

Januari 2014

Kennisbundel
voor docenten Zorg & Welzijn



Ambulantisering

Outreachende zorg en bemoeizorg
in de (O)GGZ en verslavingszorg

In deze kennisbundel:

- 2 Leeswijzer
- 4 De actualiteit
- 14 Aan de slag met ambulantisering
instrumenten / casuïstiek
- 36 Vindplaats



Vilans



Trimbos
instituut



ZonMw



Beroepsvereniging van zorgprofessionals



Calibris



Leeswijzer

Ambulantisering, waarom belangrijk?

De afgelopen jaren is de visie op psychiatrische zorg veranderd. Politiek en samenleving vinden dat de hulpverlening aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening meer in de thuissituatie moet plaatsvinden en minder in een inrichting (ambulantisering). Hulpverleners gaan dus zelf of pad en werken ambulant. Deze hulp noemen we ook wel 'outreachinge zorg', letterlijk de hand reikende zorg. Soms wordt ook gesproken over bemoeizorg. Dat is het geval als cliënten zelf geen hulpvraag stellen en zorg afwijzen. Deze manier van werken vraagt andere competenties van hulpverleners; ze moeten vasthoudend, vindingrijk en voortvarend zijn – en energie willen steken in het oplossen van problemen op andere levensgebieden zoals huisvesting, financiën en relaties.

In deze kennisbundel vindt u actuele informatie over ambulantisering. U helpt uw leerlingen een goede start te maken in het werken in de geestelijke gezondheidszorg, door hen deze actuele kennis aan te reiken. Ook is deze bundel geschikt voor gebruik in bijscholingstrajecten.

Actuele kennis en tools voor in de les

- Hoofdstuk 1: *De actualiteit*. Dit beschrijft de stand van zaken: wat is outreachende zorg en wat is bemoeizorg?
- Hoofdstuk 2: *Aan de slag met ambulantisering*. Hierin staat het zevenstappenmodel in de outreachende zorg, het hoe en waarom van sociale netwerkontwikkeling en verschillende instrumenten en interventies die in de outreachende zorg worden ingezet. Ook vindt u in dit hoofdstuk twee casussen. Ten slotte treft u in dit hoofdstuk links aan naar lesmateriaal dat door het Trimbos-instituut is ontwikkeld in nauwe samenwerking met ROC-docenten en GGZ-instellingen. Het lesmateriaal bestaat uit een PowerPointpresentatie met achtergrondinformatie en passende opdrachten.
- Hoofdstuk 3: *Vindplaats*. Dit hoofdstuk bevat een overzicht van literatuur en relevante websites.

Kwaliteit in de langdurende zorg

In de langdurende zorg werken zorgprofessionals hard om zorg van goede kwaliteit te leveren. Hoe die zorg eruit moet zien, is per sector beschreven in kwaliteitsdocumenten. Voor de geestelijke gezondheidszorg en de versla-

vingszorg is dit de Kernset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Ambulantisering is relevant voor het kwaliteitskader dat in deze documenten wordt omschreven, bijvoorbeeld waar het gaat om de ervaren kwaliteit van leven door de cliënt. Ook daarom is het belangrijk dat ambulantisering een plaats in uw lessen krijgt.



Voor wie?

Deze kennisbundel is bestemd voor opleidingen die opleiden tot Mbo-Verpleegkundige, Medewerker Maatschappelijke zorg en Persoonlijk begeleider specifieke doelgroepen.

Wat?

In deze kennisbundel vindt u informatie over de volgende onderwerpen:

- Wat is outreachende zorg en bemoeizorg?
- ACT en FACT als methoden voor begeleiding van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening;
- Methodisch werken in de outreachende zorg;
- Links naar lesmateriaal, ontwikkeld door het Trimbos-instituut.

De kennisbundel en de kwalificatiedossiers

De informatie in deze kennisbundel kunt u gebruiken voor mbo-opleidingen voor zorg en welzijn, zoals de opleidingen sph en verpleegkunde. "Koppeling tussen kennisbundels en kwalificatiedossiers" (Calibris 2013) beschrijft de relatie tussen kennisbundel en kwalificatiedossiers. U vindt daarin in welke kwalificatiedossiers het onderwerp van een kennisbundel voorkomt en hoe u de informatie kunt koppelen aan de kerntaken en werkprocessen.

Waar te vinden?

Deze en andere kennisbundels zijn te vinden op www.ggzkennisplein.nl. U vindt ze ook op www.zorgvoorbeter.nl en www.kennispleingehandicapten-sector.nl.



De actualiteit

Al in de vorige eeuw werden cliënten van de geestelijke gezondheidszorg thuis bezocht. Ze kregen bijvoorbeeld nazorg aangeboden na een opname in een psychiatrische inrichting. Aanvankelijk was deze nazorg aan huis heel beperkt. De hulpverlener kwam eens in de twee of drie weken even bij de cliënt thuis langs.

Deze zogeheten ambulante zorg is in de loop van de jaren sterk gegroeid. Vooral vanaf de jaren negentig ontstonden diverse vormen van ambulante hulpverlening. Dat kwam vooral doordat de visie op psychiatrische zorg veranderde. Politiek en samenleving vonden dat de psychiatrische inrichtingen cliënten geen menswaardig bestaan boden. De zorg zou meer thuis moeten plaatsvinden, zodat cliënten in hun eigen omgeving konden blijven wonen gedurende een behandeling. Ook wilde de overheid de kosten van een opname in een psychiatrische inrichting verminderen door de afbouw van het aantal bedden. Om dit mogelijk te maken werd een scala aan woonvormen voor cliënten gerealiseerd. Mensen met een psychiatrische aandoening konden nu vanuit huis naar een polikliniek komen of werden thuis bezocht voor behandeling en begeleiding. Bovendien konden cliënten woonbegeleiding krijgen als ondersteuning bij het dagelijks functioneren.

Outreachinge zorg en bemoeizorg

Outreachinge zorg is bedoeld voor mensen die thuis wonen maar intensieve zorg nodig hebben. De hulpverlener komt regelmatig, zo nodig meermalen per week, langs om ondersteuning te bieden op diverse levensgebieden. Denk aan geldzaken, psychische ondersteuning, sociale contacten. Zonder deze ondersteuning kunnen de cliënten zich niet goed handhaven in hun thuissituatie.

Bemoeizorg is eveneens een intensieve vorm van hulpverlening en richt zich op mensen die erg verward kunnen zijn en de hulp in eerste instantie afwijzen. Bij bemoeizorg zal de hulpverlener vasthoudend blijven in het zoeken van contact en het aanbieden van hulp, ook als mensen duidelijk maken dat

ze de hulp niet willen. De hulp wordt dan als het ware opgedrongen, op een vriendelijke maar vasthoudende wijze. Het gaat om de kunst van het verleiden om zo mensen toch de hulp te bieden die ze nodig hebben.

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening

Het zijn vooral mensen met een ernstige psychiatrische aandoening die ambulante hulp ontvangen. In 2012 hebben circa 280.000 mensen in Nederland te kampen met een ernstige psychiatrische aandoening en in verband daarmee behoefte aan ondersteuning¹. Het gaat om mensen die door de ernst van hun psychiatrische problemen – en de daarmee samenhangende beperkingen in het dagelijks leven – langdurig behoefte hebben aan ondersteuning, al dan niet vanuit de geestelijke gezondheidszorg.

Zij hebben diagnoses als:

- schizofrenie;
- ernstige stemmingsstoornis (angst, depressie);
- bipolaire stoornis (manisch-depressief);
- persoonlijkheidsstoornis.

Deze mensen zijn vaak genoodzaakt om langdurig medicatie te nemen en behandelingen te volgen.

Gevolgen van een psychiatrische aandoening

Mensen met een ernstige psychiatrische aandoening kampen met problemen op tal van levensgebieden:

- Ze kunnen vaak niet werken of alleen aangepast werk verrichten. Daardoor zijn ze voor hun inkomen afhankelijk van een uitkering.
- De aandoening heeft vaak gevolgen voor sociale relaties en dagelijkse activiteiten, en vooral voor de relatie met partners en kinderen. Niet iedereen heeft begrip voor het gedrag van de cliënt. Door het verwarde gedrag worden cliënten door familie en vrienden gemeden en leven velen uiteindelijk met een klein sociaal netwerk. Zonder adequate hulp gaat het nog verder bergafwaarts en belanden ze in een situatie van eenzaamheid en verwaarlozing.
- Sommige cliënten hebben naast hun psychiatrische aandoening ook een verslaving. Ze zijn verslaafd aan drugs en/of alcohol. Deze dubbele problematiek leidt tot meer problemen; ze komen dikwijls in aanraking met de politie en belanden in de criminaliteit.
- Ten slotte zijn er cliënten die extra kwetsbaar zijn omdat zij een lichte verstandelijke handicap hebben. Ze vallen gemakkelijk ten prooi aan mensen uit het criminele circuit of raken in de prostitutie.

¹ Hoof, F. van, et al. (2012)

Naast de psychische en lichamelijke gezondheid zijn financiën, administratie, huisvesting, veiligheid, werk of dagbesteding en sociale contacten belangrijke probleemgebieden. Soms onttrekken de problemen van deze mensen zich aan het oog. Ze spelen zich af in de thuissituatie. Het gaat om mensen die in een isolement leven, die hun contacten, zichzelf en hun woning verwaarlozen. Het duurt dan een tijd voordat burens of naasten merken dat er problemen zijn. Anderen uiten hun problemen wel degelijk via overlast in de buurt, door provocerend of agressief gedrag op straat. Een deel van deze mensen is dak- of thuisloos. Samenwerking tussen verschillende organisaties en disciplines is noodzakelijk om goede zorg te leveren, want de problemen van cliënten zijn complex.

Wat is outreachende zorg?

Outreachende zorg richt zich op mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, verslavingen en/of een licht verstandelijke handicap die op veel levensgebieden problemen hebben. Bij outreachende zorg gaat de hulpverlener naar de plaats waar de cliënt verblijft. Het gaat om het volgende:

- De hulpverlener trekt eropuit en gaat naar de cliënt toe. Dat kan bij hem of haar thuis zijn, in een woonvorm, de maatschappelijke opvang of zelfs op straat.
- De verantwoordelijkheid voor het krijgen van hulp ligt niet in de eerste plaats bij de cliënt, maar bij de hulpverlener.
- De hulp richt zich op de meest kwetsbare groepen, die moeilijk bereikbaar zijn en geen hulpvraag hebben.
- De hulp wordt om de cliënt heen georganiseerd en past bij zijn of haar leefwereld.
- De hulp wordt assertief aangeboden, wat wil zeggen dat de hulpverlener zelf actief is in het oplossen van problemen en het initiatief neemt als de cliënt niet in staat is te handelen.
- Er zijn genoeg contactmomenten die bovendien niet van tevoren zijn vast gelegd, maar flexibel en naar behoefte kunnen worden ingezet. De hulp kan langdurend zijn.

Outreachende zorg en bemoeizorg liggen in elkaars verlengde. Outreachende zorg kan na verloop van tijd overgaan in bemoeizorg en andersom kan bemoeizorg outreachende zorg worden. De outreachende hulpverlener is creatief in het motiveren van mensen om hulp te aanvaarden. Hij blijft contact zoeken en is voortvarend in het oplossen van problemen.

Wat is bemoeizorg?

Bemoeizorg is een specifieke vorm van outreachende zorg. Bemoeizorg wordt ingezet als mensen niet de hulp krijgen die ze nodig hebben, omdat ze geen vertrouwen hebben in de hulpverlening en de zorg mijden². Bemoeizorg kan opgedrongen hulp zijn als de cliënt hulp blijft weigeren en de situatie zorgelijk is, bijvoorbeeld bij mensen die oordeelsonbekwaam zijn³. Dat wil zeggen dat zij niet in staat zijn om een inschatting te maken van hun eigen (zorgwekkende) situatie. Daardoor komen ze in grote problemen, die zelfs (levens)gevaar kunnen betekenen.

Wie schakelt bemoeizorg in?

Bij nieuwe cliënten – of mensen die al enige tijd niet meer de benodigde hulp krijgen – zijn het vaak anderen in de omgeving die hulp inroepen: familieleden, burens, de woningcorporatie, de politie, de huisarts of de arts in een ziekenhuis. Soms is bemoeizorg ook nodig bij cliënten die al in behandeling zijn. Er kan (tijdelijk) sprake zijn van een verslechtering, waardoor de cliënt dreigt de behandeling te staken. Het kan ook zijn dat de verwijzer bezorgd is dat de cliënt de vervolghulp niet zal accepteren. Zo kan een reclasseringsambtenaar een cliënt uit voorzorg aanmelden voor bemoeizorg als deze uit de gevangenis komt.

Welke teams bieden outreachende zorg?

In Nederland wordt outreachende zorg geboden vanuit diverse teams. Aanvankelijk werd ambulante geestelijke gezondheidszorg vanuit casemanagementteams geboden. Deze teams gaven behandeling en begeleiding aan huis voor mensen met psychiatrische problematiek met problemen op diverse levensgebieden. Desondanks raakten veel mensen – veelal dak- en thuislozen - tussen de wal en het schip en kregen zij niet de behandeling en begeleiding die nodig was. Eind vorige eeuw ontstonden daarom bemoeizorgteams.

(O)GGZ

De eerste bemoeizorgteams waren meestal GGZ-teams die cliënten met intensieve en assertieve methodieken benaderden om hen tot zorg te verleiden. Hierbij werd de verpleegkundige ingezet als een cliënt tijdelijk extra hulp nodig had in de thuissituatie. Ook in de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) ontstonden teams, die vaak op initiatief van de GGD gingen samenwerken (maatschappelijk werk, GGZ en verslavingszorg, RIBW en

²Lindt, S.M. van de (2000)

³Tielens & Verster (2010)

soms nog andere instellingen) om met bemoeizorg sociaal kwetsbare mensen te bereiken.

ACT- en FACT-teams

Al sinds enige jaren werken GGZ-instellingen volgens het Amerikaanse model *Assertive Community Treatment (ACT)*⁴. De ACT-teams bieden intensieve en assertieve hulpverlening. Daarnaast is er een groeiend aantal FACT-teams⁵. Dit zijn teams die deels ACT bieden, maar daarnaast de mogelijkheid hebben om cliënten langdurend een minder intensieve vorm van hulp te bieden. Deze flexibiliteit is kenmerkend voor FACT: de zorg kan meer of minder intensief worden aangeboden, afhankelijk van de zorgvraag.

RIBW

Ook de ambulante woonbegeleiding van de RIBW's⁶ biedt zorg aan huis. De cliënten van de RIBW's wonen zelfstandig en krijgen op indicatie ambulante woonbegeleiding.

Intensive Home Treatment (IHT)

Dit zijn relatief nieuwe teams, die snel en adequaat reageren op een (dreigende) psychiatrische crisis bij een cliënt in zijn of haar eigen omgeving. Doel is om kortdurend, flexibele en op de situatie afgestemde zorg te leveren aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening in een crisissituatie. Daarbij proberen de zorgverleners een opname te voorkomen of een snel ontslag mogelijk te maken. Naast de zorg voor de cliënt ondersteunen zij familieleden en naastbetrokkenen gedurende de crisis.

ACT en FACT

Assertive Community Treatment (ACT) is een organisatiemodel voor de behandeling, begeleiding, de rehabilitatie en het herstel van mensen met een combinatie van ernstige psychiatrische aandoeningen en problematiek op andere levensgebieden.

ACT is ontwikkeld als oplossing voor het fenomeen 'draaideurpatiënt'. Hulpverleners zagen dat patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen opknapt van de klinische behandeling, maar weer verslechterden als zij het thuis zonder de intensieve behandeling moesten doen. Zij ontwikkelden daarom het idee om patiënten ambulant bijna net zulke intensieve zorg te

⁴ Assertive Community Treatment is een organisatiemodel voor assertieve psychiatrische hulp en ontwikkeld in de Verenigde Staten

⁵ FACT staat voor Functie of Flexibele ACT.

⁶ Regionale Instelling voor Beschermende Woonvormen

geven als binnen het ziekenhuis. Doel van ACT was om mensen buiten het ziekenhuis te houden en vaardigheden aan te reiken om zo zelfstandig mogelijk in de samenleving te leven. ACT is een evidence based interventie (d.w.z. op effectiviteit onderzocht met positieve uitkomsten) voor mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen en is opgenomen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (Mulder & Kroon, 2009).

Belangrijke kenmerken van ACT zijn:

- Een multidisciplinair zorgaanbod. De hulpverleners zijn psychiaters, psychologen, (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, ervaringsdeskundigen, trajectbegeleiders en verslavingsdeskundigen. Aan een FACT-team zijn soms ook sociaal-juridische dienstverleners, ergotherapeuten en woonbegeleiders verbonden.
- Een beperkte caseload. Dat wil zeggen een klein aantal cliënten per hulpverlener.
- Een actieve benadering in de leefomgeving van de cliënt.
- Een gedeelde caseload. Dat wil zeggen dat cliënten door meerdere hulpverleners tegelijkertijd begeleid of behandeld worden.
- Intensieve zorg voor onbeperkte tijd.

FACT

Naast het ACT-model is in Nederland vanaf 2004 de *functie of flexibele ACT (FACT)* geïntroduceerd (Veldhuizen e.a., 2006). Dit zijn teams die deels ACT bieden, maar daarnaast de mogelijkheid hebben om cliënten langdurend een minder intensieve vorm van hulp te bieden. Tussen deze twee vormen kan flexibel worden geschakeld. Wanneer individuele ondersteuning niet voldoende is, wordt de hulp aan cliënten geïntensiveerd. Deze cliënten worden dagelijks besproken in het team en indien nodig wordt intensieve zorg geregeld door meerdere teamleden (gedeelde caseload).

Inmiddels zijn in Nederland ongeveer 50 ACT-teams actief (voornamelijk in de grote steden) en 150 FACT teams, die vooral voorkomen in de kleinstedelijke gebieden (zie www.ccaf.nl). Oorspronkelijk richtten de (F)ACT-teams in Nederland zich op volwassenen met ernstige psychiatrische aandoeningen, maar langzamerhand richten deze teams zich op meerdere doelgroepen. Zo zijn er speciale teams voor jongeren en voor mensen die naast psychiatrische aandoeningen ook forensische problemen en/of verstandelijke beperkingen hebben.

Regionale samenwerking in wijkteams

Om regionale samenwerking te stimuleren worden steeds vaker wijkteams opgericht. Hierin werken GGZ-teams samen met maatschappelijke organisaties zoals buurtverenigingen, gemeente, woningcorporaties, thuiszorginstanties, politie, buurthuizen en maatschappelijk werk. De wijze van samenwerking wordt lokaal bepaald. Iedere wijk of gemeente heeft eigen regels en overlegmomenten. Een wijkteam zal bepalen wie belangrijke lokale partners zijn om mee samen te werken.

Andere vormen van regionale samenwerking

In veel regio's werken GGZ-voorzieningen ook onderling samen om de overdracht van cliënten te verbeteren en de continuïteit van de zorg te waarborgen. Zo werken in sommige regio's (F)ACT-teams en ambulante woonbegeleiding van RIBW's samen. Daarbij biedt het (F)ACT-team vooral behandeling, en de woonbegeleiding ondersteuning bij het maatschappelijk functioneren. Verder zijn er samenwerkingsvormen (*transmurale zorg* genoemd) tussen klinieken en ambulante teams, waarbij ambulante hulpverleners de cliënt ook tijdens een opname blijven volgen waardoor de continuïteit in de zorg verbeterd wordt.

Kwartiermaken

Een belangrijk element van regionale samenwerking is het kwartiermaken. Kwartiermaken is werken aan gastvrijheid in de samenleving. De methode richt zich op het bevorderen van een maatschappelijk klimaat waarin iedereen kan meedoen en erbij kan horen (Kal e.a., 2012). Kwartiermakers ontsluiten en creëren sociale steun in de buurten waar mensen met elkaar samenwonen. Hierdoor is kwartiermaken een belangrijke voorwaarde voor de ambulantisering van de zorg. Kwartiermaken is een kwestie van push en pull: het 'duwen' (stimuleren) van kwetsbare burgers richting de samenleving en het 'aantrekken' van die samenleving in de richting van degenen die aan de rand staan.

Wet- en regelgeving

Outreaching werken en bemoeizorg vinden plaats in het kader van verschillende wetten, en de zorg is gebonden aan regelgeving. Hieronder volgt een aantal relevante wetten en regelgeving.

- *De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* regelt dat Nederlanders verzekerd zijn voor kosten vanwege ziekte of een handicap en daardoor afhankelijk worden van langdurige zorg. Voor die zorg, thuis of in een zorginstelling, hebben alle Nederlanders automatisch een verzekering: de

AWBZ. De AWBZ dekt medische kosten die niet onder de zorgverzekering vallen en door bijna niemand zijn op te brengen.

- *De Zorgverzekeringswet* maakt, naast de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), deel uit van het Nederlandse Zorgverzekeringsstelsel. De Zvw stelt een zorgverzekering verplicht voor iedereen. De Zvw stelt dat verzekeraars verplicht zijn iedereen te accepteren en zorgverzekeringen niet mogen beëindigen.
- *De Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO)* bepaalt dat de relatie tussen cliënt en hulpverleners een overeenkomst is, met wederzijdse rechten en plichten. Het verplicht de hulpverlener een behandelplan op te stellen samen met de cliënt. Het behandelplan moet door beiden ondertekend worden.
- *De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)* geeft de gemeenten de verantwoordelijkheid om voorzieningen te realiseren op diverse terreinen voor diverse sociaal kwetsbare groepen.
- *De Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg* is opgesteld door GGZ Nederland, GGD Nederland en de KNMG. De handreiking regelt de uitwisseling van informatie over cliënten tussen zorgaanbieders en andere partijen, zoals de politie, woningcorporaties, als het gaat om bemoeizorg cliënten.
- *De Wet Bijzondere Opname Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)* regelt op welke gronden en op welke wijze iemand met ernstige psychiatrische problemen onvrijwillig kan worden opgenomen in een psychiatrische inrichting (zie ook www.dwangindezorg.nl).

[Meer over de Wet Bopz](#)

De Wet Bijzondere opname psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) kent twee instrumenten die in eerste instantie dwangopname tot doel hebben:

- Inbewaringstelling (IBS): een IBS is bedoeld voor acuut gevaar, voortkomend uit de psychiatrische stoornis. Eerst moet een onafhankelijke psychiater beoordelen of een dwangopname nodig is. Op diens advies geeft de burgemeester dan een IBS af. Op dat moment kan een cliënt tegen zijn wil worden opgenomen. Na opname volgt binnen drie werkdagen een rechtszitting, waarbij de rechter de al dan niet IBS bekrachtigt.
- Rechterlijke machtiging (RM): bij een RM is sprake van gevaar, maar niet van acuut gevaar. Een onafhankelijke psychiater moet beoordelen of dwangopname nodig is. Als de psychiater oordeelt dat dit nodig is, geeft hij een geneeskundige verklaring af. Daarna volgt een rechtszitting bij de cliënt thuis of op een rechtbank. Als de rechter besluit tot de RM, zal de cliënt gedwongen worden opgenomen. Sinds 2004 bestaat er ook een

‘voorwaardelijke machtiging’. Dit is de enige machtiging waarin sprake is van een ambulante situatie: een cliënt verblijft in zijn eigen woonomgeving, maar moet zich houden aan een van tevoren door de rechter vastgesteld behandelplan. Wanneer de cliënt zich daar niet aan houdt, kan hij alsnog worden opgenomen (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Vaak zal een team proberen om dwang zoveel mogelijk te voorkomen. Een opname is immers ingrijpend en verandert de structuur van het dagelijks leven en de contacten. Door een cliënt zoveel mogelijk ambulant te begeleiden, neemt het team uitsluitend de dingen over die een cliënt echt niet zelf kan. Door intensivering van de ambulante zorg is het vaak mogelijk een gedwongen opname te voorkomen.

Wetsvoorstel Verplichte geestelijke gezondheidszorg

De Wet BOPZ wordt over enige tijd vervangen door de Wet Verplichte geestelijke gezondheidszorg. De nieuwe wet wil gedwongen behandeling van mensen met psychische problemen minder ingrijpend maken. De belangrijkste punten in het wetsvoorstel zijn:

- Verplichte zorg kan straks ook buiten een instelling opgelegd worden. Onder de huidige wet BOPZ is gedwongen zorg alleen mogelijk in een psychiatrisch ziekenhuis. Daarom is een gedwongen opname noodzakelijk om iemand gedwongen te behandelen.
- Verplichte zorg moet meer op maat worden gegeven. Bijvoorbeeld door iemand buiten een instelling verplichte begeleiding te geven, aan huis of in een polikliniek.
- Tijdens de verplichte zorg moet er steeds aandacht zijn voor de maatschappelijke participatie van de cliënt. Hij moet dus kunnen blijven meedoen in de maatschappij of alvast voorbereid worden om na de behandeling weer een maatschappelijk leven op te bouwen.
- Tijdens de periode van verplichte zorg moet de cliënt voldoende invloed hebben. Hulpverleners moeten regelmatig met de cliënt overleggen en de zorg samen evalueren. De cliënt heeft het recht om aan te geven welke zorg en behandeling zijn voorkeur heeft. Hulpverleners moeten hier zo veel mogelijk aan voldoen, tenzij de wensen van de cliënt in strijd zijn met goed hulpverlenerschap. Ook krijgen cliënten recht op uitleg in begrijpelijke taal.
- Familieleden en andere directbetrokkenen kunnen straks meer betrokken worden bij de beslissing of verplichte zorg nodig is. Familievertrouwenspersonen zullen advies en bijstand geven aan familieleden en andere directbetrokkenen van vrijwillig en verplicht opgenomen cliënten.

Ook onder de nieuwe wet beslist de rechter of iemand verplichte zorg opgelegd krijgt. Hij krijgt daarover advies van een commissie met deskundigen uit verschillende disciplines. Dit is een verschil met de huidige Wet Bopz. Nu geeft één psychiater advies aan de rechter.



Aan de slag met ambulantisering

Dit hoofdstuk gaat in op de praktische kant van ambulantisering en outreachend werken. Ook vindt u instrumenten om uw lessen over ambulantisering te verrijken. Het hoofdstuk bevat de volgende onderdelen:

- Methodisch werken;
- Sociale netwerkontwikkeling;
- Instrumenten en interventies;
- Casuïstiek;
- Lesmateriaal.

Methodisch werken

Voordat het eerste contact met de cliënt plaatsvindt, neemt de outreachende hulpverlener kennis van de voorgeschiedenis van de cliënt en hulpverlening die eerder heeft plaatsgevonden (bijvoorbeeld via het dossier). Ook kunnen er (telefonisch) contacten zijn met de verwijzer en eventueel belangrijke anderen, zoals de huisarts, de woningcorporatie of familie. In sommige gevallen is er weinig bekend over de aangemelde cliënt.

Zeven stappen

In de outreachende zorg onderscheiden we zeven stappen⁷:

- 1 contact zoeken;
- 2 contact maken/vertrouwen winnen;
- 3 incidenteel oplossen van een probleem;
- 4 contacttrouw realiseren/problemen inventariseren;
- 5 planmatig werken/plannen uitvoeren;
- 6 werkrelatie evalueren/doelen evalueren en bijstellen;
- 7 werkrelatie beëindigen/warme overdracht.

Hieronder beschrijven we de zeven stappen en de daarbij behorende activiteiten van de hulpverlener.

⁷Lindt, S.M. van de (2000)

7-Stappenmodel



c. S.M. van de Lindt

Stap 1: Contact zoeken

Bij outreachende zorg zoeken hulpverleners de cliënten letterlijk op. De fase van contact zoeken is bedoeld om de cliënt te ontmoeten. De hulpverlener kiest doelbewust een goed moment en een goede plek om in contact te komen met de cliënt. Het is heel gebruikelijk om voor het eerste contact een bericht naar de cliënt te sturen met vermelding van een afspraak. Indien de afspraak niet lukt, zal de hulpverlener ook onaangekondigd en op verschillende tijden bij de cliënt langsgaan totdat deze thuis is en opendoet.

Plaatsen om contact te zoeken

In het verleden zochten hulpverleners contact met cliënten op bepaalde plekken in de stad, bij de voordeur van de sociale dienst of daar waar gratis een warme maaltijd werd verstrekt. Tegenwoordig zijn er tal van overleggen (zoals zorgoverleggen of lokale zorgnetwerken) waar de hulpverlener kan aanschuiven om cliënten met psychiatrische aandoeningen en verslavingen in beeld te krijgen. Een voorbeeld hiervan is het veiligheidshuis. Hierin werken verschillende organisaties samen die bij veiligheid en handhaving zijn betrokken. Andere plekken waar de hulpverlener de cliënt kan ontmoeten zijn:

- bij de cliënt thuis;
- de maatschappelijke opvang;

- de methadonverstrekking;
- huiskamerprojecten voor verslaafden;
- GGD-meldpunten;
- de reclassering;
- het politiebureau;
- een openbare locatie, zoals een café of stationsrestaurantie.

Stap 2: Contact maken

Hoewel contact zoeken en contact maken lastig te onderscheiden zijn, zijn het toch aparte fasen. De relatie tussen cliënt en hulpverlener krijgt, als het contact gemaakt wordt, een wezenlijk ander karakter. Bij contact zoeken is nog sprake een vrijblijvend praatje, erop gericht om nog eens terug te kunnen komen. Bij contact maken probeert de hulpverlener een band met de cliënt te krijgen. Dat kan door aandacht te hebben voor het verhaal van de cliënt, positieve feedback te geven over sterke kanten van de cliënt, of door kleine praktische knelpunten uit de weg te ruimen.

Lokkertjes

In de bemoeizorg wordt ook wel gebruik gemaakt van kleine 'lokkertjes'. Dat zijn directe behoeftenbevredigers zoals een sigaret, voedsel, een kledingstuk of zelfs wat geld. In feite probeert de hulpverlener de cliënt te laten zien dat hij hulp kan bieden bij problemen die de cliënt ervaart. Met dit laatste motiveert hij de cliënt om hem toe te laten in zijn leven.

Soms zijn cliënten heel blij dat er eindelijk iemand is die hulp aanbiedt, maar sommigen zijn achterdochtig of ronduit weigerachtig om hulp te aanvaarden. Gemiddeld duurt het een half jaar voordat hulpverleners contact hebben en het vertrouwen krijgen om hulp te bieden.

Stap 3: Incidenteel oplossen van een probleem

Deze fase is bereikt wanneer de cliënt kampt met een duidelijke behoefte of een acuut probleem, zoals een dreigende uithuiszetting. De hulpverlener kan dit aangrijpen om de cliënt te steunen in zijn positie of wensen. Veel hulpverleners in de outreachende zorg onderhandelen als 'maatje' of 'advocaat' van de cliënt met instanties om oplossingen te zoeken voor problemen. Het kan daarbij gaan om problemen rond:

- een identiteitsbewijs;
- een uitkering;
- boetes;
- openstaande schulden.

Maar ook een moeilijk gesprek met familie, medicatieproblemen of een plek voor dagbesteding geven de hulpverlener een kans om succes te behalen. Niet alleen heeft de cliënt hier baat bij. Het verstevigt ook de relatie tussen hulpverlener en cliënt als een positief resultaat behaald wordt.

Stap 4: Het realiseren van contacttrouw

De hulpverlener streeft naar een werkrelatie met de cliënt. In de outreachende zorg en bemoeizorg is die relatie gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Het vertrouwen dat de cliënt hulp durft te vragen en aan te nemen moet groeien. Tijdens de eerste contacten moet ook een evenwicht gevonden worden tussen steunen en ongevraagde bemoeienis of zelfs opgedrongen hulp. Wanneer gevaar of ernstige verwaarlozing dreigt, moet de hulpverlener ingrijpen en bijvoorbeeld een opname in een psychiatrisch ziekenhuis laten plaatsvinden. Bij ongevraagde of opgedrongen hulp is het voor de hulpverlener een kunst om, desondanks, met de cliënt een wederzijdse vertrouwensband op te bouwen.

Behandelplan

Zo gauw het contact zich positief ontwikkelt, begint de hulpverlener met het opstellen van een behandelplan (ook wel zorgplan genoemd). Hiervoor maakt hij een systematische inventarisatie van alle problemen van de cliënt. Veel FACT- en ACT-teams hebben instrumenten om psychiatrische problematiek, verslavingen, somatische klachten te inventariseren en risico's te taxeren. Deze worden al dan niet met de cliënt ingevuld en vormen de basis voor het behandelplan.

Dit behandelplan moet samen met de cliënt besproken worden. Veel teams hechten eraan om het plan zoveel als mogelijk naar de wensen van de cliënt en in begrijpelijk Nederlands op te stellen. Volgens de WGBO dient het behandelplan door de cliënt ondertekend te worden. Bij cliënten die bemoeizorg krijgen is dit echter niet altijd mogelijk.

Stap 5: Planmatig werken

Is de relatie tussen cliënt en hulpverlener eenmaal stabiel, dan breekt de fase aan waarin zij werken aan oplossingen voor de problemen op diverse levensgebieden. In samenspraak met de cliënt stelt de hulpverlener doelen voor de korte of lange termijn. Daarbij geeft hij voorrang aan zaken als:

- wonen;
- inkomen;
- voeding;
- veiligheid;
- gezondheid.

Het kan zijn dat hulpverlener en cliënt verschillende opvattingen hebben over wat prioriteit heeft. De hulpverlener zoekt naar manieren om zoveel mogelijk overeenstemming te bereiken en de cliënt te motiveren om (eigen) oplossingen te zoeken. Echter, soms besluit de hulpverlener toch een ander plan te trekken – bijvoorbeeld als de veiligheid in het geding is.

Stap 6: Werkrelatie evalueren

De evaluatiefase is bedoeld om vast te stellen:

- welke doelen bereikt zijn;
- in welke mate cliënten zelfredzaam zijn (geworden);
- welke ondersteuning voor de toekomst nodig is.

De evaluatie is ook een testfase om na te gaan hoe de cliënt op verschillende levensgebieden zelf problemen aangeeft, aanpakt en oplost. Ook onderzoekt de hulpverlener samen met de cliënt de mogelijkheden om in de samenleving – vooral in het netwerk van de cliënt – passende ondersteuning te vinden. Sommige cliënten zijn na een periode van outreachende zorg weer in staat om gebruik te maken van andere, minder intensieve vormen van ambulante zorg (zoals thuiszorg of een therapeutische behandeling). Anderen hebben hun leven lang outreachende zorg nodig. Zij blijven veelal jaren onder begeleiding van een FACT- of ACT-team.

Stap 7: Werkrelatie beëindigen

De zorg wordt beëindigd als er sprake is van een stabiele situatie. Bij mensen met ernstige psychiatrische problemen en verslavingen eindigt de outreachende zorg meestal niet. Het gaat immers om chronische aandoeningen die telkens weer problemen geven. Hierbij bieden ACT- en FACT-teams het voordeel dat langdurend contact mogelijk blijft met cliënten. Wel kan de frequentie van het contact en de intensiteit van de hulpverlening verminderen als stabiliteit en zelfredzaamheid dat toelaten. Voor sommige cliënten kan een stabiele situatie betekenen dat zij in staat zijn om met woonbegeleiding, thuiszorg en huisartscontacten hun leven verder te leiden. Dus wel met ambulante zorg, zonder nadruk op het outreachende aspect.

Warme overdracht

Als sprake is van nieuwe hulpverlening, is het van groot belang om een ‘warme overdracht’ te realiseren. Dat wil zeggen dat de cliënt wordt voorbereid op een nieuwe hulpverlener. Belangrijk daarbij is dat de introductie van de nieuwe hulpverlener geleidelijk gaat, zodat de cliënt kan wennen aan een nieuw gezicht en een nieuwe werkwijze. Over het algemeen hoort bij een warme overdracht een periode dat de oude en nieuwe hulpverlener samen de cliënt zien, zodat de overgang soepel verloopt.

Sociale netwerkontwikkeling

Sociale netwerkontwikkeling is een belangrijke voorwaarde om de zelfredzaamheid van cliënten te bevorderen. Een sociaal netwerk opbouwen is niet eenvoudig, het vereist gerichte activiteiten. Bij het werken aan sociale netwerken kunnen de volgende stappen worden gezet:

Vorbereiding samen met de cliënt

- Leg uit dat je samen naar zijn of haar netwerk wil kijken, om te onderzoeken of de cliënt tevreden is over diens netwerk, of hij of zij het netwerk wil uitbreiden en hoe dat zou kunnen.
- Maak samen met de cliënt een lijstje van dingen waar de cliënt goed in is. Gebruik dit lijstje om te kijken of er aanknopingspunten zijn voor het uitbreiden of verdiepen van het sociaal netwerk.
- Maak samen met de cliënt een lijstje met diens hobby's, interesses en bezigheden. Ook hier is het doel om aanknopingspunten te vinden voor uitbreiding of verdieping van het netwerk.
- Leer het netwerk van de cliënt kennen door samen informatie uit agenda, adressenboek en fotoboeken te verzamelen.

In kaart brengen van het netwerk

Samen met de cliënt, of eventueel ook met familieleden en/of vrienden.

- Vul samen met de cliënt een netwerkkaart in:
 - Zet eerst alle namen van personen die naar voren komen onder elkaar op papier.
 - Maak vervolgens een indeling naar familie, cliënten, professionals of personen uit de samenleving.
- Bespreek de eerste indruk van de netwerkkaart met de cliënt.
- Maak hierbij een indeling in intimi (personen met wie sprake is van intimiteit), vrienden en kennissen.
- Maak gebruik van begrijpelijke taal, en eventueel van foto's en pictogrammen.
- Maak aantekeningen van belangrijke opmerkingen, ideeën en wensen van de cliënt.

Analyse van het netwerk

Voor begeleiders is het analyseren van iemands sociale netwerk niet altijd eenvoudig. Het is een intiem onderwerp, dat veel emoties kan losmaken. Niemand geeft bijvoorbeeld graag toe geen vrienden te hebben. Niemand vindt het eenvoudig om te praten over familieleden met wie de band niet zo

hecht is als je zou wensen. Een begeleider kan deze gesprekken het beste pas voeren als al een goed contact met de cliënt is opgebouwd. Eventueel kun je op een meer indirecte manier een beeld krijgen van het sociale netwerk, bijvoorbeeld door samen met de cliënt te kijken wat hij of zij zoal doet in een week. Dat geeft wellicht ruimte voor verder doorvragen, bijvoorbeeld over wie diegene ontmoet, wie leuk of aardig zijn en wie niet. Ook kan het helpen om met iemand terug te blikken en zo mensen op het spoor te komen die in het verleden belangrijk zijn geweest voor de cliënt.

Planning en uitvoering van activiteiten

Als de wensen van de cliënt op het gebied van sociale contacten duidelijk zijn, kun je gezamenlijk plannen gaan maken. Bespreek hiervoor samen met de cliënt de volgende punten:

- Welke mogelijkheden en ideeën hebben jullie samen bedacht?
- Kies er twee of drie uit (beslist niet meer!) en formuleer bijbehorende doelen. Doe dit SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden).
- Denk aan het formuleren van korte en lange termijndoelen.
- Maak een taakverdeling (wat doet de cliënt, wat doet de zorgverlener).
- Maak samen een planning.
- Maak periodieke afspraken om samen over de vorderingen te praten.

Bij de planning en uitvoering van activiteiten is het zaak om zoveel mogelijk aansluiting te zoeken bij wat al geboden wordt in de omgeving, bijvoorbeeld door maatschappelijke voorzieningen. Verder is het belangrijk om ouders, familieleden, vrienden en kennissen zoveel mogelijk te betrekken bij het verbeteren en vergroten van het sociale netwerk en deze groepen hierin te ondersteunen.

Evaluatie

Het is belangrijk om te weten of het traject en de acties die zijn ondernomen met een cliënt, ook effect hebben. Daarom is het goed om vooraf met de cliënt concrete doelen te formuleren. Gedurende het traject is het belangrijk om de doelen regelmatig (bij voorkeur iedere drie maanden) met de cliënt te evalueren en bij te stellen.

Bespreek daarbij samen met de cliënt de volgende vragen:

- Hebben de gekozen doelen en acties het gewenste effect?
- Wat heeft het opgeleverd?
- Hoe tevreden is de cliënt?

- Zijn er onvoorziene hindernissen opgetreden?
- Wat is het vervolg?
- Is de genomen actie voor herhaling vatbaar?
- Is een doel bereikt?
- Moeten er vervolgacties ondernomen worden om dit doel te blijven nastreven?

Instrumenten en interventies

In de onderstaande tabel staan instrumenten en interventies die door GGZ-teams gebruikt worden in outreachende zorg. Daarna volgt er bij elk instrument of iedere interventie een korte beschrijving.

| Doelstelling | Instrumenten en interventies |
|---|--|
| Herstelondersteuning en empowerment | <ul style="list-style-type: none"> • Strengths-model • Shared Decision Making |
| Behandeling | <ul style="list-style-type: none"> • Dubbele diagnose behandeling (IDDT) • Signaleringsplan en crisisinterventieplan |
| Begeleiding | <ul style="list-style-type: none"> • Motiverende gespreksvoering • Psycho-educatie / thuiscoaching |
| Maatschappelijke participatie | <ul style="list-style-type: none"> • IRB-methodiek • Individuele plaatsing en steun (IPS) |
| Sociaal netwerk en familiebetrokkenheid | <ul style="list-style-type: none"> • Netwerkcirkel • Triadekaart |
| Inventarisatie en evaluatie | <ul style="list-style-type: none"> • HONOS |

Herstelondersteuning en empowerment

Het Strengths Model

In het Strengths Model (Rapp & Goscha, 2006) staan de individuele krachten van cliënten centraal, die zijn ontleend aan wensen, competenties en vertrouwen. Om de krachten te ontwikkelen zijn ook bepaalde randvoorwaarden in de omgeving nodig, zoals sociale relaties en materiële hulpbronnen. Het Strengths Model gaat ervan uit dat (ook) mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening voortdurend kunnen leren, groeien en veranderen. mts de individuele en omgevingskrachten op de juiste wijze worden aan-

gewend. Binnen het Strengths Model wordt toegewerkt naar de uitvoering van een persoonlijk herstelgericht plan. Uitgangspunten van het Strengths Model zijn:

- De cliënt is leidend bij het hulpverleningsproces.
- De aandacht is gericht op individuele krachten en niet op de ziekte.
- De omgeving wordt gezien als een 'oase' van hulpbronnen.
- Interventies zijn gebaseerd op de keuzes van de cliënt.
- De relatie tussen hulpverlener en cliënt vormt de onmisbare basis voor wederzijdse samenwerking.
- Actieve outreach (de cliënt ontmoeten in zijn eigen leefwereld) is een belangrijk kenmerk van de werkwijze.
- Mensen die lijden aan een ernstige psychiatrische aandoening kunnen voortdurend leren, groeien en veranderen.
- Hulpverlening dient nauw aan te sluiten bij herstelprocessen.

Stappen in het Strengths Model zijn:

- 1 relatie opbouw;
- 2 uitvoeren van een strengths assessment, met als resultaat een prioriteitenlijst van wensen en doelen;
- 3 opstellen van een herstelgericht plan: een gemeenschappelijke agenda met activiteiten die gericht zijn op het realiseren van de persoonlijke doelen van de cliënt;
- 4 uitvoering van het plan;
- 5 evaluatie van het plan.

Shared Decision Making

Shared Decision Making (Deegan & Drake, 2006) is een met ICT ondersteunde methode waarbij de hulpverlener en cliënt samen informatie (o.a. over ziekte, behandelmogelijkheden, mogelijke bijwerkingen) en waarden delen en zo tot een weloverwogen beslissing komen over de behandeling. SDM is onder meer behulpzaam bij:

- situaties waarin cliënt en hulpverlener van mening verschillen over de in te zetten behandeling;
 - behandelingen waaraan zowel voor- als nadelen verbonden zijn;
 - behandelingen waarvoor nog onvoldoende empirisch bewijs voorhanden is.
- Bij Shared Decision Making vult de cliënt voorafgaand aan het gesprek met de hulpverlener een vragenlijst in op de computer. Indien nodig krijgt hij hierbij ondersteuning van een getrainde ervaringswerker. In de vragenlijst komen diverse punten aan de orde, zoals eigen kracht, (beperkingen in) functioneren en medicatiegebruik. Ook kan de cliënt aangeven wat hij als doel ziet

van het gesprek met de hulpverlener: meer informatie, medicatieverandering, zorgen bespreken, enzovoort. Bij vervolfbezoeken wordt de vragenlijst opnieuw ingevuld, zodat de cliënt en de hulpverlener de voortgang kunnen monitoren.

Behandeling

Behandeling en ondersteuning bij dubbele diagnose (IDDT)

Omdat veel cliënten te maken hebben met verslavingsproblematiek naast de psychiatrische aandoening, is het van belang dat teams dubbele-diagnose-behandeling (*Integrated Dual Disorder Treatment*) kunnen bieden. IDDT omvat de volgende elementen (Mueser, e.a., 2003):

1. voorlichting over voor- en nadelen van middelengebruik;
2. leren omgaan met verleiding;
3. terugval preventiestrategieën;
4. vaardigheidstraining 'nee zeggen tegen';
5. leren omgaan met risicosituaties;
6. overtuigingen van cliënt omtrent middelengebruik ter discussie stellen;
7. copingstrategieën en sociale vaardigheidstraining;
8. individuele therapie.

Signaleringsplan en crisisinterventieplan

Met een individueel crisisinterventieplan of signaleringsplan kan het hulpverlenersteam cliënten leren een dreigende terugval en/of psychische crisis te herkennen en te voorkomen. Tevens kunnen signaleringsplannen gebruikt worden ter preventie van spanningsvolle situaties en risicogedrag. Cliënten leren waarschuwingssignalen bij zichzelf te herkennen en daarmee verdere escalatie van gedrag te voorkomen. Afhankelijk van de samenstelling en kenmerken van de doelgroep die het team bedient, is het zinvol om aanvullende instrumenten te gebruiken (zoals risicotaxatie en terugvalpreventieplannen) die terugval in delictgedrag helpen voorkomen (Van Veldhuizen e.a., 2008).

Begeleiding

Motiverende gespreksvoering

De methode Motiverende gespreksvoering (Miller e.a., 2005, 2009) kun je gebruiken om gedragsverandering bij cliënten in gang te zetten, via het ontwikkelen van de motivatie. Oorspronkelijk is de methode ontwikkeld voor mensen met verslavingsproblemen, maar hij wordt ook steeds meer bij allerlei andere doelgroepen toegepast.

De aanpak van Motiverende gespreksvoering bestaat uit twee fasen:

1. De eerste fase draait om het ontwikkelen van de motivatie van de cliënt om te veranderen. Dit gebeurt via verschillende gesprekstechnieken. In deze fase is er vooral aandacht voor het verkennen van de ambivalentie van de cliënt (die aan de ene kant wel maar tegelijk ook níet wil veranderen) en het uitlokken van taal gericht op verandering bij de cliënt. Als de motivatie voldoende is ontwikkeld, gaat de hulpverlener over tot de tweede fase.
2. De tweede fase richt zich op het versterken van de betrokkenheid bij veranderingen en op het ontwikkelen van een plan om de verandering te realiseren. De cliënt wordt door het stellen van vragen gestimuleerd zijn of haar eigen wensen en plannen te bedenken.

In beide behandelfasen zijn de volgende principes leidend:

- toon begrip;
- wijs op discrepantie;
- vermijd discussies;
- ga mee met weerstand;
- bevorder zelfwerkzaamheid.

Bij motiverende gespreksvoering werkt een hulpverlener aan een relatie die is gebaseerd op samenwerking en eigen verantwoordelijkheid. Gedrag wordt niet veroordeeld, ook al is het zelfdestructief. Niet de doelen van de hulpverlener staan centraal, maar het krijgen van een balans tussen de wensen en gedrag van de cliënt.

Psycho-educatie

Psycho-educatie is bedoeld om cliënten en hun familieleden te informeren over zaken als:

- de aandoening;
- de behandeling;
- het omgaan met beperkingen;
- bijwerkingen van medicatie;
- sociale contacten;
- werk;
- opleiding.

In de voorlichting staat het persoonlijk perspectief centraal; het gaat erom dat betrokkenen begrijpen en doorvoelen hoe de aandoening ingrijpt in het leven van henzelf of hun familielid. Psycho-educatie kan individueel of in cursusvorm worden gegeven (bijvoorbeeld [Liebermanmodules](#)).

Thuiscoaching

Omdat Marokkaanse families onvoldoende bereikt werden met psycho-edu-

catie en begeleiding, hebben Ypsilon en de GGZ-instellingen Indigo en Altrecht de interventie *thuiscoaching* ontwikkeld.

Bij thuiscoaching bieden een GGZ-professional en een vrijwillige ervaringsdeskundige coach samen begeleiding en voorlichting, veelal bij de families thuis. De interventie blijkt effectief in het voorkomen of verminderen van overbelasting bij de mantelzorgende familieleden, onder meer doordat zij geholpen worden in het oplossen van praktische problemen, de ziekte beter gaan begrijpen en beter leren omgaan met hun zieke familielid. Ook vermindert het wantrouwen ten aanzien van hulpverlening en stellen familieleden zich assertiever op in contacten met hulpverleners (zie www.brandpunt.kro.nl, aflevering Uitzending KRO Brandpunt, 08-04-2012, reportage Schizofrenie bij Marokkaanse jongeren).

Maatschappelijke participatie

IRB-methodiek

De Individuele Rehabilitatie Benadering (zie Korevaar & Dröes, 2008) is een methodiek om mensen met ernstige psychische aandoeningen beter te helpen functioneren. Het doel is dat de cliënten met succes en tevredenheid – in de omgeving van hun keuze en met zo min mogelijk professionele hulp – kunnen wonen, werken, leren en sociale contacten onderhouden.

Uitgangspunt is dat ook mensen met ernstige psychische aandoeningen wensen en doelen hebben op verschillende levensgebieden – en dat ze die doelen en wensen kunnen verwezenlijken door gebruik te maken van hun sterke kanten, gerichte vaardigheidsontwikkeling en hulpbronnen vanuit de omgeving.

De kern van IRB is dat mensen met ernstige psychische aandoeningen via gesprekken en activiteiten worden ondersteund bij het verkennen, kiezen, verkrijgen en behouden van hun eigen doelen op terreinen als:

- wonen;
- werk;
- dagbesteding;
- vrije tijd;
- leren;
- sociale en familiecontacten;
- financiën.

De individuele gesprekken en activiteiten zijn uitgewerkt in [handleidingen voor de hulpverlener en werkboeken of werkbladen voor cliënten](#).

De IRB bestaat uit de volgende modules:

- het scheppen van een band;
- doelvaardigheid beoordelen, bespreken en ontwikkelen;
- het stellen van een rehabilitatiedoel;
- functionele diagnostiek (beoordeling vaardigheden cliënt);
- hulpbronnendiagnostiek;
- vaardigheidles en –stappenplantoepassing;
- hulpbronnen creëren, verkrijgen en gebruiken;
- planning.

Individuele plaatsing en steun

Veel cliënten hebben de wens om (weer) betaalde arbeid te verrichten en hebben daarbij gerichte ondersteuning nodig. Individuele Plaatsing en Steun (IPS) biedt hen deze ondersteuning. Snel zoeken naar betaald werk naar keuze van de cliënt, samenwerking tussen trajectbegeleiders en het GGZ-team en langdurige ondersteuning zijn de belangrijkste ingrediënten van IPS. Het traject bestaat uit voorlichting, scholing, supervisie en consultatie en wordt 'in company' aangeboden aan GGZ-instellingen.

IPS kent de volgende hoofdkenmerken:

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

Het IPS-traject kent drie fasen die elkaar cyclisch op kunnen volgen.

1. toeleiden (kennismaken en in kaart brengen interesses);
2. acquisitie en plaatsing;
3. coaching en begeleiding op de werkplek en, indien nodig, aanpassen van de werkplek.

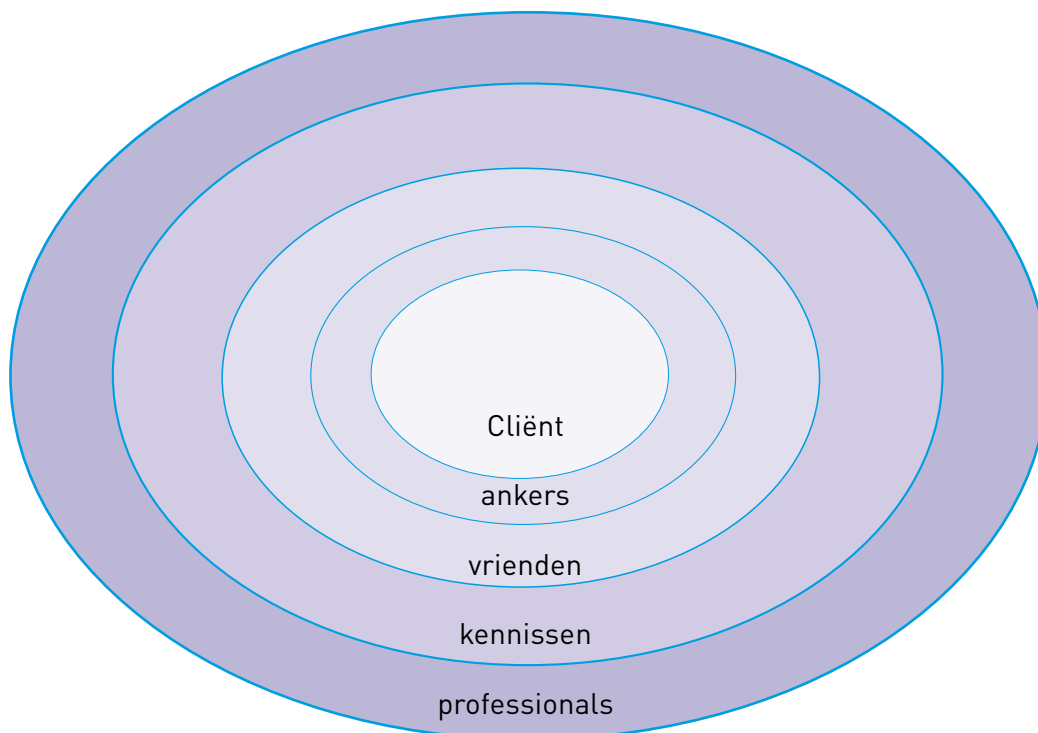
Sociaal netwerk en familiebetrokkenheid

Netwerkcirkel

Met de Netwerkcirkel (zie Neijmeijer & Hendriksen, 2007) wordt het sociaal netwerk van een persoon in kaart gebracht. Aan de hand daarvan volgt een gesprek over sociale contacten. Dit is het begin van een zoektocht met de cliënt naar wensen op het gebied van sociale contacten. In de cirkel komen de belangrijkste netwerkleden van de cliënt aan de orde.

Instructie bij de netwerkcirkel:

1. In het midden staat de persoon zelf. Van daaruit wordt gekeken naar de relaties.
2. In de binnenste ring staan de ankers: mensen die vastigheid geven in het leven. Die er altijd zijn, wat je ook doet (meestal familie, of de partner).
3. In de volgende ring staan de vrienden: mensen met wie de persoon veel deelt en iets gemeenschappelijks heeft. Het verschil met de ankers is, dat vrienden kunnen komen en gaan.
4. In de ring daarbuiten staan de kennissen: mensen met wie de persoon meestal niet meer dan één ding gemeenschappelijk heeft. Bijvoorbeeld burens of mensen bij dezelfde sportvereniging. Bij de meeste mensen is deze ring behoorlijk gevuld. Uit deze 'visvijver' komen vrienden voort. Het is dus nuttig om het aantal kennissen uit te breiden om zo de kans op vriendschap te vergroten.
5. In de buitenste ring staan de professionals, mensen die betaald worden om iets te doen. Zij kunnen zomaar weer verdwijnen, als ze bijvoorbeeld een andere baan krijgen.



Triadekaart

Naasten spelen een belangrijke rol bij de zorg voor mensen met een ernstige psychiatrische aandoening. Nog altijd zijn het vooral familieleden die de cliënt van hulp voorzien.

Een goede toerusting van naasten kan terugval bij de cliënt voorkomen en tot een betere prognose leiden. Daarnaast is de ondersteuning van familieleden belangrijk voor henzelf, omdat de zorg voor een zieke vaak een zware belasting vormt.

De Triadekaart geeft antwoord op vragen waar veel mensen mee worstelen:

- Hoe zorgen we ervoor dat de naaste een passende rol speelt in de zorg?
- Hoe voorkomen we dat de cliënt het gevoel heeft dat hij daarbij buitenspel wordt gezet?
- Hoe weet de hulpverlener wat hij van de naastbetrokkene kan vragen en wat niet?

Om afspraken te maken over de inbreng van naasten in de behandeling, moet eerst duidelijk worden wat ieders wensen zijn. De Triadekaart helpt dit in kaart te brengen via een uitgebreide lijst van taken. Cliënt, betrokkene en behandelaar kunnen ieder voor zich aankruisen over welke taken zij het graag willen hebben. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat iemand bereid is deze taak op zich te nemen, maar ook omdat de betreffende taak juist door niemand – of door de ‘verkeerde’ persoon – wordt gedaan. In het ‘triadegesprek’ nemen de betrokkenen deze punten door en maken ze afspraken over het vervolg en de ondersteuning. De kaart dient daarbij als handige agenda voor het gesprek.

Inventarisatie en evaluatie

HoNOS beoordelingslijst

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) is ontwikkeld om op een eenvoudige en betrouwbare manier de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten in kaart te brengen. De lijst bevat de volgende onderwerpen:

- probleemgedrag (o.a. alcohol- of druggebruik);
- cognitieve problemen;
- lichamelijke en psychische problemen;
- problemen met relaties;
- woonomstandigheden;
- activiteiten van het Dagelijks Leven (ADL);
- vrijetijdsbesteding.

Casuïstiek



Casus 1: Outreachende zorg

Voorgeschiedenis

Bert is een 32-jarige man die sinds enige tijd in een groepswoning van een RIBW woont, speciaal voor verslaafde mensen die lange tijd dak- of thuisloos zijn. Bert heeft in het verleden regelmatig op straat geleefd en is meerdere malen in een psychiatrische instelling opgenomen geweest vanwege psychoses. Hij wordt behandeld door het ACT-team samen met de woonbegeleiding van de RIBW. Bert is een bekende van de politie, omdat hij regelmatig steelt, bedelt en overlast geeft op straat.

Sinds Bert in de woonvoorziening woont, lijkt het goed te gaan met hem. Hij waardeert zijn eigen kamer, voelt zich minder opgejaagd en zijn middelengebruik is stabiel. Hij krijgt regelmatig medicatie en de methadonverstrekking doet hem goed. In de woonvoorziening is het toegestaan om te gebruiken. Daardoor staat Bert niet onder druk en is hij niet ingeperkt in zijn gebruik van middelen.

Maar na enige maanden gaat Bert toch weer de straat op. Hij valt terug in het gedrag van een zwerver. Hij bedelt weer en steelt regelmatig in winkels en op straat. De politie krijgt veel klachten over hem.

Zorgwekkende situatie

De hulpverleners van de RIBW proberen Bert samen met de ACT-hulpverleners te helpen, maar Bert houdt het contact met de hulpverleners af. Bert gaat zijn eigen gang en heeft geen andere daginvulling dan het zwerven, stelen en bedelen. Dit alles om uiteindelijk weer aan middelen te komen. Bert heeft meer geld nodig dan zijn uitkering hem – na aftrek van alle zorgkosten – biedt. Bovendien heeft hij uitstaande boetes. De hulpverleners staan onder druk, omdat in de wijk waar hij woont omwonenden veel klachten hebben.

In het geval van Bert is outreachende zorg nodig. Want ondanks het feit dat hij een eigen woning heeft en er woonbegeleiders komen, heeft hij geen hulpvraag en is hij oordeelsonbekwaam. Hij kan niet inschatten welke gevolgen zijn gedrag heeft voor zijn eigen gezondheid en die van anderen.

Als hij blijft zwerven zal hij zichzelf opnieuw verwaarlozen of in de gevangenis terechtkomen. De verantwoordelijkheid voor het contact ligt daarom bij de hulpverlening; enerzijds bij de behandelaar van het ACT-team, anderzijds bij de woonbegeleiding van de RIBW. De hulp wordt rondom de cliënt georganiseerd, passend bij zijn leefwereld.

Behandelplan

In deze casus heeft Bert wel enig vertrouwen in de hulpverlening, maar wil hij verder niets met de hulpverleners te maken hebben. Hij is tevreden over zijn woonplek en met zijn uitkering. De eerste drie fasen van outreachend werken zijn daarmee doorlopen.

In de vierde fase worden alle problemen van Bert (nogmaals) geïnventariseerd.

Voor Bert is het van belang dat zijn zwerfgedrag stopt of in ieder geval sterk vermindert.

Het ACT-team heeft samen met de woonbegeleiding een overleg met Bert. Daarin praten ze over het zwerfgedrag, het bedelen en stelen. Als ze vragen waarom Bert weer is gaan zwerven, blijkt dat Bert zich overdag in zijn nieuwe woning verveelt. Bovendien is hij ontevreden over het geld dat hij overhoudt van zijn uitkering.

In het ACT-team zit een trajectbegeleidster. Zij stelt voor om samen met Bert uit te zoeken wat een passende dagbesteding of werk zou kunnen zijn. De woonbegeleider waarschuwt Bert voor de olopende boetes, want die zullen hem weer in detentie doen belanden. De ACT-behandelaar en de trajectbegeleidster weten Bert te 'verleiden' om te starten met de trajectbegeleiding op zoek naar werk. Bert geeft schoorvoetend toe.

In de vijfde fase zet het ACT-team het behandelplan verder uit. De trajectbegeleidster zoekt contact met een werkgever die vaker los werk heeft voor verslaafden. Ook wordt Bert gevraagd om bij presentaties van het ACT-team iets te vertellen over zijn eigen ervaringen. Hier staat een financiële vergoeding tegenover. Tegelijkertijd hebben de woonbegeleider en de ACT-behandelaar een gesprek met de wijkagent om boetes te voorkomen en klachten direct aan te pakken. Ook besteedt de woonbegeleider aandacht aan de klachten in de buurt. Deze samenwerking is van belang om in de omgeving een netwerk op te bouwen, dat Bert behoedt voor meer overlast en meer begrip creëert voor zijn onaangepaste gedrag.

In de zesde fase evalueren de hulpverleners met Bert hoe de werkrelatie is

en of de plannen zijn uitgevoerd. Na een jaar is het gelukt om een goede relatie met Bert op te bouwen. Dank zij het intensieve contact en de assertieve aanpak van het ACT-team en de woonbegeleiding van de RIBW heeft Bert een andere wending aan zijn leven kunnen geven. Hij werkt regelmatig als stratenmaker en wordt betaald voor de uren die hij werkt. Daarnaast heeft hij met een paar mensen een club opgericht die ingehuurd kan worden voor klusjes. Hij heeft niet meer gebedeld of gestolen en er is een regeling getroffen voor zijn uitstaande boetes.

De werkrelatie met Bert zal niet worden beëindigd. De outreachende zorg zal nodig blijven, vanwege de fragiele aard van zelfredzaamheid die is bereikt.



Casus 2: Bemoeizorg

Voorgeschiedenis

Marian valt op in de maatschappelijke opvang, omdat zij midden in de zomer te warm gekleed aan tafel zit. Ook draagt ze een hoofddoekje. De begeleiding in de opvang ziet Marian stil in een hoekje zitten; ze wil duidelijk geen contact met andere bezoekers. Ze snauwt naar andere mensen, en tegen de begeleiding uit ze zich negatief over alles en iedereen. De begeleiding weet niet goed hoe ze Marian moeten benaderen.

Zorgwekkende situatie

De maatschappelijke opvang heeft contact met een bemoeizorgteam. Regelmatig komen hulpverleners van dit team in de opvang om te praten met cliënten die ze al kennen, of met onbekende mensen over wie de begeleiders van de opvang zich over maken. Het bemoeizorgteam bestaat uit vijf hulpverleners die gedetacheerd zijn vanuit de RIBW, GGZ, verslavingszorg en het maatschappelijk werk. Een verpleegkundige van de GGD coördineert het team. Ook is een psychiater voor een aantal uren verbonden aan het team. De hulpverlener van het bemoeizorgteam heeft Marian al een paar keer gezien. Ze zit alleen aan een tafel en als mensen naast haar komen zitten draait ze zich demonstratief om. Dit maakt haar niet populair bij andere mensen. Het lijkt erop dat Marian alles in het werk stelt om mensen van zich af te stoten. Toch besteedt de begeleiding subtiel aandacht aan haar. Er wordt begrip getoond en ze wordt steeds betrokken bij beslissingen of activiteiten.

Contact

In de eerste fase van contact sluit de hulpverlener van het bemoeizorgteam aan bij de dagelijkse gang van zaken in de maatschappelijke opvang. Tijdens het koffie drinken vraagt ze aan Marian of de plek naast haar nog vrij is. Marian mompelt wat en knikt. Ze vraagt of Marian koffie wil en stelt zich voor. Een volgende keer vraagt de hulpverlener of Marian het koud heeft en complimenteert haar over haar warme laarzen. De hulpverlener besteedt veel tijd en aandacht om in contact te komen met Marian, zonder problemen aan te snijden. Het gaat immers om het opbouwen van een betekenisvol contact.

Als er vertrouwen is opgebouwd, vertelt Marian dat ze kanker heeft en bestraald wordt, vandaar het hoofdoekje. In de keren erop komt de hulpverlener te weten dat Marian twee dochters heeft, met wie ze geen contact meer heeft. Ze gaat steeds alleen naar het ziekenhuis en heeft niemand om dit alles mee te delen. Alle dagelijkse dingen zijn zwaar door de kwaal en de behandeling. Van een taxivergoeding heeft ze nog nooit gehoord. De hulpverlener biedt aan om dit voor haar te regelen. Marian vindt het een beetje eng en gelooft niet dat het zal lukken. Maar als dit wel het geval is, durft Marian meer te vertellen over haar leven en de problemen waarin ze is terechtgekomen.

In de zorg is fase vier aangebroken. De hulpverlener maakt een inschatting van de problemen en welke prioriteit ze hebben om opgelost te worden.

Probleeminventarisatie van Marian

Onderdeel van de: POL (Problemen op levensgebieden)

| | Geen probleem | Licht probleem | Matig probleem | Ernstig probleem | Zeer ernstig probleem |
|-------------------------------------|---------------|----------------|----------------|------------------|-----------------------|
| Scores | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Contactleggen en contact houden | | | | X | |
| Lichamelijke gezondheid | | | | | X |
| Wonen | | | | | X |
| Persoonlijke hygiëne | | | | | X |
| Financiële situatie (administratie) | X | | | | |
| Woonsituatie | | | | | X |

Auteur: R. Henskens, Trimbos instituut, 2007

Aanvankelijk is bij Marian vooral *contact leggen* en *contact houden* een probleem. Maar na verloop van tijd is het contact gelegd en blijken er zeer ernstige problemen te liggen op het gebied van lichamelijke gezondheid, wonen en financiën. Marian is blij met de vergoeding van de taxi naar het ziekenhuis.

Na maanden laat Marian weten dat ze niet meer terug hoeft te komen in het ziekenhuis. De chemotherapie is afgesloten en de behandeling is geslaagd. De hulpverlener viert dit goede nieuws met koffie en gebak. Marian laat tijdens het gesprek opnieuw vallen dat zij weinig contact heeft met haar dochters en dat ze dat erg verdrietig vindt. Bovendien heeft ze geen geld om hen te bezoeken. Ze vertelt dat ze nauwelijks geld heeft en geen woning heeft. De hulpverlener biedt Marian aan om naar haar financiële situatie te kijken om te zien of er een woning voor haar te vinden is.

Warme overdracht

Langzamerhand groeit er een werkrelatie met Marian. Ze staat de hulpverlener toe haar te helpen bij haar woonproblemen en financiële situatie. Marian wil het contact met haar dochters herstellen en dichterbij hen gaan wonen. De hulpverlener helpt Marian met haar uitkering en administratie. Door contact te leggen met het maatschappelijk werk in de nieuwe woonplaats zorgt ze ervoor dat de hulp voor Marian wordt voortgezet en een mogelijkheid ontstaat om dichterbij haar dochters te gaan wonen. Een 'warme overdracht' is belangrijk om ervoor te zorgen dat Marian niet tussen wal en schip belandt. Dit houdt in dat de hulpverlener de drempel verlaagt om naar een nieuwe hulpverlener te gaan. Ze doet dat door een keer samen naar de intake te gaan en ook een paar maanden contact te houden met Marian en te vragen hoe het gaat. Daarna kan de hulpverlener het dossier sluiten.

Lesmateriaal

Lesmateriaal voor docenten bij de kennisbundel Ambulantisering: outreachende zorg en bemoeizorg in de (o)ggz en verslavingszorg.

Docenten die lessen willen verzorgen over het thema Ambulantisering kunnen gebruikmaken van een powerpointpresentatie en opdrachten behorende bij de Kennisbundel Ambulantisering: outreachende zorg en bemoeizorg in de (O)ggz en de verslavingszorg. In de docentenhandleiding wordt een toelichting gegeven op de powerpointpresentatie en de opdrachten. Ook wordt verwezen naar filmmateriaal en/of relevante documentaires. De powerpointpresentatie met bijbehorende docentenhandleiding is te vinden op www.ggzkennisplein.nl

Het lesmateriaal is ontwikkeld door het Trimbos-instituut in nauwe samenwerking met vier ROC's (zorg en welzijn/gezondheid) en samenwerkende ggz-instellingen, te weten: Noorderpoort-college in Assen i.s.m. Lentis en GGZ Drenthe (Groningen en Drenthe); Albeda College i.s.m. Antes, Parnasiagroep, Erasmus MC, Yulius en GGZ Delfland (Rotterdam e.o.); ROC Midden Nederland i.s.m. Kwintes, Leger des Heils, SBWU (Utrecht); GGZ Mondriaan i.s.m. Arcus college en ROC Leeuwenborg (Heerlen/Maastricht).



Vindplaats

In deze vindplaats vindt u:

[Actuele kennis](#)

[Richtlijnen](#)

[Relevante websites](#)

[Gebruikte literatuur](#)

Actuele kennis

Ambulantisering

Rooijen, S. van, M. van der Gaag, H. Kroon, R. van Veldhuizen (2003). *We komen er aan! Zorg-aan-huis voor mensen met ernstige psychische problemen*. Amsterdam: SWP.

In dit boek wordt aandacht besteed aan de verschillende varianten van zorg-aan-huis. Daarnaast zijn er thematische hoofdstukken over de samenwerking met andere maatschappelijke voorzieningen, professionalisering, methodisch werken en kwaliteit van leven. Ook worden de toekomstige ontwikkelingen belicht. Het boek bevat opiniërende hoofdstukken die uitnodigen tot discussie. Tevens schrijven twee ex-cliënten over hun ervaringen met zorg-aan-huis.

Hoof, F. van, A. Knispel, N. van Erp, K. Overweg, C. Place, M. van Vugt (2012). *Ambulantisering. Trendrapportage GGZ 2012*. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering.

De GGZ staat de komende jaren voor een uitdaging van formaat: partijen hebben afgesproken om een derde van de intramurale plaatsen af te bouwen en om te zetten in ambulante zorg. In dit rapport worden de voor deze doelstelling relevante ontwikkelingen in praktijk en beleid beschreven.

Bemoeizorg

Lindt, S.M. van de (2000). *Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische zorg*. Assen: Van Gorcum

Dit boek geeft een goed overzicht van bemoeizorg in Nederland. Theorie en praktijk van de bemoeizorg worden beschreven op basis van het werk van verschillende bemoeizorgteams.

Lindt, S. M. van de (2009). *Een verhaal apart, dilemma's en oplossingen in de bemoeizorg*. Amsterdam: SWP.

Dit boek laat ruim twintig hulpverleners aan het woord over situaties van cliënten en de wijze waarop zij handelden.

Tielens, J. & Verster, M. (2010). *Bemoeizorg*. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Amsterdam: De Tijdstroom

Dit boek is een prettig leesbare handleiding over bemoeizorg.

Handreiking gegevensuitwisseling bemoeizorg

Deze brochure is in 2007 opgesteld door GGZ Nederland, GGD Nederland en de KNMG ter ondersteuning van bemoeizorg. De brochure informeert over de manier waarop gegevens in de bemoeizorg mogen en moeten worden uitgewisseld in het kader van de privacywetgeving.

Handreiking bemoeizorg Resultaten Scoren

In het kader van het project 'Resultaten Scoren' is er veel aandacht besteed aan bemoeizorg in de verslavingszorg. In een publicatie wordt beschreven hoe bemoeizorg voor verslaafden uitgevoerd wordt. In een literatuur- en praktijkonderzoek wordt aandacht besteed aan de organisatie, het bemoeizorgteam, de professional en de te behalen resultaten. Zie www.resultaten-scoren.nl. Zoek onder 'factsheets'.

(F)ACT en Dubbele diagnose

Veldhuizen, R. van, M. Bähler, D. Polhuis, J. van Os (2008). *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dit handboek bundelt alle actuele informatie over FACT: de achtergronden, de opzet en werkwijze van de teams en de manier waarop de verschillende disciplines de interventies aanbieden aan de cliënt en zijn omgeving.

Mulder, N. & Kroon, H. red. (2010) *Assertive Community Treatment*. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: SWP

In dit handboek staan de nieuwste ontwikkelingen beschreven op het gebied van ACT en FACT. Vele auteurs behandelen verschillende aspecten van deze multidisciplinaire teambenadering in Nederland.

Dom, G., A. Dijkhuizen, B. van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. van Rooijen, R. Schoevers, A. van Wamel red. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dit handboek bepleit een geïntegreerde behandeling voor dubbele-diagnosecliënten waarbij sprake is van complexe, meervoudige aandoeningen op het vlak van verslaving en psychiatrie. Het boek is een veelomvattende bundeling van hoofdstukken, waarin voor uiteenlopende stoornissen de aangegeven behandeling en hulpverlening worden besproken. Het biedt professionals in de GGZ een breed overzicht en praktische leerpunten. Het boek is ook goed bruikbaar voor onderwijsdoeleinden.

Relevante websites

- [CCAF](#)
Stichting Centrum Certificering ACT en FACT is een stichting gericht op de kwaliteit van ACT en FACT-teams. Steeds meer ACT- en FACT-teams laten zich door het CCAF certificeren. Eind 2012 zullen dat er meer dan honderd zijn.
- [F-ACT Nederland](#)
F-ACT Nederland zet zich in voor het bevorderen en doorontwikkelen van ACT en FACT. Dit doen ze door mensen samen te brengen en kennis ter beschikking te stellen. Ook biedt zij faciliteiten bij het geven van trainingen, bij het verrichten van onderzoek en certificeringen.
- [Kenniscentrum Phrenos](#)
Kenniscentrum op het terrein van behandeling, rehabilitatie en herstel bij ernstige psychische aandoeningen.
- [Ledd](#)
Verslaving en psychiatrische problematiek zijn vaak nauw met elkaar verweven. In de behandeling is het daarom belangrijk oog te hebben voor beide terreinen en hun onderlinge samenhang. Geïntegreerde behandeling betekent dat een multidisciplinair team van een en dezelfde organisatie interveniëert bij zowel de psychische stoornis als de verslaving. Het landelijk expertisecentrum dubbele diagnose (Ledd) geeft informatie en training op dit gebied.

- [Trimbos-instituut](#)
Landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg. Ga naar: www.trimbos/verbeterdezorg en kijk bij Bemoeizorg.

Scholing

Bemoeizorg, Liberman-modules en Strengths-model

RINO Groep Utrecht (www.rinogroep.nl) is een landelijk opererend bij- en nascholingsinstituut dat zich bezighoudt met het verzorgen van trainingen en consultatie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. De RINO Groep verzorgt al jaren de opleidingen Bemoeizorg, Liberman-modules en het Strengths-model.

Herstelondersteunende zorg

HEE! biedt verschillende soorten scholing aan op het gebied van herstelondersteunende zorg. Zie www.hee-team.nl

IDDT

Het Landelijk expertise centrum dubbele diagnose (www.ledd.nl) organiseert werkplaatsen, congressen en scholingsactiviteiten op het gebied van dubbele diagnose.

IRB

Stichting Rehabilitatie '92 (www.rehabilitatie92.nl) is een landelijk opererend bij- en nascholingsinstituut dat zich bezighoudt met het verzorgen van trainingen en consultatie op het gebied van rehabilitatie. Middels het aanbieden van een uitgebreid scholingsprogramma, voornamelijk gericht op hulpverleners, tracht Rehabilitatie '92 de IRB te introduceren en te implementeren in de Nederlandse GGZ-instellingen

IPS

Het Kenniscentrum Phrenos www.kenniscentrumphrenos.nl biedt scholing en ondersteuning op het terrein van de implementatie van de evidence-based methodiek Individuele Plaatsing en Steun (IPS).

Andere bronnen

Deegan, P.E. & Drake, R.E. (2006). *Shared Decision Making and medication management in the recovery process*. *Psychiatric Services*, 57, 1636-1639.

Doedens, P., Meulders, W.A.J., Knibbe, R.A. (2004) *Literatuur- en praktijkonderzoek naar bemoeizorg in de verslavingszorg*. Resultaten Scoren. Maastricht: Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid.

Dom, G., A. Dijkhuizen, B. van der Hoorn, H. Kroon, C. Muusse, S. van Rooijen, R. Schoevers, A. van Wamel red. (2013). *Handboek dubbele diagnose*. Utrecht: De Tijdstroom.

Doorn, L. van, Y. van Etten, M. Gademan (2008). *Outreaching werken, Handboek voor werkers in de eerste lijn*. Bussum: Coutinho.

GGZ Nederland, GGD Nederland & KNMG (2007) *Handreiking gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

Henskens R (2007). *Handleiding Problemen op Levensgebieden toestandlijst*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Hoof, F. van e.a. (2012). *Tendrapportage GGZ 2012*. Deel 1: Organisatie, structuur en financiering. Ambulantisering. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kal, D., R. Post, G. Scholtens (2012). *Meedoen gaat niet vanzelf. Kwartiermaken in theorie en praktijk*. Uitgeverij Tobi Vroegh.

Korevaar, L. & Dröes, J. (red.) (2008). *Handboek Rehabilitatie voor zorg en welzijn*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Lans, J. van der, N. Medema & M. Räkera (2006). *Bemoeien werkt*. Amsterdam: Van Genneep / De Balie.

Lindt, S.M. van de (2000). *Bemoei je ermee. Leidraad voor assertieve psychiatrische zorg*. Assen: Van Gorcum.

Lindt, S.M. van de (2002). *Een kwestie van samenwerking*. Assen: Van Gorcum.

Lindt, S.M. van de (2006) RIBW-bemoeizorg in beeld. Utrecht: Trimbos-instituut.

Lindt, S. M. van de (2009). Een verhaal apart, dilemma's en oplossingen in de bemoeizorg. Amsterdam: SWP.

Miller, W.R & S. Rollnick (2005). Motiverende gespreksvoering. Een methode om mensen voor te bereiden op verandering. Uitgeverij Ekklesia.

Miller, W.R, Rollnick, S. & C.C. Butler (2009). Motiverende gespreksvoering in de gezondheidszorg. Werken aan gedragsverandering als je maar 7 minuten hebt. Uitgeverij Ekklesia.

Mueser, K.T., Norrdsy, D.L., Drake, R.E. et al (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice. New York: Guilford Publications.

Mulder, N. & Kroon, H. red. (2010) Assertive Community Treatment. Bemoeizorg voor patiënten met complexe problemen. Amsterdam: SWP.

Neijmeijer, L., & Hendriksen, A. (2009). Handreiking herstelondersteunende zorg en sociale participatie. Utrecht: Trimbos-instituut/Vilans.

Tielens, J. & Verster, M. (2010). Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg. Amsterdam: De Tijdstroom.

Rapp, C. en Goscha, RJ (2005). The Strengths Model: Case Management with people with psychiatric disabilities. Oxford University Press.

Rooijen, S. van, M. van der Gaag, H. Kroon, R. van Veldhuizen (2003). We komen er aan! Zorg-aan-huis voor mensen met ernstige psychische problemen. Amsterdam: SWP.

Veldhuizen, R. van, M. Bähler, D. Polhuis, J. van Os (2008). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom.

Vilans

Vilans is het landelijke kenniscentrum voor langdurende zorg. Samen met zorgprofessionals ontwikkelen we vernieuwende en praktijkgerichte kennis voor iedereen die werkt in de zorg, daarvoor in opleiding is of beroepsmatig met de zorg te maken heeft. We zorgen ervoor dat de kennis in de praktijk gebruikt gaat worden. Met praktische middelen en met advies en begeleiding. Zo houden we met elkaar de langdurende zorg efficiënt, betaalbaar en van goede kwaliteit. We verbeteren daarmee de kwaliteit van leven van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben.

Meer informatie over de thema's van de kennisbundels staat op www.zorgvoorbeter.nl en www.kennispleingehandicaptensector.nl. Neem voor informatie over de kennisbundels of over samenwerking tussen onderwijs en zorg contact op met Vilans via (030) 789 23 00, info@vilans.nl of kijk op www.vilans.nl

Trimbos-instituut

Het Trimbos-instituut is een kennisinstituut. Het doet onderzoek naar geestelijke gezondheid, mentale veerkracht en verslaving. Het zet zich met kennis en innovatie actief in voor het verbeteren van de geestelijke gezondheid in Nederland en daarbuiten. Onze verworven kennis passen we toe in de praktijk van professionals in de GGZ en de verslavingszorg. Het Trimbos-instituut loopt voorop in de digitalisering van kennisontwikkeling, kennis-overdracht en de uitbreiding van hulpverlening via internet.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen als vragen over methodieken, instrumenten en middelen.

Neem voor meer informatie contact op met het Trimbos-instituut, e-mail: info@trimbos.nl, telefoon (030) 297 11 00 of kijk op www.trimbos.nl.

V&VN

V&VN staat voor Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. De beroepsvereniging van en voor verpleegkundigen en verzorgenden. Met elkaar zorgen we ervoor dat we ons beroep goed kunnen uitoefenen. Zo werken we aan excellente zorgverlening en plezier in ons werk. Dat doen we bijvoorbeeld door kennis en ervaringen over werken met het zorgleefplan te delen op www.zorgleefplanwijzer.nl.

Wij staan open voor zowel inhoudelijke vragen over het zorgleefplan als voor vragen over methodieken en instrumenten.

Neem voor meer informatie contact op met [V&VN](http://www.v&vn.nl), (030) 291 90 50 of info@zorgleefplanwijzer.nl

Calibris

Naast de erkenning van leerbedrijven is Calibris verantwoordelijk voor vaststelling van kwalificaties in zorg, welzijn en sport. In het verlengde daarvan richten we ons op verbetering van de kwaliteit van de beroepspraktijkvorming. Ons toekomstbeeld? Dat werkgevers op het juiste moment beschikken over voldoende personeel met de juiste competenties.

Calibris werkt aan duurzame oplossingen voor complexe vraagstukken met als doel een competente beroepsbevolking en een evenwichtige arbeidsmarkt.

Calibris biedt begeleiding van (regionale) samenwerking tussen onderwijs en zorg.

Kijk voor meer informatie op www.calibris.nl of neem contact op via (030) 750 78 88 of frontdesk@calibris.nl

Colofon

Ontwikkeling: Vilans, Trimbos-instituut, V&VN, Calibris

Tekst: Simone van de Lindt, Nicole van Erp, Anneke van Wamel en Sonja van Rooijen, Trimbos-instituut

Alle kennisbundels zijn getoetst op cliëntgerichtheid (Anne Marie Vaalburg V&VN), diversiteit (Marije Vermaas Vilans) en informele zorg (Dorothea Touwen LUMC).

Eindredactie: Leene Communicatie

Grafische vormgeving: Taluut Utrecht

De teksten en afbeeldingen in de kennisbundel zijn voor onderwijsdoelen vrij te gebruiken met bronvermelding. Voor commerciële doeleinden dient men contact op te nemen met Vilans, via info@vilans.nl of (030) 789 23 00.

De kennisbundels kunnen gratis worden gedownload via www.zorgvoorbeter.nl, www.ggzkennisplein.nl, www.kennispleingehandicaptensector.nl, www.vilans.nl, www.trimbos.nl, www.venvn.nl en www.calibris.nl.