahana-Pelswijk en Michorius een geschikte methode die toegepast kan worden in de ambulante begeleiding van dubbeldiagnose cliënten. De RIBW GO werkt momenteel middels deze methode. Een methodiek die goed aansluit bij deze methode is volgens Rahana-Pelswijk en Michorius de motiverende gespreksvoering. De motiverende gespreksvoering kan meer worden toegepast bij de RIBW GO. Het blijkt dat in het hulpverleningsproces het belangrijk is dat de cliënt eigen regie heeft over zijn hulpverleningsproces. Wanneer een ambulante begeleider inschat om de regie deels naar zich toe te trekken, dan is het belangrijk dat daar ruimte voor is. Daarin dient wel tot een samenwerking tussen cliënt en hulpverlener gekomen te worden. Een flexibele en proactieve werkhouding is volgens alle respondenten belangrijk bij de begeleider. Om een cliënt met een dubbeldiagnose optimaal te kunnen begeleiden geven alle respondenten aan dat de ambulante begeleider over verslavingsinhoudelijke kennis dient te beschikken. Uit dit onderzoek komen signalen dat deze kennis bij de ambulante begeleiders van de RIBW GO ontbreekt.

Alle respondenten geven aan dat een goede samenwerking tussen ketenpartners van belang is. Daar voegt verslavingsdeskundige Rahana-Pelswijk aan toe dat de ambulante begeleider daadkracht moet tonen om op te kunnen komen voor de belangen van de cliënt en voor zichzelf als professional om een zo helder mogelijk beeld van de cliënt te kunnen krijgen. Het moment van doorstroom van kliniek naar ambulante begeleiding, verdient hier ook speciale aandacht als het gaat om goede communicatie en heldere beeldvorming. De cliënt voegt daar aan toe het wenselijk te vinden dat het ambulante hulpverleningstraject al in het laatste stadium van de behandeling dient te worden opgestart en niet pas als de behandeling ten einde gekomen is. Dit verkleint volgens de cliënt de kans op een terugval. Om (weer) te kunnen participeren in de samenleving is het volgens alle respondenten van belang dat de cliënt passende dagbesteding volgt. Dagbesteding geeft volgens de respondenten structuur in het leven van de cliënt. De ervaringsdeskundige van de RIBW, Michorius geeft hierbij aan dat de ambulante begeleiders meer structuur mogen bieden in de begeleiding.

Kijkend naar fase 1 en fase 2 zijn er een aantal overeenkomsten. Een overeenkomst is dat bij beide fases gesproken wordt over het belang van een sociaal netwerk en dagbesteding. Een verschil is dat er in fase 1 niet gesproken wordt over de deskundigheid van de ambulante begeleider, terwijl in fase 2 dit wel aan bod komt. Een andere overeenkomst is dat in fase 1 gesproken wordt over de eigen regie van de cliënt. Dit komt ook terug in fase 2, waarin wordt aangegeven wat het belang van de eigen regie is. In fase 2 komt sterk naar voren dat het samenwerken met ketenpartners een belangrijk aspect is in de hulpverlening. In fase 1 komt dit ook aan bod, waarin vooral de begeleider contact opneemt met de ketenpartners indien van crisis.

Respondenten die geïnterviewd zijn gaven vooral het belang van een optimale samenwerking tussen ketenpartners aan. Dit kwam niet naar voren in de onderzochte literatuur. Het onderzoek heeft zich vooral gericht op het methodisch werken. Het thema samenwerken tussen ketenpartners is niet onderzocht door de onderzoekers, omdat dit niet ter spaken kwam tussen de opdrachtgever en de onderzoekers.

5.4 Aanbevelingen

De aanbevelingen worden geschreven naar aanleiding van de beschreven resultaten en conclusies.

5.4.1 Aanbeveling 1 – complete indicaties

Tijdens het onderzoek is gebleken dat negen van de drie indicaties compleet waren. Bij de drie complete indicaties waren de Wmo-gespreksverslagen wel aanwezig, waarin de door de gemeente gestelde begeleidingsdoelen staan. In dit onderzoek wordt een beperkt beeld geschetst over welke begeleidingsdoelen de gemeente opstelt en welke (sub)doelen de RIBW GO opstelt om de doelen van de gemeente te kunnen behalen. In een vervolgonderzoek wordt daarom aanbevolen alleen complete indicaties te gebruiken en daarnaast het aantal indicaties te vergroten, zodat er een volledige uitspraak gedaan kan worden over de verschillen en overeenkomsten in begeleidingsdoelen van de gemeente en de RIBW GO. Dit zal de validiteit van het onderzoek vergroten.

5.4.2 Aanbeveling 2 – kennisverbreding

Alle respondenten geven aan dat het belangrijk is dat de ambulant begeleider beschikt over verslavingsinhoudelijke kennis. Volgens de cliënt die in zorg is bij de RIBW GO en de ervaringsdeskundige van het RIBW GO, ontbreekt er kennis omtrent de verslaving. Er is behoefte aan kennisverbreding en volgens Van Wamel, Muusse en Van Rooijen (2012) kan de begeleider door de juiste kennis meer rekening houden met de cognitieve beperkingen van verslaafden. De RIBW GO wordt aangeraden om per team een aantal werknemers scholing aan te bieden, zodat er meer kennis binnen het team komt omtrent verslaving. Daarnaast moet duidelijk zijn wie over welke kennis beschikt, zodat teamleden ook onderling snel kunnen schakelen in complexe situaties. Tot slot is het raadzaam om tijdens sollicitaties op zoek te gaan naar medewerkers die ervaring hebben met werken in de verslavingszorg, hierdoor is de basis aanwezig en kan deze ook gedeeld worden.

5.4.3 Aanbeveling 3 – dagbesteding

Alle respondenten benoemen de meerwaarde van dagbesteding. Om ervoor te zorgen dat cliënten minder snel vervallen in verwervingscriminaliteit is het belangrijk dat cliënten iets te doen hebben (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012). Een aanbeveling is om bij de RIBW GO in kaart te brengen hoe dagbesteding voor ambulante cliënten met een dubbeldiagnose gerealiseerd wordt. Hierop volgend kan dan gekeken worden welke stappen ondernomen dienen te worden om zoveel mogelijk cliënten een waardevolle dagbesteding hebben. Dagbesteding bevordert participatie en de kans op marginalisatie wordt hierdoor kleiner (Snoek, Wits, & Mulders, 2012).

5.4.4 Aanbeveling 4 – communicatie ketenpartners

Gezien het feit dat alle respondenten een goede samenwerking tussen ketenpartners belangrijk vinden, wordt aanbevolen dat het RIBW GO een onderzoek gaat doen hoe de communicatie met ketenpartners verloopt. De begeleiders moeten weten welke stappen er genomen dienen te worden in het geval van een specifieke psychische toestand. Om de cliënt zo goed mogelijk van dienst te zijn is een proactieve en daadkrachtige werkhouding gewenst, zodat de ambulant begeleider snel en gericht te werk kan gaan.

5.5 Sterke-zwakte analyse

In tabel 7 worden de sterktes en zwaktes opgesomd, deze zijn naar voren gekomen tijdens de uitvoering van het onderzoek. In paragraaf 5.5.1 worden de sterktes en zwaktes toegelicht.

Tabel 7: Sterkte/zwakte analyse

Sterktes	Zwaktes
Semi- gestructureerd interview	Communicatie opdrachtgever
Intervisie bijeenkomsten	Twee verschillende onderzoeken
Onderzoeker werkzaam bij RIBW GO	Kleine onderzochte indicatie populatie
Doorzettingsvermogen en flexibiliteit van de onderzoekers	Incomplete indicaties
Gebruik gemaakt van een voice-recorder	Benadering respondenten

5.5.1 Sterktes

Semi-gestructureerd interview

Voorafgaand van de interviews is een vragenlijst opgesteld met daarin algemene vragen die passend zijn bij de deelvragen. Door een semi- gestructureerde vragenlijst te gebruiken was het mogelijk om tijdens de interviews dieper in te kunnen gaan op de onderwerpen, omdat er ruimte was voor het stellen van verdiepende vragen. Tevens kregen de respondenten de mogelijkheid om aanvullende informatie te geven. Hierdoor werd de kans op het verkrijgen van gedetailleerde informatie vergroot. Gekeken naar de conclusies kan gesteld worden dat de aanvullende informatie een grote waarde heeft gehad voor het onderzoek. Het semi-gestructureerde interview maakte het mogelijk dat de interviewers door konden vragen op relevante antwoorden van de respondent. In de vragenlijst heeft de respondent ruimte gekregen om aanvullingen te geven op de vragenlijst. Een voorbeeld hiervan is dat de respondent aangaf dat de samenwerking tussen ketenpartners een belangrijk factor is in de hulpverlening. Uit de literatuur is dit niet naar voren gekomen en daarom hadden de onderzoekers hier vooraf geen vraag voor opgesteld.

Intervisie bijeenkomsten

Tijdens de intervisie bijeenkomsten hebben de onderzoeksdocent en intervisiegenoten regelmatig feedback gegeven over dit onderzoek. Door het verkrijgen van feedback is dit onderzoek daar waar nodig aangepast. Met name de onderzoeksopzet is regelmatig aan bod gekomen waarin duidelijk werd gemaakt wat er precies onderzocht zal worden. Daarnaast is er tijdens het onderzoek kritisch gekeken naar de onderzoeksvraag en de daarbij behorende deelvragen en waar nodig zijn deze tijdens het proces aangepast. Mede door gebruik te maken van intervisie is getracht om een optimaal onderzoeksresultaat neer te zetten.

Onderzoeker is werkzaam bij de RIBW GO

Eén van de onderzoekers is werkzaam als ambulant begeleider binnen de RIBW GO. Hierdoor is het verkrijgen van relevante informatie over de RIBW GO ten behoeve van dit onderzoek goed verlopen. Ook het benaderen van ervaringsdeskundigen en een cliënt kon hierdoor sneller worden gerealiseerd, daarnaast was er al een vertrouwensband tussen de cliënt en de onderzoeker en dit werkt positief voor een interview. De cliënt gaf aan dat vertrouwen en veiligheid belangrijk is. Dit maakt dat de cliënt mee wilde werken aan het interview, maar met als voorwaarden dat de cliënt

door zijn eigen begeleider die tevens één van de onderzoekers is geïnterviewd wordt. Dit vergroot de validiteit, omdat de cliënt meer durfde te vertellen want de cliënt voelde zich vertrouwd en veilig tijdens het interview.

Doorzettingsvermogen en flexibiliteit van de onderzoekers

Nadat de onderzoekers een eerste evaluatie had met de opdrachtgever werd bekend dat de opdrachtgever toch een andere visie had dan voorheen. Dit betekende dat de onderzoekers veel moesten aanpassen en dit heeft doorzettingsvermogen en flexibiliteit gevraagd van de onderzoekers. De onderzoekers hebben het onderzoek aangepast daar waar nodig was en hebben het onderzoek alsnog binnen de norm ingeleverd. Ook dit heeft om doorzettingsvermogen gevraagd en dit bezitten de onderzoekers.

Gebruik gemaakt van een voice-recorder

Tijdens het interviewen is er gebruik gemaakt van een voice-recorder. Door hiervan gebruik te maken konden de onderzoekers betrouwbaar de informatie uitwerken in een verbatim en konden de onderzoekers het interview meerdere keren terug luisteren.

5.5.2 Zwaktes

Communicatie tussen de onderzoekers en de opdrachtgever

De communicatie vanuit de onderzoekers met de opdrachtgever had beter gekund. Met name in het beginstadium van het onderzoek is er vooral telefonisch contact geweest tussen de opdrachtgever en onderzoekers. De precieze onderzoeksopdracht is, achteraf gebleken, door onduidelijkheden verkeerd geïnterpreteerd door de onderzoekers. Dit werd duidelijk tijdens het eerste face-to-face contact met de opdrachtgever. Door deze verkeerde interpretatie van de onderzoeksopdracht is gebleken dat een groot deel van de werkzaamheden aan het onderzoeksplan niet relevant is geweest. Terugkijkend op de situatie heeft dit meer tijd gekost dan nodig. Beter communicatie en het eerder plannen van een bijeenkomst met de opdrachtgever hadden wellicht de verkeerde interpretatie van de onderzoeksopdracht kunnen voorkomen. Een verbetervoorstel kan zijn dat de communicatie met de opdrachtgever beter had moeten zijn. Hierbij is te denken aan een betere afstemming van verwachtingen tussen de opdrachtgever en de onderzoekers. Daarin hadden de onderzoekers meer assertiviteit mogen tonen, zodat het gehele proces beter verliep.

Twee verschillende onderzoeken

Nadat de onderzoekers het onderzoeksplan hadden opgesteld en dit gingen evalueren met de opdrachtgever, werd het duidelijk dat de opdrachtgever een andere visie had gekregen dan in het begin van het onderzoek. Door deze nieuwe visie van de opdrachtgever moesten de onderzoekers twee verschillende thema's onderzoeken en labelen. Namelijk de interviews met de respondenten en de indicaties/zorgplannen van de gemeente Hengelo te Overijssel en de RIBW GO. Dit resulteerde in twee verschillende, kleine onderzoeken binnen één onderzoek. Dit zorgde voor wat onrust en onduidelijkheid bij de onderzoekers tijdens de uitvoering van het onderzoek. Dit resulteerde in vertraging van het onderzoek, omdat er grote aanpassingen gedaan moesten worden. Dit heeft de onderzoekers tijd gekost en uiteindelijk ook stress geleverd gezien de deadlines die gehaald moesten worden.

Kleine onderzochte indicatie populatie

Voor dit onderzoek zijn er vier respondenten geïnterviewd en zijn er negen indicaties van de gemeente Hengelo te Overijssel ontvangen. Van deze negen indicaties waren er drie compleet. Dit is

te weinig om een volledige uitspraak te doen. Om een beter beeld te krijgen zal er een vervolgonderzoek moeten plaatsvinden.

Incomplete indicaties

Na de analyse van de geïnventariseerde indicaties is gebleken dat van de negen indicaties er drie compleet waren. Van de overige indicaties ontbrak het Wmo-gespreksverslag waarin belangrijke informatie staat over opgestelde begeleidingsdoelen van de gemeente Hengelo te Overijssel. Er is gekeken of er nog meer complete dubbeldiagnose indicaties aanwezig waren, maar er waren er niet meer. Dit maakt dat er over een te klein aantal indicaties een wel overwogen uitspraak gedaan kan worden.

Benadering respondenten

Van de opdrachtgever hebben wij verschillende namen gekregen van ervaringsdeskundigen. Het in contact komen met de ervaringsdeskundigen ging daardoor snel. Toch is in de praktijk gebleken dat het vinden van een geschikte ervaringsdeskundige meer tijd in beslag nam dan was verwacht.

De ervaringsdeskundigen die benaderd zijn om deel te nemen aan het interview hadden hier enige bedenktijd voor nodig. Van enkele ervaringsdeskundigen hebben de onderzoekers na benadering geen reacties meer ontvangen. Een verbeterpunt is dat de onderzoekers de ervaringsdeskundigen in een eerder stadium hadden kunnen contacteren. Dit is op een vrij laat moment in het onderzoeksproces gebeurd. Ditzelfde geldt ook voor het vinden van een geschikte cliënt.

5.6 Discussie

In dit onderzoek is door alle respondenten aangegeven dat samenwerking tussen ketenpartners een belangrijke factor is in de hulpverlening aan de cliënt. De onderzoekers merkten op dat de respondenten aangaven dat de samenwerking tussen ketenpartners en eigen organisatie slecht of onvoldoende is, maar juist wel essentieel is om het hulpverleningsproces tot succes te laten komen. De visie van de onderzoekers op samenwerking tussen diverse betrokken hulpverleningsinstanties is als volgt:

“De ketenpartners dienen ten alle tijden het belang van de dubbeldiagnose cliënt in de samenwerking voor op te stellen. Er dienen duidelijke onderlinge afspraken gemaakt te worden over wie welke verantwoordelijkheden in het hulpverleningsproces draagt en de ketenpartners moeten elkaar weten te vinden. Daarnaast dient het voor de hulpverleners duidelijk te zijn waar de dubbeldiagnose cliënt in tijden van een crisis terecht kan. Hierdoor wordt er duidelijkheid voor de cliënt en professional gecreëerd en wordt er op een optimale manier tussen ketenpartners samengewerkt.”

De Groot-De Meijer (2016) geeft in het blad DeEersteLijns aan dat met alle transities in de zorg de behoefte om goed samen te werken met ketenpartners toe neemt. Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) verstaat onder een optimale samenwerking tussen ketenpartners dat de cliënt de juiste zorg krijgt, op de juiste plek en op het juist moment (De Groot-De Meijer, 2016). Volgens het Trimbos-instituut is een goede afstemming tussen begeleiding en de behandelsetting noodzakelijk en vraagt dat om gestructureerd overleg. Het is daarom belangrijk om intensief samen te werken met ketenpartners (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012). Belangrijke randvoorwaarden om optimale zorg te kunnen leveren is dat voor alle betrokken partijen duidelijk moet zijn wat de taken zijn en wat er van elkaar wordt verwacht (GGZ Nederland, 2010). Als er goed samengewerkt wordt kan de patiënt makkelijker door de keten bewegen (De Groot-De Meijer, 2016).

Mensen met een dubbeldiagnose problematiek hebben te maken met een complexe en langdurige problematiek. Volgens Muusse, Van Wamel en Van Rooijen (2012) moeten instellingen die aangewezen zijn op externe ketenpartners extra investeren om de samenwerking vorm te geven, zowel zorginhoudelijk als op beleidsniveau. De RIBW GO biedt begeleiding aan cliënten en is aangewezen op externe voorzieningen als het gaat om behandelingen. De samenwerking tussen de begeleiding en behandelsetting moet volgens Muusse, Van Wamel en Van Rooijen (2012) daarom een gestructureerde vorm hebben. Om tot een gestructureerde samenwerking te komen is het van belang een samenwerking met korte lijnen te creëren, waarbij de betrokken ketenpartners het gemeenschappelijk belang zien (Muusse, Van Wamel, & Van Rooijen, 2012). Volgens de beroepscode voor de maatschappelijk werker werkt een maatschappelijk werker samen met anderen binnen en buiten de eigen organisatie wanneer dit in het belang is van het hulpverleningsproces. In de samenwerking wordt gewerkt aan een goede regie en afstemming van de hulpverlening en erkent de eigen waarden van de bijdragen van anderen (BPSW, 2016).

Volgens verslavingsdeskundige Rahana-Pelswijk (2017), werkzaam bij Dimence, wijzen organisaties nog te vaak naar elkaar als het gaat om verantwoordelijkheid. Ook volgens De Groot-De Meijer (2016) staat het belang van de cliënt niet altijd voorop en stelt dat professionals vaak vanuit het belang van hun eigen organisatie denken. Uiteindelijk is de cliënt daar het slachtoffer van. Daarnaast geeft Rahana-Pelswijk aan dat de ambulant begeleider de situatie van de cliënt en zijn of haar

achtergrond inzichtelijk moet hebben. Dat kan bijvoorbeeld door in het bezit te zijn van een compleet cliëntendossier. In de overdracht van cliënten gaat het volgens Rahana-Pelswijk nog te vaak mis en beschikken begeleiders vaak over onvolledige cliënteninformatie en dat staat een optimale begeleiding in de weg.

Begeleiders mogen volgens Rahana-Pelswijk meer daadkracht tonen in het verkrijgen van de noodzakelijk cliënteninformatie. Volgens Linssen zijn persoonlijke leiderschap, wij-denken en persoonlijk contact belangrijke aspecten om tot een succesvolle ketensamenwerking te komen (De Groot-De Meijer, 2016).

Wij denken dat het voor de RIBW GO, cliënten, maar ook andere instellingen van belang is dat er goed met elkaar wordt samengewerkt. Door de de ambulantisering komen mensen sneller dan voorheen weer terug in de samenleving. Niet iedere persoon is even goed in staat om zelfstandig te leven met een psychische kwetsbaarheid. De cliënten die bijvoorbeeld bij het Wmo-loket aankloppen voor begeleiding kunnen vaak problemen hebben die niet door één instelling opgelost kunnen worden. Betrokken instellingen dienen zelf de verantwoordelijkheid voor de onderlinge samenwerking op te pakken (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010).

De zorg en begeleiding rondom deze mensen moet daarom goed geregeld zijn en volgens ons vraagt dit om een goede afstemming en samenwerking met betrokken hulpverleners instanties. Daarnaast denken wij dat de RIBW GO het belang van een optimale samenwerking meer kan benadrukken bij de ambulant begeleiders. Ervaring van begeleiders zal gedeeld moeten worden met minder ervaren begeleiders. Daarnaast kunnen er trainingen en cursussen georganiseerd worden. Deze discussie betekent niet dat er door elke ambulant begeleider van de RIBW GO slecht samen wordt gewerkt, maar benadrukt wel de urgentie van een optimale samenwerking tussen de ketenpartners.

6. literatuurlijst

- Anthony, W., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation* (2^e druk). Boston: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation.
- Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Velden, T. van der., & Goede, M. de. (2013). *Basisboek Kwalitatief onderzoek, handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek* (3^e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers bv.
- Baart, A. (2004). *Theorie van de presentie* (3^e druk). Amsterdam: Boom Lemma Uitgevers.
- Bartelink, C. (2013, februari). *Wat werkt: Motiverende gespreksvoering?* Gedownload op 4 maart 2017, van [http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/\(311053\)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf](http://www.nji.nl/nl/Download-NJi/(311053)-nji-dossierDownloads-Watwerkt_Motiverendegespreksvoering.pdf).
- Boevink, W., Prinsen, M., Dröes, J., Tiber, M., & Wilryck, G. (2009). Herstelondersteunende zorg, een concept in ontwikkeling. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, (1), 42-54.
- BPSW. (2016). *Beroepscode voor de maatschappelijk werker*. Geraadpleegd op 3 juni 2017, van <http://www.nvmw.nl/professionals/beroepscode-mw-inzien.html>.
- Chanut, F., Brown, T., & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal for Psychiatry*, (50), 715-721.
- Couwenbergh, C., & Weeghel, J. van. (2014, september). *Over de brug*. Geraadpleegd op 8 februari 2017, van <http://www.kenniscentrumphrenos.nl/items/de-brug-pva-epa/>
- De Groot-de Meijer, A. (2016, 6 juli). *Ontschotten is de sleutel tot succesvolle ketensamenwerking in de GGZ*. Gedownload op 1 juni 2017, van http://www.de-eerstelijns.nl/wp-content/uploads/2016/06/DEL-nr5_Lindholt_LR.pdf.
- Dom, G., Dijkhuizen, A., Hoorn, B. van der, Kroon, H., Muusse, C., Rooijen, S. van, . . . Wamel, A. van. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Droës, J. (2013). Herstel en rehabilitatie. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. van Rooijen, . . . A. van Wamel, *Handboek dubbele diagnose* (Vol. 2, pp. 147-161). Utrecht: De Tijdstroom.
- Duijnhouwer, T., & Jansen, M. (2008). *Autist in de samenleving: Een adviesrapport voor woonbegeleiding van mensen met ASS en verslavingsproblematiek* (Afstudeeropdracht) [HBO Kennisbank]. Gedownload op 22 februari 2017, van <https://hbo-kennisbank.nl/record/oai:repository.s>.
- Erp, N. van. (2014, april). *Individuele plaatsing en steun (IPS)*. Gedownload op 7 juni 2017, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/e7376f4c-4e72-4166-83ca-dff52daa6300.pdf>.
- Gemeente Hof van Twente. (2015, januari). *Handboek maatschappelijke ondersteuning gemeente Hof van Twente 2015*. Geraadpleegd op 3 juni 2017, van

- https://www.hofvantwente.nl/fileadmin/files/docs/wonen_en_leven/mo/MO_2015/Handboek_Maatschappelijke_ondersteuning_HvT_2015.pdf.
- GGZ Nederland. (2010, 26 januari). *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*. Geraadpleegd op 1 juni 2017, van http://www.ggznederland.nl/uploads/publication/Handreiking_verantwoordelijkheidsverdeling__2010_01_26_DEF.pdf.
- GGZ Nederland. (2009). *Naar herstel en gelijkwaardig burgerschap. Visie op (langdurend) zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Geraadpleegd op 24 mei 2017, van http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_305955.pdf
- Gijzel, S. van, Wilken, J., & Brink, C. (z.d). *Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen*. Gedownload op 25 februari 2017, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/bfbcb86c-1a36-4195-add1-6d303cffa0a2.pdf>.
- Groepsdynamiek en teamwork. (z.d). *Groepsdynamiek: groepsprocessen en groepsdynamica in team en organisatie*. Geraadpleegd op 28 februari 2017, van <http://www.groepsdynamiek.nl>: <http://www.groepsdynamiek.nl/index.html?www.groepsdynamiek.nl>
- Hendriksen-Favier, A., Nijnsens, K., & Rooijen, S. van. (2012). *Handreiking voor de implementatie van herstelondersteunende zorg in de ggz*. Gedownload op 21 februari 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/3bc38e33-b8ca-4bbc-ab90-413ccf3dbd60.pdf>.
- Hoof, F. van, Knipsel, A., Hulsbosch, L., Rooijen, S. van, Place, C., Michon, H., . . . Kroon, H. (2015). *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ 2015*. Gedownload op 10 februari 2017, van <http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/7beec7d1-e34e-4b55-b5c7-12b3eb12bab2.compressed.pdf>.
- Hoof, F. van, Erp, N. van, Boumans, J., & Muusse, C. (2014). *Tendrapportage GGZ; persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen*. Gedownload op 24 mei 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/83ffad0a-cf73-4447-aecc-d5dd3033ceff.pdf>
- Hoof, F. van, Vugt, M. van, Knipsel, A., & Kroon, H. (2012, september). *Bedden tellen - Afbouw van de intramurale ggz*. Gedownload op 30 maart 2017, van <https://www.ggzbreburg.nl/~media/Files/Publicaties/RvB2/ter%20discussie%20ambulantisering.ashx>.
- Jellinek. (2013, 28 oktober). *Wat is tolerantie?* Opgeroepen op 20 mei 2017, van <https://www.jellinek.nl/vraag-antwoord/wat-is-tolerantie/>
- Jonge, J. de. & Van Giffen, M. (2013). Motiveren van dubbele-diagnosecliënten en de stadia van gedragsverandering. In G. Dom, A. Dijkhuizen, B. Van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. Van Booijen, . . . A. Van Wamel, *Handboek dubbele diagnose* (Vol. 1, pp. 55-70). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kenniscentrum Wonen-Zorg. (z.d). *Kernbegrippen bij de hervorming van de GGZ*. Geraadpleegd op 5 maart 2017, van

<http://www.kenniscentrumwonzorg.nl/doc/ggz/Kernbegrippen%20in%20de%20hervorming%20van%20de%20GGZ.pdf>

- Korevaar, L., & Dröes, J. (2016). *Handboek rehabilitatie voor zorg en welzijn; ondersteuning van maatschappelijke participatie en herstel* (3 ed.). Bussum: Uitgeverij Coutinho bv.
- Korevaar, L., Dröes, J., & Wel, T. van. (2014, september). *De Individuele Rehabilitatiebenadering (IRB) Databank Effectieve sociale interventie*. Gedownload op 4 maart 2017, van <https://assets-sites.trimbos.nl/docs/c81bd97f-4c08-4fa0-94fb-ba589710edd6.pdf>.
- KPMG Advisory N.V. (2015, december). *Monitor Generalistische Basis GGZ; Periode: jan 2011 – juni 2015*. Gedownload op 8 februari 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2015/12/17/monitor-generalistische-basis-ggz>
- Lammers, K. (2014, april). *Hoe ga je om met de Wmo?* [SpringerLink] Gedownload op 30 maart 2017, van <https://link.springer.com/article/10.1007/s40739-014-0016-9>
- Ledd. (2012). *Toolkit Dubbele Diagnose; Interventies en methodieken bij de behandeling en begeleiding van mensen met een dubbele diagnose*. Gedownload op 25 februari 2017, van <http://ledd.nl/images/documents/downloads/eindversietoolkitversie2.pdf>
- Ledd. (2014). *Wat is dubbel diagnose?* Opgeroepen op 28 februari 2017, van: http://www.ledd.nl/images/documents/psycho-educatie/factsheet_watisdubbediagnose.pdf
- Migchelbrink, F. (2013). *Hanboek praktijk gericht onderzoek; zorg, welzijn, wonen en werken* (16 e druk). Amsterdam: B.V. Uitgeverij SWP.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing preparing people for change* (2^e druk). New York: The Guilford Press.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d). *Invoering Generalistische Basis GGZ*. Geraadpleegd op 20 februari 2017, van <http://invoeringbasisggz.nl/>
- Molen, H. van der, Simon, E., & Lankveld, J. van. (2015). *Klinische psychologie* (3^e druk). Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Movisie. (2016, 22 december). *De presentiebenadering als basis voor goede zorg*. Geraadpleegd op 4 maart 2017, van <https://www.movisie.nl/praktijkvoorbeeld/presentiebenadering-basis-goede-zorg>
- Muusse, C., Wamel, A. van., & Rooijen, S. van. (2012). *Het vormgeven van woonbegeleiding aan mensen met een dubbele diagnose; Handreiking*. Gedownload op 21 februari 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/f09d1769-b7e9-48b3-a2b9-9a2cd83d9d18.pdf>.
- Overheid.nl. (2017, 17 februari). *Beleidsregels van het college van burgemeester en wethouders van de gemeente Losser houdende regels omtrent de uitvoering van de WMO Beleidsregels maatschappelijke ondersteuning gemeente Losser 2017*. Geraadpleegd op 20 maart 2017, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/gmb-2017-25847.html>

- Pardijs, D. (2012, 29 juni). *Van AWBZ naar Wmo, Een onderzoek naar de rol van externe actoren in het beleidsproces rond de decentralisatie van begeleiding & dagbesteding*. Geraadpleegd op 5 april 2017, van <http://docplayer.nl/35733385-Van-awbz-naar-wmo-een-onderzoek-naar-de-rol-van-externe-actoren-in-het-beleidsproces-rond-de-decentralisatie-van-begeleiding-dagbesteding.html>
- Perkins, D., Raines, J., Tschopp, M., & Warner, T. (2009). Gainful employment reduces stigma toward people recovering from schizophrenia. *Community Mental Health Journal*(45), 158-162.
Opgehaald van
https://books.google.nl/books?id=xaHQBQAAQBAJ&pg=PT80&lpg=PT80&dq=Gainful+employment+reduces+stigma+toward+people+recovering+from+schizophrenia.+Community+Mental+Health+Journal,+45,+158-162.&source=bl&ots=6o1YuZ76m7&sig=elQJIZFgYjx7Opd1GWO_R0NbN_Q&hl=nl&sa=X&ved=0ahUKEwjthlyj-rDUAhXJbFAKHVYFC08Q6AEIKzAA#v=onepage&q=perkins&f=false
- Pols, J. (2009). Burgerschap in relaties. Over zichtbaarheid, onzichtbaarheid en het belang van lotgenoten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, 9, 760-773.
- RIBW Groep Overijssel. (2016-a, juni). *Jaarverslag 2015 RIBW Groep Overijssel*. Zwolle: RIBW Groep Overijssel.
- RIBW Groep Overijssel. (2016-b). *Incidentmeldingsysteem*. Zwolle: RIBW Groep Overijssel.
- RIBW Groep Overijssel. (z.d.). Hoe voel jij je vandaag. Zwolle:
https://www.ribwgo.nl/fileadmin/Website/Documenten/corporate_internet.pdf.
- Rijksoverheid. (z.d). *Wet maatschappelijke ondersteuning Wmo*. Geraadpleegd op 4 april 2017, van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorg-en-ondersteuning-thuis/inhoud/wmo-2015>
- Rooijen, S. van, Muusse, C., Wamel, A. van, & Hulsbosch, L. (2012). *Tussentijdverslag en discussiedocument; Inventarisatie woonbegeleiding voor mensen met een dubbele diagnose*. Gedownload op 21 februari 2017, van <http://www.ledd.nl/images/documents/handreikingen/tussentijdsverslag.pdf>.
- Snoek, A., Wits, E., & Mulders, W. (2012). Richtlijn middelenmisbruik of -verslaving en angststoornissen. Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren
- Stel, J. van der. (z.d). *De toekomst van diagnostiek en behandeling van comorbiditeit (epiloog)*. Gedownload op 8 maart 2017, van <http://www.jaapvanderstel.nl/wp-content/uploads/De-toekomst-van-diagnostiek-en-behandeling-van-comorbiditeit-epiloog.pdf>.
- Stichting Presentie. (2011). *Wat is presentie?* Geraadpleegd op 4 maart 2017, van <http://www.presentie.nl/wat-is-presentie>
- Tactus. (2013). *Beleidsperspectief 2010-2013*. Gedownload op 24 mei 2017, van https://www.tactus.nl/o/index/index/url/dld619_pdf?file=0190%20DEEL%2003%20190X200.pdf

- Trimbos-instituut. (2015, 15 oktober). *Stand van zaken ambulantisering GGZ*. Gedownload op 8 juni 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/7b627019-3c95-4fe6-b9b7-71c9ed69d33e.pdf>.
- Trimbos-Instituut. (z.d-a). *Ambulatisering*. Geraadpleegd op 31 maart 2017, van <https://www.trimbos.nl/themas/ambulantisering>
- Vandereycken, W., & Deth, R. van. (2004). *Psychiatrie van diagnose tot behandeling* (2^e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Veen, J. van der, Schalk, J., & Gilsing, R. (2011). *Decentralisatie: Maatwerk of uniformiteit; het WMO-beleid van Nederlandse gemeenten*. Geraadpleegd op 24 mei 2017, van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/49375/270814.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten. (2015, 11 november). *Van beschermd wonen naar een beschermd thuis*. Gedownload op 8 februari 2017, van https://vng.nl/files/vng/van-beschermd-wonen_20151109.pdf
- Verhoeven. (2010). *Wat is onderzoek?* (3^e druk). Den Haag: Boom Lemma.
- Wamel, A. van, Muusse, C., & Rooijen, S. van. (2012). *Geïntegreerde behandeling van dubbele diagnose cliënten*. Gedownload op 28 februari 2017, van <https://assets.trimbos.nl/docs/dbdaa93b-5b42-4362-811a-e8b136eb7ada.pdf>.
- Weeghel, J. van. (2010). *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?* Gedownload op 31 maart 2017, van https://www.kenniscentrumphrenos.nl/wp-content/uploads/2014/01/100901_rede_vanWeeghel_NL_binnenwerk.pdf
- Wolf, J. (2002). *Een kwestie van uitburgering*. Amsterdam: SWP uitgeverij.
- Zorg Verandert. (z.d). *Wmo aanvragen: het keukentafelgesprek*. Geraadpleegd op 5 maart 2017, van <https://www.zorgverandert.nl/wmo-aanvragen-het-keukentafelgesprek>
- ZorgWijzer. (2016, 12 december). *Wat is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?* Opgeroepen op 5 april 2017, van: <http://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>

7. Bijlage 1: indicatieschema RIBW GO - gemeente Hengelo te Overijssel

Cliënt	Stamgegevens	Vereiste hulverlening gemeente Hengelo te Overijssel	Hulpverlening zorgplannen RIBW GO	Label	Sub-Label	Markering + - x n.a
1	- man 55 jaar - schizofrenie, paranoïde type - alcohol misbruik 4 uur begeleiding in de week - gedurende van 1 jaar - zorgwaarte is OZL2 - Hengelo te Overijssel	Leefgebied wonen: -de cliënt heeft zijn woning opgeruimd, schoon en geordend.	Leefgebied wonen: -de begeleider ondersteunt in huishoudelijke taken -de begeleider controleert de uitvoering van de huishoudelijke taken en indien nodig wordt er samen schoongemaakt. -de begeleider geeft tips aan de cliënt over hoe de cliënt zijn woning schoon maakt en welke middelen de cliënt daarvoor kan gebruiken. -de begeleider bewaakt de eigen regie van de cliënt.	• leefgebied wonen	• hulp in huishouding	+
		Leefgebied gezondheid: -de cliënt wil zijn zelfzorg verbeteren.	Leefgebied gezondheid: -begeleiding wijst de cliënt op het verbeteren van zelfzorg en maakt dit ook bespreekbaar met de cliënt. -de begeleider geeft de cliënt tips over hoe de cliënt zijn zelfzorg kan verbeteren. -de begeleiders maakt medicatiegebruik van de cliënt bespreekbaar en bewaakt dit. Indien nodig wordt er overlegd met ketenpartner (Tactus) waar cliënt ook in behandeling is.	• leefgebied gezondheid	- zelfzorg - medicatie	+
		Leefgebied financiën en administratie: -de cliënt is in staat zijn administratie zorgvuldig te beheren en op orde te hebben	Leefgebied financiën en administratie: -de begeleiding biedt ondersteuning in het ordenen en verwerken van de administratie en werkt naar zelfstandigheid van de cliënt in 2017.	• leefgebied financiën	• administratie	x
		Leefgebied sociale contacten: -de cliënt bouwt aan een eigen sociaal netwerk.	Leefgebied sociale contacten -de begeleider wijst de cliënt op het belang van sociale contacten en gaat hier met de cliënt in gesprek.	• leefgebied sociale contacten	• netwerk	x
		Leefgebied dromen en wensen: -cliënt volgt een opleiding naar zijn keuze	Leefgebied dromen en wensen: -RIBW GO heeft hierover geen doel opgesteld.	• leefgebied dromen en wensen	• opleiding	-
		Daginvulling: -de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	Daginvulling: -begeleider stimuleert de cliënt om naar zijn dagbesteding te gaan.	• leefgebied daginvulling	• dagbesteding	+
2	- vrouw 45 jaar - borderline - gokstoornis / gamestoornis 4 uur begeleiding in de week - gedurende van 2 jaar - zorgwaarte is OZL2	Leefgebied wonen: - de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	Leefgebied wonen: -de begeleiding ondersteund de cliënt met het schoonhouden van haar woning.	• wonen	• hulp in huishouding	+
		Leefgebied gezondheid: -de cliënt heeft zijn dag-nacht ritme op orde -de cliënt verbetert zijn zelfzorg	Leefgebied gezondheid: -de begeleiding werkt samen met de cliënt aan het omgaan van haar psychische beperking. -de begeleiders maakt medicatiegebruik van de cliënt bespreekbaar en bewaakt dit. Indien nodig wordt er overlegd met ketenpartners waar cliënt ook in behandeling is.	• gezondheid	- dagritme - zelfzorg - medicatie	+
		Leefgebied financiën en administratie:	Leefgebied financiën en administratie:			

	Hengelo te Overijssel	- de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	-begeleiding bewaakt haar financiële situatie. -begeleiding probeert samen met cliënt te zorgen dat ze schuldenvrij blijft.	financiën en administratie	financiële begeleiding	+
		Leefgebied sociale contacten: -de cliënt bouwt aan een eigen sociaal netwerk	Leefgebied sociale contacten: - de begeleider wijst de cliënt op het belang van sociale contacten en gaat hier met de cliënt in gesprek.	sociale contacten	netwerk	x
		Leefgebied dromen en wensen: - de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	Leefgebied dromen en wensen: -begeleiding begeleid mij in het onder controle houden van mijn emoties	dromen en wensen	emotie regulatie	+
		Leefgebied daginvulling: - de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	Leefgebied daginvulling: -begeleiding helpt cliënt met het plannen van haar dag. -begeleiding ondersteund haar met het werken aan haar dag- en nacht ritme.	daginvulling	- dag-structuur - dag en nachtritme	+
3	- man 33 jaar - Dysthyme stoornis / persoonlijkheidss toornis / paranoïde en narcistisch / obsessief compulsief - cannabis gebruik 1 uur begeleiding in de week - gedurende van 2 jaar - zorgzwaarte is OZL1 - Hengelo te Overijssel	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente Hengelo te Overijssel.	Leefgebied wonen: -RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	wonen		n.a
			Leefgebied Gezondheid: -begeleider bespreek met cliënt zijn eetgedrag. Begeleider probeert op motiverende manier de cliënt bewust te maken dat hij vaker voor zichzelf moet koken. Maakt bespreekbaar wat de cliënt nodig heeft en wijst op zijn sociaal netwerk en dagbesteding. -begeleider bespreek het middelengebruik van de cliënt. Is daarin niet veroordelend. Begeleider is pro-actief en signalerend en bespreek zijn bevinden met de cliënt. Indien noodzakelijk is er contact met huisarts Mediant en Tactus. -wijst cliënt op de mogelijkheden van behandeling bij Tactus/Mediant -bij stress- en drukervaringen achterhalen waar dit vandaan komt en in samenspraak met de cliënt acties uitzetten.	gezondheid	- zelfzorg - medicatie - ketenpartners	n.a
			Leefgebied financiën en administratie: - begeleider ondersteund cliënt in vooral zijn financiële administratie. Voordat begeleider helpt, heeft de cliënt eerst zelf actie ondernomen, maakt dit ook duidelijk naar de cliënt.	financiën en administratie	- financiële begeleiding - eigen regie	n.a
			Leefgebied Sociale contacten: -begeleider stimuleert de cliënt om naar zijn dagbesteding te gaan, wijst hem op de voordelen en noodzaak. -begeleider maakt zijn eenzaamheid bespreekbaar en probeert de cliënt bewust te maken van de mogelijkheden die zijn sociaalnetwerk biedt.	sociale contacten	- dagbesteding - netwerk	n.a
			Leefgebied dromen en wensen: -RIBW heeft hierover geen doel opgesteld. Leefgebied Daginvulling: -stimuleert cliënt om naar zijn dagbesteding te gaan, omdat dit structuur brengt en helpt bij zijn dagelijks functioneren. Toont hierin interesse richting de cliënt.	- dromen en wensen - daginvulling	dagbesteding	 n.a

4	- man 31 jaar - autisme spectrum / attention deficit disorder / multiple complex developmental disorder / schizoïde persoonlijkheidss toornis / antisociale persoonlijkheidss toorns - cannabis gebruik / alcohol gebruik 1 uur begeleiding in de week - gedurende van 2 jaar - zorgzwaarte is OZL1 - Hengelo te Overijssel	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente Hengelo te Overijssel.	Leefgebied wonen: –de cliënt woont in een huis waar hij zich thuis voelt. Begeleider bespreekt de voortgang van het zoeken naar geschikte woonruimte. De regie laat de begeleider bij de cliënt.	wonen	- eigen regie - geschikte woonruimte	n.a
			Leefgebied gezondheid: -RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	gezondheid		n.a
			Leefgebied financiën en administratie: - de administratie van de cliënt is en blijft op orde. De begeleider ondersteunt de cliënt wanneer hij brieven niet begrijp. Begeleider verduidelijkt de inhoud van de brief voor de cliënt. Mogelijke acties worden in samenspraak met de cliënt opgesteld en uitgevoerd.	financiën en administratie		n.a
			Leefgebied sociale contacten: -RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	sociale contacten		n.a
			Leefgebied dromen en wensen: -RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	dromen en wensen		n.a
			Leefgebied daginvulling: -de cliënt heeft een tweede werkplek waar hij vrijwilligerswerk uitvoert. De begeleider bespreek de voortgang en wensen die de cliënt heeft. De begeleider gaat samen met de cliënt naar Bureau Opstart, een uitzendbureau speciaal voor cliënten en bezoekt de website van het uitzendbureau. De regie over dit proces laat de begeleider bij de cliënt.	daginvulling	- dagbesteding - eigen regie	n.a
5	- man 45 jaar - schizofrenie /paranoïde type - alcohol gebruik 1 uur begeleiding in de week - gedurende van 2 jaar - zorgzwaarte is OZL1 - Hengelo te Overijssel	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente Hengelo te Overijssel.	Leefgebied wonen: -begeleiding ondersteund de cliënt met zijn huishouding en motiveert de cliënt hierin.	wonen	- huishouding - motiveert	n.a
			Leefgebied gezondheid: - de begeleiders maakt medicatiegebruik van de cliënt bespreekbaar en bewaakt dit. Indien nodig wordt er overlegd met ketenpartners waar cliënt ook in behandeling is.	gezondheid	- medicatie - ketenpartner	n.a
			Leefgebied financiën en administratie - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	financiën en gezondheid		n.a
			Leefgebied sociale contacten: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	sociale contacten		n.a
			Leefgebied dromen en wensen: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	dromen en wensen		n.a
			Leefgebied daginvulling: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.	daginvulling		n.a
6	- man 44 jaar - ADHD - aannabisgebruik / alcoholgebruik/ cocaïne gebruik 2 uur begeleiding	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente Hengelo te Overijssel.	Leefgebied wonen: -begeleiding ondersteund de cliënt in het uitvoeren van de huishoudelijke taken.	wonen	huishouding	n.a
			Leefgebied gezondheid: -begeleiding ondersteunt de cliënt in het motiveren en behouden van taken, ondanks de pijn die de cliënt heeft in zijn rug. - de begeleiders maakt medicatiegebruik van de cliënt bespreekbaar en	gezondheid	- motivatie - medicatie	n.a

	- in de week - gedurende van 3 jaar - zorgwaarte is OZL1 - Hengelo te Overijssel		bewaakt dit. Indien nodig wordt er overlegd met ketenpartners waar cliënt ook in behandeling is. Leefgebied financiën en administratie: -begeleiding ondersteund de cliënt in het inzichtelijk krijgen van zijn inkomen, uitgave en schulden. Leefgebied sociale contacten: -begeleiding motiveert de cliënt en onderneemt om activiteiten te ondernemen, zodat de cliënt een groter netwerk kan krijgen Leefgebied dromen en wensen: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld. Leefgebied daginvulling: -begeleiding ondersteund de cliënt in het zoeken van een geschikte vrijwilligerswerk.	- ketenpartners - financiën en administratie - sociale contacten - dromen en wensen - daginvulling	- financiële begeleiding - motivatie - netwerk - dagbesteding	n.a n.a n.a n.a
7	- man 51 jaar - schizofrenie / paranoïde type - alcohol gebruik 3 uur begeleiding in de week - gedurende van 4 jaar - zorgwaarte is OZL2 - Hengelo te Overijssel	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente Hengelo te Overijssel.	-Leefgebied wonen: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld. Leefgebied Gezondheid: -begeleider ondersteund de cliënt op het moment dat hij doordraaft in negatieve en onrealistische gedachten en probeert de cliënt op het goede spoor te houden. - begeleider ondersteunt de cliënt in het stellen van grenzen. Cliënt met positieve (gespreks)houding benaderen.. -begeleider biedt wekelijkse ruimte voor ventilatie van gedachten. -begeleider toont begrip en gaat niet te veel tegen de cliënt in als hij hevig geëmotioneerd is. Leefgebied Financiën en administratie: -begeleider ondersteunt cliënt met zijn (financiële)administratie -begeleider wijst cliënt op zijn sociale netwerk waar hij ook terecht kan met vragen. Sociale contacten: -begeleider biedt ruimte voor cliënt om in gesprek te gaan over het leren omgaan met mensen in het sociale netwerk van de cliënt, zodat de cliënt goede beslissingen kan maken. Leefgebied dromen/wensen: -begeleider ondersteunt de cliënt wanneer de cliënt het moeilijk heeft met zijn situatie. De begeleider gaat het gesprek aan met cliënt. Leefgebied daginvulling: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld. Leefgebied Relatie hulpverlener: -begeleider stelt grenzen aan de cliënt als bejegening richting begeleider dreigt te escaleren. -Begeleider straalt rust uit en is redelijk tegen de cliënt.	- wonen - gezondheid - financiën en administratie - sociale contacten - dromen/wensen - daginvulling - relatie hulpverlening	- grenzen stellen - emotie regulatie - netwerk - ventileren - bejegening	n.a n.a n.a n.a n.a n.a n.a
8	- man 37 - schizofrenie / paranoïde type/	Gespreksverslag Wmo niet aanwezig. Cliënt wil deze niet afgeven. Doelen in cliëntenplan van de RIBW GO komen volgens begeleider overeen met de afgesproken doelen van de gemeente	Leefgebied Wonen: -begeleider bespreek de voortgang en werkzaamheden in de huishouding. Indien nodig stimuleert de begeleider de cliënt. -begeleider benaderd cliënt op een positieve manier ook al blijkt dat het in de huishouding minder goed is gegaan.	wonen	huishouding	n.a

	gedesoriënteerd e ononderbroken type - cannabisgebruik - alcoholgebruik - cocaïne gebruik 1 uur begeleiding in de week - gedurende van 2 jaar - zorgwaarte is OZL2 - Hengelo te Overijssel	Hengelo te Overijssel.	Leefgebied Gezondheid: -begeleider biedt een luisterend oor als de cliënt het psychisch moeilijk heeft. Probeert de cliënt op het goede pad te houden. De cliënt daarin tips en adviezen geven. -begeleider is eerlijk en duidelijk naar de cliënt -begeleider heeft nauw contact met Tactus en Mediant ivm sterk middelenmisbruik en het weigeren van opname en behandeling.	gezondheid	- ketenpartners - bejegening	n.a
			Leefgebied financiën en administratie - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.			n.a
			Leefgebied sociale contacten: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.			n.a
			Leefgebied dromen en wensen: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.			n.a
			Leefgebied daginvulling: - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.			n.a
9	- man 29 jaar - depressieve stemmingsstoornis - alcoholgebruik / cocaïne gebruik / medicatie gebruik 4 uur begeleiding in de week - gedurende voor 6 maanden - zorgwaarte is OZL1 - Hengelo te Overijssel	Leefgebied Wonen -client houdt zijn huishouden op orde. De begeleider attendeert de cliënt er op wanneer er achterstand is in het huishouden.	Leefgebied Wonen -de cliënt heeft hierin eigen regie en voert in eerste instantie zijn huishoudelijke taken zelfstandig uit. De begeleiding attendeert hem wanneer er achterstanden in de huishouding ontstaan. Daarnaast geeft de cliënt zelf aan wanneer hij hulp noodzakelijk vindt.	huishouding	eigen regie	X
		Leefgebied Gezondheid: -de cliënt wordt behandeld voor psychische klachten en is onder begeleiding van de POH-GGZ, huisarts en Dimence.	Leefgebied Gezondheid -begeleiding motiveert en activeert de cliënt om naar de behandelende instanties te gaan. Benoemt daarin het belang van de behandeling. -begeleiding voert gesprekken met de cliënt over medicatiegebruik en drugsgebruik. Daarin maakt de begeleider destructief gedrag bespreekbaar. -begeleiding heeft contact met behandelaren	gezondheid	- ketenpartners - behandeling	+
		Leefgebied financiën en administratie -de cliënt heeft zijn financiën op orde. De cliënt heeft inzicht in zijn betalingsachterstanden, er zijn betalingsregelingen getroffen met de schuldeisers en de cliënt komt uit met zijn inkomen, zodat er geen nieuwe achterstanden ontstaan. De begeleider helpt de cliënt met het creëren van overzicht, gesprekken met de betrokken instanties, zodat waar mogelijk betalingsregelingen getroffen kunnen worden. De begeleider helpt met het houden van overzicht op het inkomen en uitgaven, zodat de cliënt te zijner tijd zo zelfstandig mogelijk zijn inkomen beheert.	Leefgebied financiën en administratie -de cliënt wordt ondersteund met het in orde brengen van zijn financiële administratie en overzicht te krijgen over zijn financiën. Daarin wordt in samenwerking met de cliënt betalingsachterstanden weggewerkt door inzicht te krijgen in betalingsachterstanden. Wanneer dit duidelijk is wordt getracht tot betalingsregelingen met instanties te komen. -de cliënt is instaat zijn financiën zelfstandig te beheren, maar kan een beroep doen op de begeleiding wanneer hij dit noodzakelijk acht. Daarin ligt de regie bij de cliënt. -er ontstaan geen financiële achterstanden.	administratie en financiën	inzicht in financiën	+
		Leefgebied sociale contacten - de gemeente Hengelo stelt geen doelen	Leefgebied sociale contacten - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.			N.A

		op voor dit leefgebied.					N.A
		Leefgebied dromen en wensen - de gemeente Hengelo stelt geen doelen op voor dit leefgebied.	Leefgebied dromen en wensen - RIBW heeft hierover geen doel opgesteld.				
		Leefgebied Daginulling -client heeft een geschikte daginvulling in de vorm van (vrijwilligers-) werk. De begeleider helpt de cliënt met het maken van een plan waarin u afsprekt waar u wilt solliciteren en wat er voor nodig is om dit doel te behalen.	Leefgebied daginvulling -de cliënt wordt begeleid in het vinden van passende daginvulling. Daarin ligt de regie bij de cliënt.	• daginvulling	• eigen regie • passende dagbesteding		x

Register:

- **+** betekent dat de RIBW GO meer doet, dan dat de gemeente omschrijft in de indicatie
- **-** betekent dat de RIBW GO minder doet, dan dat de gemeenste omschrijft in de indicatie
- **X** betekent dat de RIBW GO het zelfde doet, dan dat de gemeente omschrijft in de indicatie. Het is dus gelijkwaardig.
- **N.A.** betekent dat de doelen uit de indicaties niet aanwezig zijn van de gemeente. De cliënt heeft deze niet afgegeven.

8. Bijlagen 2 – vragenlijst interview

Interview professional

Allereerst willen wij u bedanken voor het deelnemen en medewerking aan dit onderzoek. Zoals wij hebben aangegeven, willen wij een interview afnemen aan de hand van een vragenlijst. Dit interview zal plus minus 60 duren.

Allereerst zullen wij ons even voorstellen. Wij zijn Jeroen Vinke en Martijn Stroet. Twee studenten van Saxion Hogeschool te Enschede. Wij studeren Maatschappelijk werk en Dienstverlening aan de academie Mens en Maatschappij.

Wij doen ons onderzoek bij de RIBW GO, team Midden Twente.

Het doel van het interview die wij met u willen afnemen is dat u als GZ-psycholoog in de behandelstadium contact heeft met de cliënt. Hierdoor verwachten wij dat u kunt aangeven wat u belangrijk vindt in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose in de ambulante setting.

Alle informatie die u ons vertelt zal vertrouwelijk gebruikt worden en uw naam wordt niet bekend gemaakt. Wij zullen dit interview opnemen met een voice-recorder, zodat wij het nogmaals kunnen beluisteren ten behoeve van de analyse. Wanneer het onderzoeksrapport goedgekeurd is zal de opname vernietigd worden.

Het interview bestaat uit acht interviewvragen. Deze vragen zijn op een juiste volgorde opgesteld, zodat het interview goed zal verlopen.

1.1 Plan

Gegevens geïnterviewde:

Functie: Projectleider - wonen
Naam van de instelling: Tactus

Gegevens over de afspraak:

Datum: 8 mei 2017
Tijdstip: 14.00 uur
Locatie: Hengelosestraat 104

Hoofdvraag:

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Korte termijn stelling:

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd wordt door de gemeente Hengelo te Overijssel voor cliënten met een dubbeldiagnose die ambulante hulpverlening krijgen van de RIBW GO

In kaart brengen welke hulpverlening gegeven wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo.

In kaart brengen welke hulpverlening wenselijk is volgens de theorie en praktijk aan cliënten met een dubbeldiagnose

1.2 Interviewvragen

Onderstaand interview is gericht op de ambulant begeleiding voor cliënten met een dubbeldiagnose binnen de RIBO GO. Dit interview richt zich op de professionals die in het werkveld werkzaam zijn.

Geslacht:	Man/Vrouw
Leeftijd:	
Hoeveel jaar bij RIBW GO	

1. Kijkend naar de doelgroep dubbeldiagnose (verslaving en psychiatrische problematiek), over welke specifieke eigenschappen moet een ambulant begeleider beschikken om cliënten met deze problematiek optimaal te kunnen begeleiden?
>Wat maakt dat dit belangrijk is?
>Zijn er nog meer eigenschappen die belangrijk zijn?
>Wat is de ervaring van u in de praktijk?
>Ziet u dit terug in de praktijk?
2. Hoe groot is volgens u het belang van een flexibele werkhouding van de ambulant begeleider ten opzichte van de cliënt?
>wat maakt dat dit volgens u wel/niet belangrijk is?
3. Volgens de literatuur is het bieden van structuur een belangrijke factor in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. Op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is het bieden van structuur aan deze doelgroep volgens u? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk.
>Wat zegt het cijfer die jij geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor jou in?
>Wat is het risico wanneer er onvoldoende structuur geboden wordt?
>Hoe kan een begeleider volgens u goede structuur bieden?
4. Over welke vaardigheden moet volgens u een ambulant begeleider beschikken om cliënten met een dubbeldiagnose te kunnen begeleiden?
>Welke vaardigheden zijn onmisbaar volgens u?
>Wat ziet u zelf terug in de praktijk op het gebied van vaardigheden?
5. Uit onderzoek waarin cliënten geïnterviewd zijn, is gebleken dat het volgen van gepaste dagbesteding een positieve werking heeft op het herstel van de cliënt. Daarnaast bevordert dit de participatie van de cliënt in de maatschappij. Hoe denkt u hierover?
>Ziet u in de praktijk dat dit effect heeft?
>Wat voor voordelen ziet u hierin?
6. Naast dagbesteding, wat heeft volgens u nog meer een positieve uitwerking in het participeren van de cliënten in de maatschappij?

7. Uit literatuuronderzoek blijkt dat onder andere herstelondersteunende zorg een passende methodiek is in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnostiek. Motiverende gespreksvoering, presentiebenadering en rehabilitatiegericht werken, werken positief in de begeleiding aan deze doelgroep. Wat is uw kijk hierop?
 - >Welke methodiek ziet u het meest terug komen in de praktijk?
 - >Welke methodiek sluit volgens u het beste aan?
 - >Wat maakt dat deze methodieken volgens u het beste aansluit in de praktijk?
8. Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn?

1.3 Eind

Dit was het interview vanuit ons. Hoe heeft u het ervaren?

Wij willen u bedanken voor uw medewerking en uw inzet. U heeft ons geholpen door deel te nemen aan dit interview. Heeft u verder nog vragen en/of opmerkingen voor ons?

Bedankt voor alles en een fijne dag nog.

Interview professional

Allereerst willen wij u bedanken voor het deelnemen en medewerking aan dit onderzoek. Zoals wij hebben aangegeven, willen wij een interview afnemen aan de hand van een vragenlijst. Dit interview zal plus minus 60 duren.

Allereerst zullen wij ons even voorstellen. Wij zijn Jeroen Vinke en Martijn Stroet. Twee studenten van Saxion Hogeschool te Enschede. Wij studeren Maatschappelijk werk en Dienstverlening aan de academie Mens en Maatschappij.

Wij doen ons onderzoek bij de RIBW GO, team Midden Twente.

Het doel van het interview die wij met u willen afnemen is dat u als GZ-psycholoog in de behandelstadium contact heeft met de cliënt. Hierdoor verwachten wij dat u kunt aangeven wat u belangrijk vindt in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose in de ambulante setting.

Alle informatie die u ons vertelt zal vertrouwelijk gebruikt worden en uw naam wordt niet bekend gemaakt. Wij zullen dit interview opnemen met een voice-recorder, zodat wij het nogmaals kunnen beluisteren ten behoeve van de analyse. Wanneer het onderzoeksrapport goedgekeurd is zal de opname vernietigd worden.

Het interview bestaat uit acht interviewvragen. Deze vragen zijn op een juiste volgorde opgesteld, zodat het interview goed zal verlopen.

1.4 Plan

Gegevens geïnterviewde:

Functie: GZ-psycholoog
Naam van de instelling: Dimence

Gegevens over de afspraak:

Datum: 26 april 2017
Tijdstip: 10:30 uur
Locatie: Westendok Almelo

Hoofdvraag:

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Korte termijn stelling:

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd wordt door de gemeente Hengelo te Overijssel voor cliënten met een dubbeldiagnose die ambulante hulpverlening krijgen van de RIBW GO

In kaart brengen welke hulpverlening gegeven wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo.

In kaart brengen welke hulpverlening wenselijk is volgens de theorie en praktijk aan cliënten met een dubbeldiagnose

1.5 Interviewvragen

Onderstaand interview is gericht op de ambulant begeleiding voor cliënten met een dubbeldiagnose binnen de RIBO GO. Dit interview richt zich op de professionals die in het werkveld werkzaam zijn.

Geslacht:	Man/Vrouw
Leeftijd:	
Hoeveel jaar bij RIBW GO	

1. Kijkend naar de doelgroep dubbeldiagnose (verslaving en psychiatrische problematiek), over welke specifieke eigenschappen moet een ambulant begeleider beschikken om cliënten met deze problematiek optimaal te kunnen begeleiden?
>Wat maakt dat dit belangrijk is?
>Zijn er nog meer eigenschappen die belangrijk zijn?
>Wat is de ervaring van u in de praktijk?
>Ziet u dit terug in de praktijk?
2. Hoe groot is volgens u het belang van een flexibele werkhouding van de ambulant begeleider ten opzichte van de cliënt?
>wat maakt dat dit volgens u wel/niet belangrijk is?
3. Volgens de literatuur is het bieden van structuur een belangrijke factor in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. Op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is het bieden van structuur aan deze doelgroep volgens u? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk.
>Wat zegt het cijfer die jij geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor jou in?
>Wat is het risico wanneer er onvoldoende structuur geboden wordt?
>Hoe kan een begeleider volgens u goede structuur bieden?
4. Over welke vaardigheden moet volgens u een ambulant begeleider beschikken om cliënten met een dubbeldiagnose te kunnen begeleiden?
>Welke vaardigheden zijn onmisbaar volgens u?
>Wat ziet u zelf terug in de praktijk op het gebied van vaardigheden?
5. Uit onderzoek waarin cliënten geïnterviewd zijn, is gebleken dat het volgen van gepaste dagbesteding een positieve werking heeft op het herstel van de cliënt. Daarnaast bevordert dit de participatie van de cliënt in de maatschappij. Hoe denkt u hierover?
>Ziet u in de praktijk dat dit effect heeft?
>Wat voor voordelen ziet u hierin?
6. Naast dagbesteding, wat heeft volgens u nog meer een positieve uitwerking in het participeren van de cliënten in de maatschappij?

7. Uit literatuuronderzoek blijkt dat onder andere herstelondersteunende zorg een passende methodiek is in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnostiek. Motiverende gespreksvoering, presentiebenadering en rehabilitatiegericht werken, werken positief in de begeleiding aan deze doelgroep. Wat is uw kijk hierop?
 - >Welke methodiek ziet u het meest terug komen in de praktijk?
 - >Welke methodiek sluit volgens u het beste aan?
 - >Wat maakt dat deze methodieken volgens u het beste aansluit in de praktijk?
8. Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn?

1.6 Eind

Dit was het interview vanuit ons. Hoe heeft u het ervaren?

Wij willen u bedanken voor uw medewerking en uw inzet. U heeft ons geholpen door deel te nemen aan dit interview. Heeft u verder nog vragen en/of opmerkingen voor ons?

Bedankt voor alles en een fijne dag nog.

Interview ervaringsdeskundige

Allereerst willen wij u bedanken voor het deelnemen en medewerking aan dit onderzoek. Zoals wij hebben aangegeven, willen wij een interview afnemen aan de hand van een vragenlijst. Dit interview zal plus minus 60 min duren.

Allereerst zullen wij ons even voorstellen. Wij zijn Jeroen Vinke en Martijn Stroet. Twee studenten van Saxion Hogeschool te Enschede. Wij studeren Maatschappelijk werk en Dienstverlening aan de academie Mens en Maatschappij.

Wij doen ons onderzoek bij de RIBW GO, team Midden Twente.

Het doel van het interview die wij met u willen afnemen is dat u als ervaringsdeskundige ervaring heeft in de behandelsetting en in de ambulant begeleiding. Hierdoor verwachten wij dat u kunt aangeven wat u belangrijk vindt in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose in de ambulant setting.

Alle informatie die u ons vertelt zal vertrouwelijk gebruikt worden en uw naam wordt niet bekend gemaakt. Wij zullen dit interview opnemen met een voice-recorder, zodat wij het nogmaals kunnen beluisteren ten behoeve van de analyse. Wanneer het onderzoeksrapport goedgekeurd is zal de opname vernietigd worden.

Het interview bestaat uit verschillende 9 interviewvragen. Deze vragen zijn op een juiste volgorde opgesteld, zodat het interview goed zal verlopen.

1.7 Plan

Gegevens geïnterviewde:

Functie: ervaringsdeskundige
Naam van de instelling: RIBW GO

Gegevens over de afspraak:

Datum: 26 april 2017
Tijdstip: 13.30 uur
Locatie: Hengelo te Overijssel

Hoofdvraag:

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Korte termijn stelling:

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd wordt door de gemeente Hengelo te Overijssel. cliënten met een dubbeldiagnose die ambulante hulpverlening krijgen van de RIBW GO.

In kaart brengen welke hulpverlening gegeven wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo.

In kaart brengen welke hulpverlening wenselijk is volgens de theorie en praktijk aan cliënten met een dubbeldiagnose.

1.8 Interviewvragen

Onderstaand interview is gericht op de ambulant begeleiding voor cliënten met een dubbeldiagnose binnen de RIBO GO. Dit interview richt zich op ervaringsdeskundigen binnen de RIBW GO.

Geslacht:	Man/Vrouw
Leeftijd:	
Hoeveel jaar bij RIBW GO	

1. Kijkend naar uw eigen begeleiding die u gekregen heeft, over welke eigenschappen dient een ambulant begeleider volgens u te beschikken om deze doelgroep te kunnen begeleiden?
>Welke eigenschappen zijn onmisbaar volgens u in de ambulant begeleiding?
>Wat maakt dat dit belangrijk is?
>Zijn er nog meer eigenschappen die belangrijk zijn?
>Wat is de ervaring van u in de praktijk?
>Ziet u dit terug in de praktijk?
>Wat moet volgens u een begeleider vooral niet doen?
2. Hoe kijk jij tegen het behouden van eigen regie in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose?
>Wat maakt dat dit belangrijk is?
>Hoe heeft u dit zelf ervaren in uw begeleiding?
3. Volgens cliënten is een flexibele begeleider belangrijk in de begeleiding. Wat is uw kijk hierop?
>Wat maakt dat dit volgens u wel/niet belangrijk is?
>Wat is uw eigen ervaring?
4. Volgens de literatuur is het bieden van structuur een belangrijke factor in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. Op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is het bieden van structuur aan deze doelgroep volgens u? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk.
>Wat zegt het cijfer die u geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor u in?
>Wat is het risico wanneer er onvoldoende structuur geboden wordt?
>Hoe kan een begeleider volgens u goede structuur bieden?
>Wat is uw ervaring destijds geweest?
5. Over welke vaardigheden moet volgens u een ambulant begeleider beschikken om cliënten met een dubbeldiagnose te kunnen begeleiden?
>Welke vaardigheden zijn onmisbaar volgens u?
>Wat ziet u zelf terug in de praktijk op het gebied van vaardigheden?

6. Uit onderzoek waarin cliënten geïnterviewd zijn, is gebleken dat het volgen van gepaste dagbesteding een positieve werking heeft op het herstel van de cliënt. Daarnaast bevordert dit de participatie van de cliënt in de maatschappij. Hoe denkt u hierover?
 - >Ziet u in de praktijk dat dit effect heeft?*
 - >Wat voor voordelen ziet u hierin?*
 - >Heeft u zelf ervaring met dagbesteding? Wat heeft dagbesteding u gebracht tijdens uw herstelproces?*
7. Naast dagbesteding, wat heeft volgens u nog meer een positieve uitwerking in het participeren van de cliënten in de maatschappij?
8. Uit literatuuronderzoek blijkt dat onder andere herstelondersteunende zorg een passende methodiek is in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnostiek. Motiverende gespreksvoering, presentiebenadering en rehabilitatiegericht werken positief in de begeleiding aan deze doelgroep. Wat is uw kijk hierop?
 - >Welke methodiek ziet u het meest terug komen in de praktijk?*
 - >Welke methodiek sluit volgens u het beste aan?*
 - >Wat maakt dat deze methodieken volgens u het beste aansluit in de praktijk?*
9. Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn?

1.9 Eind

Dit was het interview vanuit ons. Hoe heeft u het ervaren?

Wij willen u bedanken voor uw medewerking en uw inzet. U heeft ons geholpen door deel te nemen aan dit interview. Heeft u verder nog vragen en/of opmerkingen voor ons?

Bedankt voor alles en een fijne dag nog.

Interview cliënt

Allereerst willen wij u bedanken voor het deelnemen en medewerking aan dit onderzoek. Zoals wij hebben aangegeven, willen wij een interview afnemen aan de hand van een vragenlijst. Dit interview zal plus minus 60 minuten duren.

Wij zullen ons eerst even voorstellen. Wij zijn Jeroen Vinke en Martijn Stroet. Twee studenten van Saxion Hogeschool te Enschede. Wij studeren Maatschappelijk werk en Dienstverlening aan de academie Mens en Maatschappij.

Wij doen ons onderzoek bij de RIBW GO, team Midden Twente.

Het doel van het interview die wij met u willen afnemen is dat wij willen weten wat u belangrijk vindt in de ambulante hulpverlening aan cliënten met een dubbeldiagnose. Het belang van dit onderzoek is dat wij onderzoeken hoe de ambulante hulpverlening binnen de RIBW GO verbeterd kan worden. Het belang om met u een interview af te nemen is wij uw perspectief mee kunnen nemen.

Alle informatie die u ons vertelt zal vertrouwelijk gebruikt worden en uw naam wordt niet bekend gemaakt. Vindt u het goed dat wij dit interview gaan opnemen met een voice-recorder? Hierdoor kunnen wij het nogmaals terug luisteren. Wanneer wij ons onderzoek af hebben, zullen we de opname verwijderen.

Het interview bestaat uit verschillende 12 interviewvragen. Deze vragen zijn op een juiste volgorde opgesteld, zodat het interview goed zal verlopen. U mag ten alle tijden vragen stellen aan ons en wij proberen die vragen zo goed mogelijk te beantwoorden. Wij respecteren ook wanneer u iets niet wil vertellen.

1.10 Plan

Gegevens geïnterviewde:

Naam cliënt: Anoniem

Gegevens over de afspraak:

Datum: 4 mei 2017

Tijdstip: 9.00 uur

Locatie: Hengelo te Overijssel

Hoofdvraag:

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Korte termijn stelling:

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd wordt door de gemeente Hengelo te Overijssel voor cliënten met een dubbeldiagnose die ambulante hulpverlening krijgen van de RIBW GO

In kaart brengen welke hulpverlening gegeven wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo.

In kaart brengen welke hulpverlening wenselijk is volgens de theorie en praktijk aan cliënten met een dubbeldiagnose

1.11 Interviewvragen

Onderstaand interview is gericht op de ambulant begeleiding voor cliënten met een dubbeldiagnose binnen de RIBW GO. Dit interview richt zich op de cliënt van de RIBW GO die een dubbeldiagnose heeft.

Geslacht:	Man/Vrouw
Leeftijd:	
Hoeveel jaar bij RIBW GO	

In de ambulant begeleiding komt een begeleider bij jou thuis.

1. Kun je vertellen hoe jij op dit moment wordt begeleid?
>Wat vind jij van de begeleiding die je nu ontvangt?
>Heb je tips en tips voor de begeleiding
2. Wanneer een begeleider bij jou komt, wat voor eigenschappen vind jij dan belangrijk die een begeleider moet hebben om jou optimaal te kunnen begeleiden?
>Wat is een onmisbare eigenschap voor jou?
>Wat maakt dan dat die eigenschappen voor jou belangrijk zijn?
>Zie je dit terug in jouw begeleiding?
3. Wanneer een begeleider bij jou thuis komt, welke vaardigheden vind jij dan belangrijk die een begeleider moet hebben?
>Vaardigheden: Goed luisteren, advies geven, goede richting op sturen, motiveren, doelen opstellen, ondersteunend, gesprekstechnieken etc.
>Wat is voor jou een onmisbare vaardigheid?
>Wat maakt dan dat deze vaardigheden belangrijk voor jou zijn? Wat helpt dat voor jou in de hulpverlening?
4. Vanuit de werkmethode van de RIBW GO wordt er veelal gewerkt met de methode herstelondersteunende zorg waarin de eigen regie een belangrijk punt is. Hoe kijk jij tegen het behouden van de eigen regie in de begeleiding?
>Behoud jij zelf de regie?
>Wanneer is het voor jou belangrijk dat de regie wordt overgenomen door de begeleiding?
5. Hoe kijk jij tegen flexibiliteit aan vanuit jouw begeleiding?
>Hoe vind jij de flexibiliteit op dit moment?
>Wat maakt dat jij flexibiliteit wel of niet belangrijk vindt?
6. Als je kijkt op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is structuur dan voor jou? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk.
>Wat zegt het cijfer die jij geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor jou in?

7. Vind je het prettig dat een begeleider jou structuur biedt?
 >Hoe ziet structuur er voor jou uit?
 >Hoe zie jij dit terug in jouw begeleiding?
8. In hoeverre zou dagbesteding helpen in het werken voor jouw doelen?
 >Wat maakt dat het voor jou wel of niet belangrijk is om dagbesteding te volgen?
9. Hoe belangrijk is het voor jou, dat jouw begeleider de gemaakte afspraken nakomt?
10. Wat heb jij nodig in de begeleiding om goed deel te kunnen nemen aan de maatschappij?
 >Te denken aan mobiliteit, sociale contacten, dagbesteding, financiële middelen, netwerk en wonen?
11. Uit een onderzoek waarin cliënten met een dubbeldiagnose geïnterviewd zijn, is gebleken dat zij met maximaal 5 personen willen samenwonen. Kijkend naar jouw situatie, wat is dan voor jou de gewenste woonsituatie om optimaal begeleid te kunnen worden?
 > Wat maakt dat dit belangrijk voor je is?
12. Wil je eventueel nog onderwerpen bespreken die wij nu nog niet besproken hebben en die volgens jou belangrijk zijn?

1.12 Eind

Dit was het interview vanuit ons. Hoe heeft u het ervaren?

Wij willen u bedanken voor uw medewerking en uw inzet. U heeft ons geholpen door deel te nemen aan dit interview. Heeft u verder nog vragen en/of opmerkingen voor ons?

Bedankt voor alles en een fijne dag nog.

9. Bijlage 3 - Schema praktische deelvragen en interviewvragen

In dit schema zijn de praktische deelvragen weergegeven. Onder de praktische deelvragen zijn de interviewvragen opgesteld die antwoord kunnen geven op de deelvragen.

Deelvraag	<i>Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen in de ambulante begeleiding noodzakelijk, om marginalisatie te voorkomen en participatie te bevorderen voor een cliënt met een dubbeldiagnose?</i>
A	<i>Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen noodzakelijke competenties voor ambulant begeleiders?</i>
Professional	Kijkend naar de doelgroep dubbeldiagnose (verslaving en psychiatrische problematiek), over welke specifieke eigenschappen moet een ambulante begeleider beschikken om cliënten met deze problematiek optimaal te kunnen begeleiden? >Wat maakt dat dit belangrijk is? >Zijn er nog meer eigenschappen die belangrijk zijn? >Wat is de ervaring van u in de praktijk? >Ziet u dit terug in de praktijk? Hoe groot is volgens u het belang van een flexibele werkhouding van de ambulant begeleider ten opzichte van de cliënt? >wat maakt dat dit volgens u wel/niet belangrijk is?
Ervaringsdeskundige	Kijkend naar uw eigen begeleiding die u gekregen heeft, over welke eigenschappen dient een ambulant begeleider volgens u te beschikken om deze doelgroep te kunnen begeleiden? >Welke eigenschappen zijn onmisbaar volgens u in de ambulante begeleiding? >Wat maakt dat dit belangrijk is? >Zijn er nog meer eigenschappen die belangrijk zijn? >Wat is de ervaring van u in de praktijk? >Ziet u dit terug in de praktijk? >Wat moet volgens u een begeleider vooral niet doen? Volgens cliënten is een flexibele begeleider belangrijk in de begeleiding. Wat is uw kijk hierop? >Wat maakt dat dit volgens u wel/niet belangrijk is? >Wat is uw eigen ervaring?
B	<i>Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen juiste (begeleidings)methodieken en</i>

	belangrijke begeleidingsaspecten?
Professional	Uit literatuuronderzoek blijkt dat onder andere herstelondersteunende zorg een passende methodiek is in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnostiek. Motiverende gespreksvoering, presentiebenadering en rehabilitatiegericht werken, werken positief in de begeleiding aan deze doelgroep. Wat is uw kijk hierop? >Welke methodiek ziet u het meest terug komen in de praktijk? >Welke methodiek sluit volgens u het beste aan? >Wat maakt dat deze methodieken volgens u het beste aansluit in de praktijk?
Ervaringsdeskundige	Uit literatuuronderzoek blijkt dat onder andere herstelondersteunende zorg een passende methodiek is in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnostiek. Motiverende gespreksvoering, presentiebenadering en rehabilitatiegericht werken positief in de begeleiding aan deze doelgroep. Wat is uw kijk hierop? >Welke methodiek ziet u het meest terug komen in de praktijk? >Welke methodiek sluit volgens u het beste aan? >Wat maakt dat deze methodieken volgens u het beste aansluit in de praktijk?
Cliënt	Vanuit de werkmethode van de RIBW GO wordt er veelal gewerkt met de methode herstelondersteunende zorg waarin de eigen regie een belangrijk punt is. Hoe kijk jij tegen het behouden van de eigen regie in de begeleiding? >Behoud jij zelf de regie? >Wanneer is het voor jou belangrijk dat de regie wordt overgenomen door de begeleiding?
C	Wat vinden een cliënt, een ervaringsdeskundige en verslavingsdeskundigen belangrijk als het gaat over daginvulling in de vorm van dagbesteding en structuur?
Professional	Uit onderzoek waarin cliënten geïnterviewd zijn, is gebleken dat het volgen van gepaste dagbesteding een positieve werking heeft op het herstel van de cliënt. Daarnaast bevordert dit de participatie van de cliënt in de maatschappij. Hoe denkt u hierover? >Ziet u in de praktijk dat dit effect heeft? >Wat voor voordelen ziet u hierin? Naast dagbesteding, wat heeft volgens u nog meer een positieve uitwerking in het participeren van de cliënten in de maatschappij? Volgens de literatuur is het bieden van structuur een belangrijke factor

Ervaringsdeskundige	in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. Op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is het bieden van structuur aan deze doelgroep volgens u? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk. >Wat zegt het cijfer die jij geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor jou in? >Wat is het risico wanneer er onvoldoende structuur geboden wordt? >Hoe kan een begeleider volgens u goede structuur bieden? Uit onderzoek waarin cliënten geïnterviewd zijn, is gebleken dat het volgen van gepaste dagbesteding een positieve werking heeft op het herstel van de cliënt. Daarnaast bevordert dit de participatie van de cliënt in de maatschappij. Hoe denkt u hierover? >Ziet u in de praktijk dat dit effect heeft? >Wat voor voordelen ziet u hierin? >Heeft u zelf ervaring met dagbesteding? Wat heeft dagbesteding u gebracht tijdens uw herstelproces? Naast dagbesteding, wat heeft volgens u nog meer een positieve uitwerking in het participeren van de cliënten in de maatschappij? Volgens de literatuur is het bieden van structuur een belangrijke factor in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose. Op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is het bieden van structuur aan deze doelgroep volgens u? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk. >Wat zegt het cijfer die u geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor u in? >Wat is het risico wanneer er onvoldoende structuur geboden wordt? >Hoe kan een begeleider volgens u goede structuur bieden? >Wat is uw ervaring destijds geweest?
Cliënt	Hoe kijk jij tegen het behouden van eigen regie in de begeleiding aan cliënten met een dubbeldiagnose? >Wat maakt dat dit belangrijk is? >Hoe heeft u dit zelf ervaren in uw begeleiding? In hoeverre zou dagbesteding helpen in het werken voor jouw doelen? >Wat maakt dat het voor jou wel of niet belangrijk is om dagbesteding te volgen? Hoe belangrijk is het voor jou, dat jouw begeleider de gemaakte afspraken nakomt?

	Als je kijkt op een schaal van 0 tot 5, hoe belangrijk is structuur dan voor jou? Hierbij is 0 niet belangrijk en 5 heel belangrijk. >Wat zegt het cijfer die jij geeft voor jou? Wat houdt dat cijfer voor jou in? Vind je het prettig dat een begeleider jou structuur biedt? >Hoe ziet structuur er voor jou uit? >Hoe zie jij dit terug in jouw begeleiding?
D	Zijn er in de praktijk andere belangrijke factoren om marginalisatie te voorkomen en maatschappelijke participatie te bevorderen waardoor marginalisatie wordt
Professional	Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn?
Ervaringsdeskundige	Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn?
Cliënt	Heeft u nog aanvullingen voor ons onderzoek? Onderwerpen die niet besproken zijn, maar volgens u belangrijk zijn

10. Bijlagen 4 – contract

Model overeenkomst onderzoeksopdracht



Academie Mens en Maatschappij

OVEREENKOMST ONDERZOEKSOPDRACHT

STUDENTGEGEVENS	
Naam	Jeroen Vinke en Martijn Stroet
Adres	Jeroen Vinke: Schietbaanweg 53 Martijn Stroet: Dr. Van Damstraat 180
Postcode/woonplaats	Jeroen Vinke: 7521 CZ Enschede Martijn Stroet: 7523 XT Enschede
Telefoonnummer	Jeroen Vinke: 0611525729 Martijn Stroet: 0623045586
Mobiel	-
Email	jeroenvinke1988@hotmail.com martijn_stroet@hotmail.com
Opleiding	Maatschappelijk Werk & Dienstverlening
(Indien meerdere deelnemende studenten, naam en adresgegevens toevoegen)	
GEGEVENS INSTELLING/ORGANISATIE	
Naam Organisatie + afdeling	RIBW Groep Overijssel
Eindverantwoordelijke onderzoek	Janet Plegt
Onderzoeksbegeleider + opleiding	Janet Plegt
Adres	Dr. Klinkertweg 2
Postcode/woonplaats	8025 BS Zwolle
Telefoonnummer	088 - 825 00 10
Email	info@ribwgo.nl
De organisatie geeft wel/niet* toestemming voor publicatie van het bachelorrapport.	
GEGEVENS ACADEMIE MENS EN MAATSCHAPPIJ	
Naam Organisatie + afdeling	Saxion, Academie Mens en Maatschappij
Eindverantwoordelijke onderzoek	Karin Kremer-Baars
Onderzoeksbegeleider + opleiding	G.C. de Baas - Beltman
Adres	M.H. Tromplaan 28
Postcode/woonplaats	Postbus 70.000/7513 AB Enschede
Telefoonnummer	053-4871111
Email	g.c.debaas@saxion.nl
GEGEVENS ONDERZOEK	
Onderwerp en achtergrondschets	Benodigde kennis over het kunnen begeleiden van dubbeldiagnose cliënten in de ambulante hulpverlening.
Doelstelling/vraagstelling	Doelstelling: Lange termijn doelstelling De ambulante begeleiders beschikken over

deskundigheid op het gebied van verslavingszorg en zetten deze deskundigheid tijdens de ambulante begeleiding aan cliënten met dubbeldiagnose in en dat er een juiste afstemming is tussen de indicatie (gemeente) en uitvoering (RIBW GO).

Korte termijn stelling

In kaart brengen welke hulpverlening geïndiceerd wordt door de gemeente Hengelo, Borne en Hof van Twente voor cliënten met een dubbeldiagnose die ambulante hulpverlening krijgen van de RIBW GO.

In kaart brengen welke hulpverlening gegeven wordt door de RIBW GO aan ambulante cliënten met een dubbeldiagnose in de gemeente Hengelo, Borne en Hof van Twente.

In kaart brengen welke hulpverlening wenselijk is volgens de theorie en praktijk aan cliënten met een dubbeldiagnose.

Onderzoeksvraag

Hoofdvraag

Welke hulpverlening op het gebied van verslavingszorg moeten begeleiders in de ambulante setting van het RIBW Groep Overijssel toepassen om marginalisatie te voorkomen bij cliënten met verslavingsproblematiek en maatschappelijke participatie te bevorderen.

Deelvragen

1. Welke vereiste hulpverlening blijkt uit de indicaties van de gemeente Hengelo die zij aan ambulante cliënten geven met een dubbeldiagnose?
2. Welke hulpverlening blijkt uit de plannen van de RIBW GO team Midden Twente te Hengelo Overijssel die zij al aan cliënten met een dubbeldiagnose bieden binnen de ambulante zorg?
3. Wat vindt een cliënt met een dubbeldiagnose volgens de literatuur noodzakelijk in de ambulante begeleiding, om marginalisatie te voorkomen en waardoor maatschappelijke participatie bevorderd wordt?
4. Wat vindt een cliënt met een dubbeldiagnose noodzakelijk in de ambulante begeleiding, om marginalisatie te voorkomen en

	waardoor maatschappelijke participatie bevorderd wordt? 5. Wat vindt een ervaringsdeskundige noodzakelijk in de ambulante begeleiding, om marginalisatie te voorkomen en waardoor maatschappelijke participatie bevorderd wordt voor een cliënt met een dubbeldiagnose? 6. Wat vinden verslavingsdeskundigen van Tactus en Dimence noodzakelijk in de ambulante begeleiding, om marginalisatie te voorkomen en waardoor maatschappelijke participatie bevorderd wordt voor een cliënt met een dubbeldiagnose? 7. Welke methodieken sluiten het beste aan bij cliënten met een dubbeldiagnose volgens de literatuur?
Projectomschrijving	-
Werkwijze	-
Middelen (bijv. financiën, overlegtijd)	-
Tijdsfasering (start-, loop- eindtijd)	Start: 06-02-2017
Let op: dit mag maximaal zeven maanden in totaal beslaan.	Eind: 21-07-2017
Beoogde tussenproducten	-
Producten ter beschikking	-
Geheimhoudingsplicht (bijv. privacy)	Ja, door inzage cliëntendossiers en indicaties

OVERIGE AFSPRAKEN / CONDITIES:

Het onderzoeksplan is gelezen en geaccordeerd door de opdrachtgever.

Overige afspraken en condities, indien van toepassing, *kunnen* gemaakt worden door opdrachtgever en studenten met betrekking tot onder meer:

- de te leveren aantallen eindrapporten (en de mogelijke extra kosten daarvan) en daarmee samenhangende extra inspanningen, zoals een handzame samenvatting van de rapportage en/of persbericht;
- de presentatie van de onderzoeksresultaten;
- het copyright/auteursrecht. (In de vorm van een zinsnede als: "Het auteursrecht van de eindrapportage / eindproduct berust bij");
- het al dan niet hebben van publicatierecht van een rapport voor Academie M&M dan wel de betrokken organisatie (sluit direct aan bij voorgaande punt);
- het al dan niet gemeenschappelijk dragen van de kosten van een (mogelijke) publicatie;
- door de opdrachtgever te leveren inspanningen m.b.t. bijvoorbeeld het aanleveren van materiaal en informatie of te regelen voorzieningen ten behoeve van het onderzoek;
- afspraken m.b.t. de eindverantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderzoek vanuit AMM. Dat is formeel de manager onderwijsuitvoering, die de verantwoordelijkheid delegeert aan de onderzoeksbegeleider;
- investerings- en betalingscondities: de naar verwachting vereiste financiële investering van de opdrachtgever (en eventuele bijdrage van de opdrachtnemer in de kosten), afspraken over mogelijk meerwerk en over betalingstermijnen/deelfacturen.

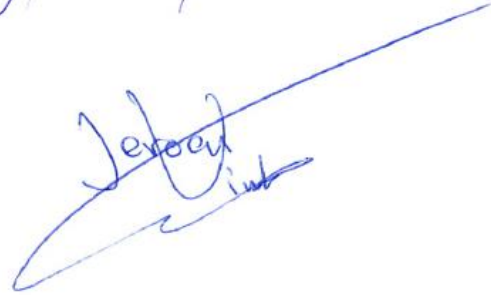
VOOR AKKOORD

- Handtekening Eindverantwoordelijke Opleiding
- Handtekening Eindverantwoordelijke Instelling
- Handtekening Student(en)

Datum en Plaats
Evt. Bijlagen







11. bijlage 5 – beoordelingsformulier

Beoordelingsformulier T.AMM.37555 Bachelorrapport

Naam student					
Studentnummer					
Datum					
1 ^e Beoordelaar					
2 ^{de} Beoordelaar					
Beoordelingsvoorwaarden			Feedback		
Aangeleverd zijn: Modelovereenkomst onderzoeksopdracht (bijlage 1 handboek) Evaluatieformulier opdrachtgever (bijlage 2 handboek)					
Ruwe data en instrument zijn gezien door de tweede beoordelaar tijdens het onderzoeksproces.					
Format (omslag, titelpagina, voorwoord, samenvatting, inhoudsopgave, inleiding (met aanleiding, doelstelling, vraagstelling, leeswijzer), beschrijving onderzoeksmethode, resultaten, conclusies, aanbevelingen, discussie) is zakelijk, helder en volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Er is gebruik gemaakt van juiste, relevante, actuele, buitenlandse, valide en betrouwbare bronnen en vermelding is correct volgens "Handleiding professioneel schrijven".					
Het rapport is geschreven in de vorm van een lopend verhaal met een logische opbouw, welke met behulp van inleidingen en overgangszinnen wordt verhelderd.					
Het rapport is geschreven in een correcte zakelijke schrijfstijl, de spelling is correct, grammatica is correct, formuleringen zijn correct (geen beschuldigingen, persoonlijke ontboezemingen, waardeoordelen, etc.)					
Alle bijlagen zijn relevant, spaarzaam, maar wel voldoende aanwezig ten behoeve van de reproduceerbaarheid van het onderzoek.					
Criteria	0	3	6	8	10
1. Het onderzoek is maatschappelijk relevant. Het onderzoek is bruikbaar en/ of vernieuwend voor de beroepspraktijk.	De maatschappelijke relevantie, bruikbaarheid en meerwaarde voor de praktijk worden niet beschreven of zijn niet aanwezig.	Het onderzoek heeft summiere maatschappelijke relevantie en meerwaarde voor de beroepspraktijk. Het onderzoek is weinig bruikbaar.	Het onderzoek draagt bij aan optimalisering van de methodiek en/of methode van de opdrachtgevende instelling.	Tevens draagt het onderzoek bij aan andere, gelijksoortige instellingen op grond van maatschappelijk relevante ontwikkelingen. Hierbij zijn theorieën kritisch met elkaar vergeleken en geïntegreerd met de onderzoeksresultaten.	Daarnaast draagt het onderzoek bij aan het evidence based handelen in de beroepspraktijk. Hierbij wordt gekomen tot nieuwe inzichten, kennis ten aanzien van innovatie van de beroepspraktijk en een visie van de onderzoeker.

Criteria	0	3	6	8	10
2. Het onderzoek heeft <i>diepgang</i> , er wordt relevante theorie gebruikt inclusief (buitenlandse) vaktijdschriftartikelen, waarbij een afweging wordt gemaakt over de bruikbaarheid ervan voor het onderzoek.	Er is geen diepgang te onderscheiden en gebruik gemaakt van literatuur.	Er is gebruik gemaakt van (weinig) verschillende bronnen waarbij de meerwaarde niet relevant en logisch is.	Er wordt theorie gebruikt, waarbij de meerwaarde hoofdzakelijk relevant en logisch is. Richtlijn: 15 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een beschrijving van een of meerdere relevante internationale methodieken, of internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte theorie in de meeste paragrafen geïntegreerd in het rapport en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 16-20 bronnen, incl. 4 artikelen. Ook is er een vergelijking beschreven tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of nationale en internationale ontwikkelingen.	Daarnaast is de gebruikte literatuur geïntegreerd in het rapport en vergelijkend en in eigen woorden weergegeven. Richtlijn: 20 bronnen, incl. 5 artikelen. De betekenis van de vergelijking tussen een of meerdere relevante nationale en internationale methodieken of internationale ontwikkelingen voor de beroepspraktijk is beschreven.
3. De onderzoeksvraag is helder, komt voort uit de doelstelling; is haalbaar, afgebakend en precies. De gebruikte onderzoeksmethode is transparant en verantwoord.	De doelstelling, onderzoeksvraag en/of deelvragen de gebruikte onderzoeksmethode worden niet weergegeven.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn niet helder en komen niet logisch uit elkaar voort.	De onderzoeksvraag, doelstelling en deelvragen zijn voldoende helder en sluiten op elkaar aan. Interview/enquêtevragen zijn geformuleerd op basis van geoperationaliseerde theorie.	Daarnaast zijn de items duidelijk geformuleerd, komen logisch uit elkaar voort en zijn voor één interpretatie vatbaar.	Daarnaast is de onderzoeksmethode complex en/of er wordt gebruik gemaakt van passende onderzoeksmethoden waardoor triangulatie bereikt kan worden.
4. De resultaten zijn reproduceerbaar en transparant. Het analysekader is duidelijk (bijvoorbeeld SPSS, Kwalitan), dataverwerking en weergave van resultaten is correct.	Het analysekader en/of de dataverwerking worden niet weergegeven.	De data zijn niet systematisch, verifieerbaar en op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt.	De data zijn plausibel. De weergave van de resultaten is correct, maar de resultaten hadden duidelijker weergegeven kunnen worden.	De data zijn op basis van een geaccepteerde methode verzameld en verwerkt. De data zijn controleerbaar, betrouwbaar en valide.	Daarnaast zijn de items toe te passen in een bredere context dan de opdrachtgevende instantie.
5. De conclusies en aanbevelingen geven antwoord op de vraagstelling en worden gekoppeld aan theorie.	De conclusie en aanbevelingen zijn niet beschreven.	Er wordt onvoldoende specifiek antwoord gegeven op de vraagstelling of het antwoord op de vraagstelling is niet logisch beredeneerd.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is sprake van een minimale koppeling tussen resultaten en theorie.	Er wordt antwoord gegeven op de vraagstelling en er is een koppeling tussen resultaten en theorie. De inzichten zijn echter voorspelbaar en niet (geheel) vernieuwend te noemen.	Er is een duidelijke koppeling gemaakt tussen de resultaten en de theorie en hierdoor is tot vernieuwende inzichten gekomen die bruikbaar en toepasbaar zijn voor de verbetering/innovatie van de beroepspraktijk.

Criteria	0	3	6	8	10					
6.De sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. Er is een discussie aanwezig. De discussie omvat het eigen professioneel standpunt over het onderzoeksonderwerp onderbouwd met argumenten. De discussie wordt gevoerd vanuit diverse perspectieven (denk aan diverse personen en/of micro-, meso- en/of macroniveau).	De sterktes en/of zwaktes van het onderzoek en/of de discussie zijn niet beschreven.	De sterktes en zwaktes van het onderzoek bevatten informatie die niet kloppend is. De discussie bevat informatie die niet kloppend is en/of is niet onderbouwd met argumenten.	Diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek zijn beschreven. De discussie is aanwezig, bevat kloppende informatie welke onderbouwd is met argumenten, maar is weinig kritisch en vernieuwend en wordt belicht vanuit slechts één perspectief.	Daarnaast zijn diverse sterktes en zwaktes van het onderzoek en de mogelijke implicaties voor het onderzoek aangegeven. Daarnaast is de discussie vanuit diverse perspectieven beschreven en wordt het eigen professionele standpunt onderbouwd met argumenten. Nieuwe bronnen worden gebruikt om de discussie te onderbouwen.	Daarnaast staan voor vervolgonderzoek alternatieven beschreven om de zwaktes van dit onderzoek in de toekomst te voorkomen. Daarnaast is er sprake van oordeelsvorming van de onderzoeker(s) waarbij kennis en inzicht naar voren komt en (leer)vaardigheden duidelijk worden in een eigen professioneel standpunt.					
Totaal aantal behaalde punten (max. 6 x 10 = 60)=										
Cijfer										
Feedback op totaalproduct										
Cesuur bepalen eindcijfer:										
– Er dient aan de voorwaardelijke vormcriteria voldaan te zijn. <i>Indien dit niet het geval is wordt de toets in Bison beoordeeld met het cijfer 1.</i> – Om een voldoende (= 6) te krijgen, moeten minimaal 34 punten worden behaald. – Het cijfer wordt bepaald door de afzonderlijke punten op elk criterium op te tellen en het puntentotaal af te lezen in de onderstaande tabel.										
Cijfer	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max. 60 Punten	0–9	10–15	16–21	22–27	28–33	34–40	41–46	47–52	53–57	58–60