



Leven zonder alcohol en drugs

# Ge-zonder leven!!

Programmahandleiding

 **trajectum**

Meer informatie via [kenniscentrum@trajectum.info](mailto:kenniscentrum@trajectum.info)

Trajectum/ Kenniscentrum  
Postbus 40012  
8004 DA Zwolle  
[www.Trajectum.nl](http://www.Trajectum.nl)

© Copyright Trajectum 2019

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een automatisch gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook, zonder de uitdrukkelijke voorafgaande en schriftelijke toestemming van de auteur en Stichting Trajectum

# INHOUDSOPGAVE

	<b>Pagina</b>
Inhoudsopgave .....	3
Voorwoord.....	5
Inleiding.....	7
1. Beschrijving van de doelgroep .....	8
1.1. Verstandelijke beperking en leerstijl .....	8
1.2. Verslavingsproblematiek bij LVB.....	8
1.3. Risicofactoren .....	11
2. Verslaving .....	11
2.1. Definitie .....	12
2.2. Definitie middelen .....	13
2.3. Visie op verslaving.....	14
2.4. Craving, terugval en automatische processen .....	15
3. Beschrijving van het behandelprogramma GzL.....	18
3.1. Doelgroep .....	18
3.2. Programmadoelen .....	18
3.3. Aan te pakken factoren .....	20
3.4. Opzet, aanpak en inhoud van GzL .....	20
3.4.1. Inleiding.....	21
3.4.2. Inhoud van de CGT en vaktherapeutische modules .....	23
3.5. GzL als onderdeel van klinisch behandelen .....	25
3.5.1. Fasering .....	26
3.5.2. Het sociotherapeutisch milieu.....	26
3.5.3. De begeleidingsstijl.....	27
3.5.4. Motiverende gespreksvoering.....	28
3.6. Onderbouwing.....	29
3.6.1. Het Transtheoretisch model .....	29
3.6.2. Motiverende gespreksvoering.....	30
3.6.3. CGT .....	30
3.6.4. Vaktherapieën .....	30
3.6.5. Werkzame bestanddelen.....	31

3.7.	Uitvoering .....	33
3.7.1.	Randvoorwaarden.....	34
3.7.2.	Werkwijze.....	34
3.7.2.1.	Aanmelding/ intake.....	34
3.7.2.2.	Exclusie criteria/ samenstelling van de groep .....	34
3.7.2.3.	Structuur van de sessies.....	35
3.7.2.4.	Afsluiting van de modules .....	36
4.	Onderzoek .....	37
4.1.	Procesevaluatie.....	37
4.2.	Effectevaluatie .....	38
Bijlagen .....		41
Literatuur .....		95

## **VOORWOORD**

Tot 2002 werd in de behandeling binnen Trajectum Noord (voorheen Hoeve Boschoord) niet expliciet aandacht besteed aan verslaving, vanuit de aanname dat de opname en het werken aan het herstel van 'het gewone leven' het verslavingsprobleem zouden oplossen. Helaas vielen veel cliënten na behandeling terug in gebruik. Misbruik van middelen komt vaak voor bij opgenomen cliënten en is ook op de een of andere manier gerelateerd aan delict of probleemgedrag.

Dit vormde de aanleiding voor het ontwikkelen van een behandelprogramma, speciaal voor cliënten met ernstige verslavingsproblematiek: Ge-zonder leven!! (GzL). Het behandelprogramma is tot stand gekomen op basis van inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek en praktijkervaringen vanuit Trajectum met het behandelen van verslaafde cliënten.

Aan de ontwikkeling van het behandelprogramma hebben veel mensen bijgedragen. Klaus Drieschner, Robert Didden en Monique Delforterie van het Kenniscentrum van Trajectum hebben bijgedragen aan de wetenschappelijke verantwoording en het uitvoeren van proces- en effectonderzoek.

Morwenna Nieuwold is co- auteur en medeontwikkelaar van de motivatietraining en "Mijn gebruik". De vaktherapeuten Pieter Schut en Harold Jan Verhagen ontwikkelden de vaktherapeutische modules.

Dank ook aan de voormalige en huidige trainers: Fokko Hospers, Corina van den Bosch, Klaartje Verhagen, Sylvia Michels, Remco Zwartjens, Marlies Ezendam. Veel dank zijn we verschuldigd aan alle cliënten, die door hun enthousiasme en feedback mede vorm hebben gegeven aan GzL.

Dank aan Swanhilde de Jong (producties) voor het regisseren van de instructiefilm bij de vaardigheidstraining. Dank aan Huib Jans tenslotte, die werkboeken en handboeken compleet maakte met zijn illustraties.

Ondergetekende heeft als auteur en medeauteur meegewerkt aan het totale programma en heeft vanuit haar functie als programmaleider binnen Trajectum het ontwikkelingstraject voor GzL gesuperviseerd en bijgedragen aan de organisatie en inhoudelijke ontwikkeling van dit behandelprogramma.

Maria Trentelman

Programmaleider Trajectum



## **Inleiding**

Trajectum biedt behandeling en begeleiding aan mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen, risicovol gedrag. Een groot aantal van hen heeft een forensische achtergrond.

Voor cliënten die mede als gevolg van een (zeer) ernstige stoornis in het gebruik van een of meerdere middelen zodanig ontregeld raakten dat opname noodzakelijk was, ontwikkelde Trajectum het behandelprogramma: "Ge- zonder leven!!" (GzL).

GzL is ontwikkeld voor klinische behandelafdelingen, duurt ongeveer twee jaar en is opgebouwd uit meerdere modules, die aansluiten op het leefklimaat. Het leefklimaat als leef- en leeromgeving wordt nadrukkelijk benut als een oefensituatie voor de cliënt, en is wat betreft inrichting en begeleidingstijl aangepast op de LVB en verslavingsproblematiek. Het programma bevat drie elkaar opvolgende groepsgerichte modules, aangevuld met modulair vormgegeven vaktherapieën, die bijdragen aan ervaring en verdieping van het geheel.

De modules en vaktherapieën zijn gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes, principes uit motiverende gespreksvaardigheden, dramatherapie en psychomotorische therapie en zijn aangepast aan de kenmerken en leerstijlen van de doelgroep. Met het doorlopen van de modules en vaktherapieën wordt bewerkstelligd dat cliënten besef krijgen van de noodzaak van verandering en gemotiveerd raken voor de behandeling van hun verslaving. Het behandelprogramma richt zich op het versterken van copingvaardigheden, sociale vaardigheden, zelfzorg en op het onderhouden van stabiliserende relaties.

### **Leeswijzer:**

In deze handleiding vindt men in Hoofdstuk 3 de onderbouwing en beschrijving van het behandelprogramma GzL en de werkwijze. In Hoofdstuk 1 is meer achtergrond informatie te vinden over de doelgroep. Hoofdstuk 2 gaat dieper in op het onderwerp verslaving. Hoofdstuk 4 gaat in op het onderzoek dat is opgezet rondom het behandelprogramma GzL. In de bijlagen is ondersteunend materiaal opgenomen, o.a. formats, formulieren en aanvullende informatie.

## **1. Beschrijving van de doelgroep**

### **1.1 Verstandelijke beperking en leerstijl**

Men spreekt van een licht verstandelijke beperking wanneer er beperkingen zijn in zowel het verstandelijk als adaptief functioneren zoals dat tot uitdrukking komt op praktisch, conceptueel en sociaal gebied. De symptomen komen tot uiting tijdens de ontwikkelingsperiode. Ofschoon in de DSM-5 de nadruk op IQ-scores is teruggebracht, worden deze in de praktijk nog steeds gebruikt om tot een classificatie te komen. Zo spreekt men van een LVB als het totale IQ ligt tussen 50 en 70.

Het niveau van intelligentie is relevant, maar niet het enige dat van belang is bij de vraag of iemand een verstandelijke beperking heeft. In de Nederlandse praktijk kunnen ook mensen die op zwakbegaafd niveau (IQ 70-85) functioneren, gerekend worden tot de doelgroep LVB, mits er problemen zijn ten aanzien van het adaptief en psychosociaal functioneren.

Cliënten met zwakbegaafdheid profiteren doorgaans meer van behandelingen en begeleiding die geschikt zijn voor mensen met een lichte verstandelijke beperking dan van behandelingen en begeleiding gericht op mensen met een gemiddelde intelligentie.

De doelgroep is zowel wat betreft uitingsvormen van gedragsproblemen als persoonsgebonden kenmerken en ontwikkelingsniveau en leerstijlen heterogeen samengesteld. De meest voorkomende kenmerken zijn:

- Het leren en denken is situatiegebonden (hier en nu) en concreet;
- Het denken is weinig gedifferentieerd (onderscheid hoofd- en bijzaken) en gestructureerd (informatieverwerking);
- Minder goed geheugen (vooral het werkgeheugen), aandachtsproblemen, etc.;
- Trager informatieverwerking;
- Generalisatieproblemen (geleerde toepassen in andere situaties);
- Achterstand in sociaal-emotionele ontwikkeling: moeite met uitstellen beloning, egocentrisme;
- Beperkte zelfredzaamheid en probleemoplossend vermogen, moeite met affectregulatie, impulsief;
- Snel beïnvloedbaar.

(*Vaardig en Veilig* (Ten Wolde et al., 2006).

### **1.2 Verslavingsproblematiek bij LVB**

Problematisch gebruik van middelen als alcohol en (soft en hard) drugs komt relatief veel voor bij mensen met een LVB. De schattingen van prevalenties van problematisch



middelengebruik bij mensen met een LVB lopen sterk uiteen, afhankelijk van de samenstelling van de steekproef en de setting van het onderzoek. Prevalentiecijfers zijn doorgaans hoog onder cliënten met bijkomende psychosociale en forensische problematiek (triple problematiek; zie Lindsay et al., 2013). Zo vonden Tenneij en Koot (2007) dat bijna de helft van de cliënten die waren opgenomen in een behandelkliniek van De Borg (SGLVG) problematisch gebruik van tenminste één middel liet zien. Binnen Trajectum bleek dat bij 55% van de cliënten die klinisch opgenomen waren sprake was van ernstige problemen door alcohol- softdrugs en/of harddrugs gebruik. Bij 67% van deze cliënten ging het om ernstig alcoholmisbruik, bij 61% betrof het softdrugsgebruik en bij 50% harddrugsgebruik (Hesper & Drieschner, 2013).

Onderzoek van Kaal, van Ooyen-Houben, Ganpat en Wits (2009) binnen het justitiedomein laat zien dat het schatten van de prevalentie van LVB lastig is binnen dit domein. De betrouwbaarheid van de cijfers die er zijn is doorgaans matig, en de cijfers zijn – door de verschillende methoden waarop ze zijn gegenereerd – niet altijd goed vergelijkbaar. Ofschoon exacte cijfers ontbreken, schatten Kaal et al. (2009) dat 25% tot 50% van de justitiabelen problematisch middelengebruik vertoont, dat ongeveer 50% bijkomende psychiatrische problematiek heeft en dat tot 40% van de justitiabele middelengebruikers een LVB heeft. In interviews met betrokkenen in het justitiële domein kwam naar voren dat middelengebruik bij met name gedetineerden met een LVB snel leidt tot grote problemen vanwege hun sociale en psychische kwetsbaarheid (zie ook 1.1). Schattingen door experts van het aantal jongeren (16 - 23 jaar) met triple problematiek (LVB, verslaving en delictgedrag) komen uit op 10% tot 30% van de cliëntpopulatie binnen de reclassering (Van der Nagel & Kea, 2013).

Problematisch middelengebruik is een risicofactor voor (herhaald) delictgedrag. Bij mensen zonder een LVB is veel onderzoek gedaan naar de relatie tussen middelengebruik en delictgedrag. Zo staat vast dat problematisch middelengebruik veel voorkomt onder forensische cliënten. Bijna tweederde van de populatie van forensisch psychiatrische centra (FPC's) is verslaafd of heeft te maken gehad met middelengebruik ten tijde van het delict (Raaijmakers, Rodenburg, Wits & Lans, 2014). Uit een onderzoek van Van der Kraan et al. (2014) naar middelenproblematiek bij forensische cliënten in een klinische setting bleek dat middelenmisbruik als 'primaire criminogene risicofactor' bij 20 procent van de onderzochte groep voorkwam. Dat wil zeggen dat het middelengebruik direct van invloed was op het delictgedrag. Bij de restende 80 procent kan middelenproblematiek wel een rol gespeeld hebben, maar dan slechts als één van de vele criminogene factoren (Van der Kraan et al., 2014). Uit een studie van Brand en collega's blijkt dat bij volwassen terbeschikkinggestelden middelengebruik in 38 procent van de

gevallen drempelverlagend werkte op het door hen gepleegde delict en intoxicatie in 21 procent van de gevallen ervoor zorgde dat de situatie uit de hand liep en tot een delict leidde (Brand, Lucker & Van den Hurk, 2009). Een meta-analyse van dertig onderzoeken laat zien dat druggebruikers een drie- tot viermaal hoger risico hebben om een delict te begaan dan niet-druggebruikers (Bennett, Holloway & Farrington, 2008). De grootste kans op een delict hebben gebruikers van crack, daarna heroïnegebruikers en cocaïnegebruikers, maar ook amfetamine en cannabisgebruikers hebben een verhoogd risico (Koeter & Van den Brink, 2012). Uit de literatuurstudie van Lammers en collega's (2014) komt naar voren dat er voor cocaïne en alcohol aanwijzingen bestaan voor psycho-farmacologische effecten die gewelddadig gedrag stimuleren. Of problematische middelengebruikers crimineel en met name gewelddadig zijn, wordt bepaald door interacties tussen een aantal factoren: de mate waarin het gebruik problematisch is, individuele psychologische, sociale en neurobiologische kenmerken, situationele factoren en verwachtingen omtrent het effect van middelen. Uit studies komt naar voren dat er voor zowel mannen als vrouwen significante relaties bestaan tussen problematisch gebruik van middelen en crimineel gedrag (Lammers et al., 2014).

Uit onderzoek bij mensen zonder een LVB blijkt dat delictgedrag en middelengebruik op verschillende manieren kunnen samenhangen. Bij de analyse van de problemen waarmee hulpverleners worden geconfronteerd, is vaak de vraag hoe deze factoren zich tot elkaar verhouden en hoe de relatie is tussen risicovol (delict) gedrag en verslavingsproblematiek. Het inzicht neemt toe dat er verschillen zijn tussen verslaafde justitiabelen voor wat betreft motieven voor gebruik, de relatie tussen gebruik en delict en een hierbij aansluitende behandelmethodiek. Middelengebruik kan bijvoorbeeld leiden tot delictgedrag, zoals bij delicten die zijn gepleegd onder invloed van middelen (farmacologische criminaliteit), delictgedrag om geld te verkrijgen teneinde middelengebruik voort te zetten (verwervingscriminaliteit), illegale drugshandel (systemische criminaliteit) en overtredingen van de drugswetgeving. Verwervingscriminaliteit zou het meest frequent voorkomen, met name onder gebruikers van middelen als cocaïne en heroïne (Lammers et al., 2014). Andersom kan middelengebruik ook voortkomen uit contacten met middelengebruikers in het criminele milieu. Ten slotte kunnen middelengebruik en delictgedrag op indirecte wijze samenhangen, waarbij factoren als sociaal-maatschappelijke problemen als huisvestingsproblemen, werkloosheid en armoede, en psychiatrische problematiek het risico op zowel middelengebruik als delictgedrag verhogen (Wits et al., 2011). Dat dit waarschijnlijk ook geldt voor cliënten met een LVB wordt aannemelijk gemaakt door resultaten van eigen onderzoek. Van der Nagel, Van Duijvenbode, Trentelman en Didden (2014) onderzochten 51 forensische cliënten met een LVB en waarbij bleek dat

middelengebruik in het overgrote gedeelte van de gevallen (86%) direct of indirect gerelateerd was aan delictgedrag. Bij meer dan 80% van hen was er sprake van problematisch gebruik voorafgaand aan de opname en bij tenminste 60% was er sprake van een stoornis in het gebruik van meer dan een middel. Farmacologische criminaliteit werd het meest gerapporteerd: de meeste cliënten waren onder invloed van één of meer middelen ten tijde van het delict. Alcohol werd daarbij het vaakst genoemd, gevolgd door cannabis. In deze gevallen werd met name de ontremmende werking van middelen vermeld die een rol zou hebben gespeeld in de totstandkoming van het delict.

In datzelfde onderzoek onderzochten Van der Nagel et al. (2014) ook de motieven voor middelengebruik bij cliënten met een LVB alsmede de relatie tussen middelengebruik en delict, en maakten hierbij een vergelijking tussen mensen mét een LVB en mensen zonder een LVB. Een van de conclusies was dat ofschoon middelengebruik van cliënten met een LVB niet noemenswaardig verschilt van dat van cliënten zonder een LVB, het motief wel lijkt te verschillen. Ook de aard van de relatie tussen delict en middelengebruik is mogelijk anders: bij cliënten zonder een LVB lijkt verwervingscriminaliteit vaker voor te komen dan bij cliënten met een LVB (zie ook Lammers et al., 2014). Resultaten van dit onderzoek suggereren dat in de diagnostiek, risicotaxatie en behandeling van forensische cliënten met een LVB en (problematisch) middelengebruik copinggerichte motieven voor middelengebruik en farmacologische relaties tussen middelengebruik en delictgedrag bijzondere aandacht verdienen.

Aangenomen wordt dat (problematisch) middelengebruik bij mensen met een LVB gepaard gaat met een grotere kans op afhankelijkheid, polygebruik (het gebruik en misbruik van meerdere middelen) en complicaties. Mensen met een LVB zijn wellicht extra kwetsbaar voor de (nadelige) gevolgen van alcohol en/of drugsmisbruik vanwege comorbide gebruik van psychofarmaca en eventuele neurologische (o.a. epilepsie) problemen en bijzondere ziektebeelden, zoals genetische afwijkingen.

Ondanks de toegenomen aandacht voor de doelgroep LVB blijkt de (forensische) zorg nog al te vaak ontoereikend is omdat bijvoorbeeld de LVB eenvoudigweg niet wordt herkend en kennis en kunde zijn versnipperd over verschillende sectoren (verslavingszorg, geestelijke gezondheidszorg, verstandelijk gehandicaptenzorg). In de verslavingszorg en GGZ, maar ook in VG instellingen bestaat handelingsverlegenheid, omdat verslavingsproblematiek bij mensen met LVB gepaard gaat met meer negatieve consequenties dan bij mensen met een normaal IQ. Problemen op het gebied van werk, financiën en huisvesting, problemen met het sociale netwerk (o.a. weinig steun, crimineel netwerk), lichamelijke en psychische klachten, maar ook gedragsproblemen

(agressief, antisociaal gedrag) en delictgedrag komen vaak voor bij verslavingsproblematiek (Didden et al., 2016). Niet zelden is het criminele verleden omvangrijk te noemen bij verslaafden en de motivatie om zorg en begeleiding te ontvangen is vaak gering.

### **1.3 Risicofactoren**

Het is een breed gedragen opvatting dat verslavingsproblematiek ontstaat en in stand wordt gehouden door een samenspel van biologische, psychische en sociaal-maatschappelijke risicofactoren. Verslavingsproblematiek is vaak complex en chronisch en gaat gepaard met structurele veranderingen in het belonings- en informatieverwerkingssysteem van de hersenen. Deze verstoringen zijn samengevat in het duaal-procesmodel (zie 2.4).

Men gaat ervan uit dat het verhoogde risico op problematisch middelengebruik bij mensen met een LVB is terug te voeren op het veelvuldig voorkomen van risicofactoren voor verslavingsproblematiek. Psychosociale en biologische risicofactoren voor verslaving zouden bij hen vaker voorkomen dan bij leeftijdgenoten zonder een LVB (zie Van der Nagel et al, 2017). De lijst met potentiële risicofactoren bij mensen met een LVB is lang. De meeste, zo niet alle factoren die gevonden zijn voor mensen zonder een LVB gelden ook voor mensen met een LVB. Een groot aantal van deze factoren is persoonsgebonden, waaronder: mannelijk geslacht, eenzaamheid, laag zelfbeeld, zelfstandig wonen, tekortkomingen in probleemoplossingsvaardigheden en vaardigheden om alcohol en drugs te weigeren, problemen met affectregulatie, gebrek aan kennis ten aanzien van de effecten en gevolgen van middelengebruik, gedrags- en emotionele problemen en leerproblemen en schooluitval. Er is ook een aantal factoren afkomstig uit de context, zoals bijvoorbeeld onvoldoende begrenzing door ouders, psychopathologie (waaronder misbruik van alcohol en drugs bij een van de ouders), werkloosheid, beperkte integratie in de samenleving en een beperkt of ongunstig sociaal netwerk (zie o.a. Didden et al., 2016). Bovengenoemde factoren zien we gemiddeld genomen vaker bij mensen met een LVB dan bij normaal begaafde leeftijdgenoten.

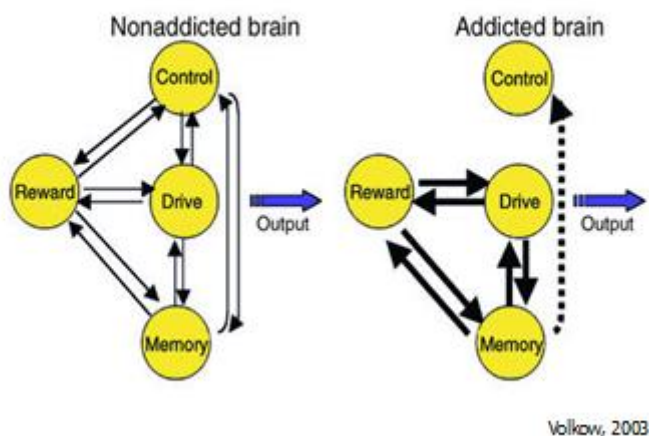
## **2. Verslaving**

### **2.1 Definitie**

Middelengebruik begint meestal, ook bij mensen met LVB, met experimenteel gebruik in de vroege puberteit. Het is spannend en stoer en men doet mee met andere belangrijke rolmodellen. Experimenteel gebruik kan overgaan in geregeld en sociaal gebruik. Het wordt dan onderdeel van het dagelijkse ritme en leidt doorgaans niet tot problemen. Als middelengebruik echter gekoppeld raakt aan bepaalde gevoelens en situaties (

functioneel gebruik), is er steeds minder sprake van eigen keuze en regie over het gebruik. Bij mensen met LVB lijkt gebruik vaak de functie te hebben om problemen te vergeten, verveling te verdrijven of betere aansluiting te vinden bij andere mensen (zie Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2017). Dit wordt ook wel 'problematisch gebruik' genoemd. Wanneer ondanks de problemen die het veroorzaakt het gebruik aanhoudt en toeneemt, kan het middelengebruik een centrale plaats gaan innemen in het leven en op verschillende terreinen (op school, thuis, werk) aanzienlijke problemen veroorzaken. De gebruiker kan nauwelijks meer functioneren zonder het middel en veranderingen in hersenfuncties verminderen de controle op het gebruik. Dit leidt uiteindelijk tot een verslaving en totaal verlies van controle, zoals schematisch door Volkow is weergegeven.

### Wat is verslaving



In GzL wordt de term verslaving en soms ook problematisch middelengebruik gebruikt als verzamelterm voor verschillende problemen door het gebruik. Dit sluit aan bij de definitie van de recentste wijziging in het classificatiesysteem van psychiatrische stoornissen (DSM-5). Misbruik en afhankelijkheid worden in de DSM-5 samengevoegd tot één diagnose: stoornis in het gebruik van middelen met drie te onderscheiden ernstniveaus: licht, matig en ernstig. In de 11 criteria (bijlage 7) is het criterium terugkerende juridische problemen verwijderd en craving toegevoegd. In de DSM-5 zijn ook niet- middel gerelateerde verslavingen opgenomen onder het hoofdstuk verslavingsstoornissen. GzL beperkt zich echter tot middelen gebonden problematiek en is niet gericht op niet- middelen gebonden verslavingen, zoals bijvoorbeeld gokken, gamen, eet- en of seksverslavingen.

## 2.2 Definitie middelen

We gebruiken in GzL de term middelen, als verzamelterm voor alcohol en drugs. Middelen zijn verslavende stoffen, ook wel psychoactieve stoffen genoemd. Het zijn stoffen die het bewustzijn beïnvloeden en om die reden worden gebruikt.

In de literatuur en in het dagelijkse spraakgebruik spreekt men met nog steeds van soft- en harddrugs. Cannabis wordt een 'softdrug' genoemd, hoewel de wet deze term niet kent en spreekt over 'drugs met aanvaardbaar risico'. De drugs met een 'onaanvaardbaar risico', zoals heroïne, cocaïne of amfetamine worden 'harddrugs' genoemd. Alcohol en tabak (nicotine) hebben ook onaanvaardbare risico's. Dat ze desondanks niet als drug onder de Opiumwet vallen, valt dan ook slechts te verklaren door te wijzen op de historische achtergrond daarvan (Van der Stel, 2007).

Voor mensen met een LVB is het zogenaamde gedoogbeleid van cannabis en ook de algemene verkrijgbaarheid van alcohol en tabak, een risico.

In de eerste module van GzL wordt nadrukkelijk aandacht besteed aan bovenstaande.

## 2.3 Visie op verslaving

Het behandelprogramma GzL kent drie uitgangspunten:

1. Verslaving is een tot chroniciteit neigende, recidiverende hersenaandoening
2. Het ontstaan en de instandhouding van verslaving is het gevolg van een ongunstige combinatie van biologische, psychische en sociale factoren
3. Verslaving kan leiden tot blijvende veranderingen in de hersenen.

Deze visie doet recht aan de complexiteit van verslaving, erkent dat verslaving schadelijk is en mogelijk blijvende gevolgen voor iemands mogelijkheden heeft en waarbij terugval wordt gezien als een reëel en geaccepteerd onderdeel van het behandelproces. De verslaafde is een cliënt met een chronische aandoening. Verslaving is geen kwestie van zwakte, gebrek aan motivatie of een slecht karakter. De verslaafde heeft geen schuld aan zijn aandoening, maar wel een aandeel in het ontstaan ervan, en een belangrijke sleutelpositie in het herstel (Van der Nagel et al., 2017).

Uitgangspunt 1 en 3 van deze visie zijn gebaseerd op het Hersenziektenmodel en het Biopsychosociale model. Uitgangspunt 2 is afgeleid van het Biopsychosociale model.

Volgens dit model is verslaving een chronische, hoewel niet uitzichtloze, aandoening of stoornis die behalve van de eigenschappen van het middel, het product is van biologische (waaronder erfelijke), persoonlijke en sociale invloeden. Terugval mag en is eerder regel dan uitzondering: pogingen om verslaving onder controle te krijgen gaan gepaard met vallen en opstaan (Rigter, Gageldonk, Ketelaars & Van Laar, 2004).

Het Hersenziektenmodel beschouwt verslaving als een hersenziekte, dwz 'een chronische ziekte die veroorzaakt wordt door de langdurige effecten van drugs op de hersenen'. De ziekte wordt gekenmerkt door de compulsieve zoektocht naar middelen en door compulsief drugs- of alcoholgebruik (O'Brien, 1996).

Mede dankzij allerlei ontwikkelingen op gebied van neuro-imaging wordt steeds meer duidelijk dat verslaving een biologische, chronische ziekte is, die het resultaat is van langdurig druggebruik op de hersenen. Langdurig druggebruik veroorzaakt diepgaande veranderingen in het functioneren van de hersenen die lang na beëindiging van gebruik nog steeds bestaan. Totale abstinentie voor de rest van iemands leven is uitzonderlijk: terugval is meer de norm. Behandeling moet zich richten op (1) het ongedaan maken van de veranderingen in de hersenen of (2) het compenseren voor die veranderingen. Deze doelen kunnen worden bereikt door medicatie, gedragstherapie of een combinatie van beide.

Onderzoek suggereert dat alle middelen op het dopaminerge mesolimbische beloningssysteem werken. Dit systeem heeft te maken met het beleven van plezier. Chronisch middelengebruik leidt mogelijk tot een verminderde hoeveelheid dopamine, waardoor depressieve gevoelens en een onweerstaanbare craving (trek) naar middelen ontstaan.

#### **2.4 Craving, terugval en automatische processen**

Wat verslavingsproblematiek zo verwarrend en stoppen met gebruiken zo moeilijk maakt, is dat 'gebruikers' – óók mensen met een LVB – zich bewust zijn van de negatieve consequenties en ondanks deze consequenties toch op problematische wijze alcohol en drugs blijven gebruiken. Wiers en Stacy (2006, p. 292) hebben dit de "paradox van verslaving" genoemd.

Duaal-procesmodellen bieden mogelijk een verklaring voor deze paradox van verslaving. Volgens deze modellen wordt het gedrag beïnvloed door twee semi-onafhankelijke systemen, namelijk het reflectieve en het impulsieve systeem. Het reflectieve systeem werkt traag, gecontroleerd en bewust en omvat onder andere executieve functies, emotieregulatie en motivatie. Het impulsieve systeem wordt daarentegen gekenmerkt door snelle en automatische denkprocessen, zoals aandacht voor en waardering van stimuli in de omgeving (Strack & Deutsch, 2004).

Langdurig middelengebruik zorgt voor structurele veranderingen in de hersenen, waardoor beide systemen uit balans raken (Robinson & Berridge, 2003). Als gevolg van veranderingen in het belonings- en informatieverwerkingsstelsel van de hersenen raakt het impulsieve systeem hypergevoelig voor de belonende eigenschappen van het middel en ontstaan er cognitieve vertekeningen (*biases*) in het richten en vasthouden van de

aandacht, de stimulousevaluatie en de automatische actietendensen (Houben, Schoenmakers, Thush, & Wiers, 2008). Tegelijkertijd nemen executieve functies zoals gedragsinhibitie en werkgeheugen af als gevolg van langdurig middelengebruik (Verdejo-García & Pérez-García, 2007). Het impulsieve systeem krijgt dus een relatief grote invloed op het gedrag en het reflectieve systeem schiet tekort om deze automatische processen onder controle te houden.

Het meten van cognitieve vertekeningen in automatische processen draagt niet alleen bij aan theorievorming omtrent het ontstaan en voortbestaan van verslavingsproblematiek, maar heeft ook implicaties voor screening, diagnostiek en behandeling van verslavingsproblematiek (voor een overzicht zie Van Duijvenbode, Didden, Drieschner, & Trentelman, 2013). Onderzoek bij gemiddeld begaafde mensen laat bijvoorbeeld zien dat de sterkte van cognitieve vertekeningen een valide maat is voor de ernst van verslavingsproblematiek en dat deze kan dienen als een voorspeller van de effectiviteit van de behandeling ervan. Op het gebied van behandeling laat met name de zogenoemde cognitieve bias modificatie, oftewel het hertrainen van automatische processen, positieve resultaten zien.

Mensen met een LVB hebben vaak complexe en meervoudige problematiek (Didden, VanDerNagel, Trentelman, & Stolker, 2013). Het is daarom niet duidelijk of de processen en vertekeningen die te zien zijn bij mensen met een gemiddelde begaafdheid zich ook voordoen bij mensen met een LVB en verslavingsproblematiek en wat de invloed is van intelligentie en executief functioneren. In 2011 zijn Trajectum en de Radboud Universiteit Nijmegen een onderzoek gestart naar de neuropsychologie van verslavingsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking (LVB).

Het onderzoeksproject heeft meer kennis opgeleverd over de neuropsychologie van verslavingsproblematiek bij mensen met een LVB en deed aanbevelingen voor screening, diagnostiek en behandeling van verslavingsproblematiek, o.a. het uitvoeren van een uitgebreid neuropsychologisch onderzoek, om beperkingen in het executief en cognitief functioneren in een vroeg stadium van behandeling te ontdekken, zodat de behandeling meer toegesneden kan worden op de individuele behoefte van de cliënt. Het gebruik van impliciete maten en neuropsychologische behandelinterventies voor klinische doeleinden werd vooralsnog afgeraden (van Duijvenbode, 2016).

Binnen GzL wordt veel aandacht besteed aan craving, als een mogelijke risicofactor. De ervaring is dat sommige cliënten craving ervaren en dat kunnen melden. Inmiddels is uit onderzoek bekend, dat subjectief ervaren en gerapporteerde trek geen noodzakelijke voorspeller is van gebruik (de Wildt, Lehert, Schippers, & van den Brink, 2010; Ooteman,



Koeter, Verheul, Schippers, & van den Brink, 2006). Ook zijn er cliënten, die geen trek/craving ervaren en soms terugvallen in gebruik als een automatisme.

### **3. Uitgebreide beschrijving van het behandelprogramma Ge-zonder leven!!**

#### **3.1 Doelgroep**

Het behandelprogramma Ge-zonder leven!! is bedoeld voor cliënten met een licht verstandelijke beperking (zie 1.1) vanaf 18 jaar (in principe ook toepasbaar bij cliënten vanaf 16 jaar), die als gevolg van een (zeer) ernstige stoornis in het gebruik van een of meerdere middelen (DSM-5, APA, 2013) zijn opgenomen voor klinische behandeling. Bij het merendeel van de opgenomen cliënten is sprake is van complexe bijkomende somatische, psychiatrische en forensische problematiek. Het problematisch gebruik staat in samenhang met crimineel gedrag of een verhoogde kans op recidive en/of met maatschappelijke en persoonlijke teloorgang. Cliënten zijn opgenomen voor behandeling binnen een juridisch kader (TBS, PIJ, RM of overige categorieën veroordelingen) of op vrijwillige basis.

#### **3.2 Programmadoelen**

GzL kent een meerledig doel. Wat nagestreefd wordt is dat cliënten (1) stoppen met het gebruik van middelen (abstinentie) of (2) hun gebruik verminderen. Met het stoppen dan wel verminderen van het gebruiken wordt ook het risico op recidive verkleind. Stoppen met gebruik heeft de voorkeur boven verminderen (gecontroleerd gebruik). Gecontroleerd gebruik vereist specifieke cognitieve vaardigheden die voor veel cliënten met een LVB te ingewikkeld zijn (Van der Nagel, Kiewik, & Didden, 2017).

Indien blijkt dat stoppen met gebruik van middelen voor een cliënt niet haalbaar dan is gecontroleerd gebruik in ieder het overwegen waard en beter dan overmatig gebruik (zie Smeerdijk et al., 2014). Dit gaat m.n. op voor alcohol- en cannabisgebruik. Voor harddrugs (cocaïne en heroïne) zal hiervoor niet gekozen worden, maar moet in dat geval gedacht worden aan interventies die de schade voor de cliënt en zijn omgeving beperken (bijvoorbeeld onderhoudsdosering methadon).

Tegelijkertijd is ook het doel om de kwaliteit van leven en herstel van cliënten te verbeteren, zodat zij toegerust met een nieuwe, gezondere levensstijl (geen probleem- en delict gedrag) hun plaats binnen de samenleving weer kunnen innemen.

GzL kent vier programmadoelen, met bijbehorende subdoelen.

Doelen en subdoelen GzL:

1. Cliënt (h) erkent zijn middelenprobleem

Cliënt:

- Leert praten over eigen gebruik
- Heeft kennis van de werking en effecten van de middelen
- Weet wat de risico's zijn van zijn gebruik

- Beseft en ontwikkelt vertrouwen dat hij zijn gedrag kan veranderen
- is bereid zijn gedrag te veranderen
- accepteert daarbij hulp

## 2. Cliënt kiest voor ander gedrag

Cliënt:

- herkent verschillende stadia van motivatie en kan benoemen in welk stadium hij zich bevindt
- weet wat zijn risicofactoren en risicosituaties zijn
- weet welke gedachten en gevoelens (signalen) voorafgaan aan gebruik
- weet wat de voordelen van stoppen met gebruiken zijn
- benoemt redenen om te stoppen
- bedenkt alternatieven voor gebruik
- stelt voor zichzelf (per middel) een doel
- maakt een plan
- kiest een helper

## 3. De cliënt leert nieuw gedrag (vaardigheden en zelfcontrole vaardigheden)

Cliënt:

- weet wat te doen na een terugval (stoppen, melden, hulp vragen)
- leert belangrijke anderen te vertellen van zijn doel en plan en vraagt om ondersteuning
- leert vaardigheid om drugs te weigeren van een dealer
- leert de vaardigheid om drugs of alcohol van bekenden af te slaan
- weet dat door anders te denken je gebruik kunt voorkomen
- leert vaardigheid om problemen op een andere manier op te lossen dan door gebruik
- leert vaardigheden om op een andere manier, dan gebruiken, om te gaan met stress en spanning

## 4. De cliënt maakt zich nieuw gedrag eigen door het toe te passen in verschillende omgevingen

Cliënt:

- kan omgaan met trek/ craving
- kan omgaan met terugval
- blijft praten over lastige situaties
- vraagt hulp
- accepteert langdurende nazorg

### **3.3. Aan te pakken factoren**

GzL is gericht op het verminderen van persoons- en omgevingsgebonden risicofactoren voor verslavingsgedrag (in relatie tot delictgedrag en recidive). Al meteen na opname en in de periode van observatie en diagnostiek wordt een start gemaakt met het tot stand brengen dan wel verhogen van de motivatie en probleembesef bij de cliënt. Hierbij is veel aandacht voor de attitude van de cliënt ten opzichte van de behandeling, maar ook voor de daadwerkelijke deelname aan het behandelprogramma GzL. Ook is de behandeling gericht op het herstel en vasthouden van een goede dagelijkse routine (eetpatroon, dag en nachtritme) en het aangaan van een goede behandelrelatie tussen hulpverleners en cliënt.

Na de periode van observatie en diagnostiek volgt de behandelfase. Binnen GzL is veel ruimte voor het aanleren van sociale en adaptieve vaardigheden, die onder andere specifiek zijn gericht op het leren weigeren van middelen, het vermijden van risicovolle situaties en het leren vragen om hulp, bijvoorbeeld in het geval van (dreigende) terugval in gebruik. In de achtereenvolgende modules worden copingvaardigheden geoefend aan de hand waarvan de cliënt leert om te gaan met stressvolle situaties, frustraties en zucht naar middelen (craving). Het vergroten van het inzicht in de gevolgen van middelenmisbruik (in relatie tot delictgedrag) kan bijdragen aan een vermindering van impulsieve reacties op situaties.

Rekening houdend met de cognitieve beperkingen en vertekeningen van de cliënten wordt getracht te komen tot cognitieve herstructurering, waarbij onder andere vijandigheid en de attitude ten opzichte van middelenmisbruik en bijkomend agressief- en delictgedrag worden veranderd. Binnen het behandelprogramma is er veel aandacht voor pro-sociale normen en waarden. Nadrukkelijk wordt ernaar gestreefd de cliënt te leren zijn verstandelijke beperking en daarmee gepaard gaande verhoogde kwetsbaarheid te accepteren en (langdurend) hulp en begeleiding te aanvaarden.

Zie voor overzicht en samenhang van aan te pakken factoren, doelen, aanpak en interventies bijlage 10.

### 3.4. Opzet, aanpak en inhoud van GzL

#### 3.4.1 Inleiding

GzL bestaat uit 7 modules, waarvan drie cognitief gedragstherapeutische modules (CGT modules): 'Het Begin' (Motivatietraining), 'Mijn Gebruik' en de 'Vaardigheidstraining', en 4 vaktherapeutische modules.

De vaktherapeutische modules zijn ondersteunend aan de drie CGT modules (zie onderstaand schema) . De eerste PMT module "*Klaar voor de start?!"* en de eerste Drama therapeutische module, '*Op verhaal komen*', sluiten aan bij en zijn ondersteunend aan de modules 'Het Begin' en 'Mijn Gebruik'.

De tweede PMT module '*Stevig staan!!*' en de tweede drama-therapeutische module '*Verhaal halen*' sluiten aan bij en zijn een ervaringsgerichte verdieping van de vaardigheidstraining.

Elke module heeft een uitgebreide handleiding voor de uitvoerders (trainers en vaktherapeuten) en losbladige werkboeken voor de cliënten.

CTG modules	Het begin	Mijn gebruik	Vaardigheidstraining
PMT modules	Klaar voor de start		Stevig staan
Dramatherapie modules	Op verhaal komen		Verhaal halen

Omdat mensen met een LVB moeite hebben met het toepassen van de in de modules geleerde vaardigheden, is bij de vaardigheidstraining een instructiefilm gemaakt. De hoofdpersoon is rolmodel en is op hetzelfde punt in zijn behandeling is als de deelnemers. De hoofdpersoon laat op adequate wijze zien, hoe hij in het dagelijks leven de verleiding om middelen te gebruiken weerstaat door het gebruiken van de in de module geleerde vaardigheden. Door middel van de voice-over ( de interne stem) kunnen we volgen wat de hoofdpersoon denkt en wordt de link gelegd met in de training geleerde vaardigheden.

De modules worden bij voorkeur in groepsverband gegeven, omdat het een aantal voordelen heeft. Het roept betrokkenheid op, leidt tot begrip, erkenning en steun, mededogen en respect en maakt dat een cliënt uit zijn isolement kan raken (Korte et al., 2014; Taylor, Lindsay & Willner, 2008; Wilner et al., 2013).

Het bewuster herkennen, erkennen en delen van doorleefde ervaringen kan steunend en helpend zijn binnen het eigen proces en het proces van de ander. Dit delen kan er ook voor zorgen dat andere deelnemers vergelijkbare herinneringen kunnen ophalen en vertellen, hun kwetsbaarheden durven laten zien en hun gevoel van schaamte kunnen doorbreken (Klein & Schermer, 2000). Deelnemers krijgen het idee er niet alleen voor te staan en niet de enige te zijn met een pijnlijk verhaal, dit leidt tot wederzijdse erkenning, begrip en zich geaccepteerd voelen. Er ontstaat lotsverbondenheid en onderlinge stimulans vanuit ervaringsdeskundigheid. Bovendien geeft een groepsgewijze behandeling sociale bekrachtiging en maakt oefenen met anderen tijdens de sessies mogelijk. Dit heeft invloed op de draagkracht en therapietrouw van de deelnemers.

Er wordt gewerkt met kleine groepen van minimaal 2 en maximaal 6 deelnemers. Op deze manier kan aan de doelen van de individuele cliënt aandacht worden besteed en is er voldoende tijd en ruimte om goed bij de lesstof stil te staan en zo nodig te herhalen. De groep wordt begeleid door twee trainers (HBO opgeleid), die een duidelijke taakverdeling hebben. Een van de trainers richt zich m.n. op de inhoud van de bijeenkomst, de ander bewaakt vooral het groepsproces en houdt in de gaten of elke deelnemer goed kan meekomen. Ook kunnende trainers na afloop van de bijeenkomsten elkaar feedback geven en terugkijken op het groepsproces en de groepsdynamiek en evt. bespreken of individueel contact met een deelnemer of het netwerk wenselijk is voor de voortgang van de behandeling. (Zie ook bijlage formulieren).

De vaktherapeutische modules worden begeleid door een vaktherapeut, die daarin bijgestaan wordt door een (module)trainer. Het voordeel daarvan is dat de trainer de deelnemers al kent ( en omgekeerd) en ook de inhoud van de modules, zodat hij de deelnemers kan ondersteunen bij het maken van de transfer van theorie naar ervaring/ beleving.

Bij de eerste 2 modules wordt gewerkt met gesloten groepen aangezien cliënten dan nog moet wennen aan elkaar en aan het werken in groepsverband en de gelegenheid moeten krijgen om zich veilig en vertrouwd te gaan voelen. In de vaardigheidstraining (module 3) kan gewerkt worden met open groepen. Verondersteld wordt dat cliënten dan verder zijn in hun behandeling, meer zelfvertrouwen hebben en bekend zijn met de trainers. Bovendien ligt dan het accent meer op het trainen van vaardigheden. Praktisch/ organisatorisch biedt dit cliënten ook de mogelijkheid om op elk moment in te stappen en/ of specifieke vaardigheden extra te trainen. Voor de vaktherapeutische interventies geldt dit niet. Dit zijn altijd gesloten groepen.

Een individueel aanbod behoort natuurlijk ook tot de mogelijkheden en is soms noodzakelijk (zie ook bij indicatie).

De trainer kan dan nog beter, dan bij een groep, de inhoud en duur van de training aanpassen aan de mogelijkheden en het leertempo van de deelnemer. Het heeft als nadeel dat oefenen met anderen niet mogelijk is, ervaringen niet kunnen worden besproken en gedeeld met lotgenoten waardoor minder herkenning en erkenning ontstaat.

### **3.4.2 Inhoud van de CGT- en vaktherapeutische modules**

#### **1. 'Het Begin' (Motivatietraining)**

De belangrijkste doelen van de eerste module zijn dat cliënten leren praten over hun gebruik, zich bewust worden van hun probleem en gemotiveerd raken om hieraan actief te gaan werken. Er wordt voornamelijk gebruik gemaakt van en aangesloten bij de kennis die de cliënten hebben van de diverse middelen. Waar nodig wordt kennis door de trainers aangevuld. Afgesloten wordt met een presentatie van de cliënt, waarbij belangrijke anderen worden uitgenodigd.

Het aantal sessies is variabel, variërend van 3 (vaste onderwerpen zijn uitleg van verslaving, craving en minimaal een sessie over het middel waar cliënt verslaafd aan is) en maximaal 8 (alle middelen). Sessies worden wekelijks gehouden en duren elk 60 minuten. Afhankelijk van het leertempo van de groep cliënten worden meer sessies per onderwerp gehouden. Deze module neemt gemiddeld 2 tot 3 maanden in beslag.

#### **2. 'Mijn Gebruik':**

In deze module wordt een uitgebreide analyse gemaakt van de verslavingsproblematiek, zodat de cliënt inzicht krijgt in de specifieke (risico) factoren van zijn gebruik. Zo wordt duidelijk wat zijn valkuilen zijn en wat hij in de behandeling moet leren om terugval in gebruik te voorkomen. Een tweede doel van deze training is het verhogen van de bereidheid tot verandering bij de cliënt. Om daadwerkelijke gedragsverandering te bewerkstelligen wordt de cliënt gemotiveerd om zelf een keuze te maken over zijn gebruik (ook al zijn er bij onvrijwillig opgenomen cliënten anderen die daar iets over te zeggen hebben). Het afwegen van alle voor- en nadelen van gebruik zal hem daarbij helpen. Naast bovenstaande doelen leert de cliënt tijdens de module om te gaan met gevoelens van craving. De module wordt afgesloten met het opstellen van een persoonlijk terugvalpreventieplan, waarin onder andere beschreven staat wat het besluit van de cliënt is over zijn gebruik, zijn valkuilen, op welke signalen hij moet letten en hoe daarmee om te gaan (alternatief gedrag) en welke ondersteuning hij contextueel en van anderen nodig heeft. Deze module heeft 8 onderwerpen en een begin- en eindsessie.

Elke sessie duurt 1.5 uur. Afhankelijk van het aantal deelnemers en het leertempo zijn soms meer sessies per onderwerp nodig. De gemiddelde duur van deze module bedraagt 3 a 4 maanden, uitgaande van één sessie per week.

#### Vaktherapeutische modules

De eerste PMT module "*Klaar voor de start?!*", sluit aan bij en is ondersteunend aan de cognitief gedragstherapeutische modules 'Het Begin' en 'Mijn Gebruik'.

Ook hier zijn de hoofddoelen het vergroten van probleembesef en motivatie voor gedragsverandering. Hierbij is het belangrijk dat gevoelens, gedachten en ervaringen herkend en benoemd mogen en kunnen worden door te oefenen aan de hand van bewegingsgeoriënteerde situaties binnen een veilige (therapeutische) context. Daarnaast wordt het lichaamsbewustzijn vergroot en lichaamsbeleving positief beïnvloed. Door het afbrekende effect van de middelen, ongezonde voeding en weinig lichaamsbeweging is het lichaam verwaarloosd en heeft de cliënt lichaamssignalen genegeerd. De cliënt kan in de module opnieuw (leren) ervaren waar zijn grenzen liggen en welke (spanning gerelateerde) signaalfunctie deze hebben.

16 sessies, eenmaal per week, minimaal 60 minuten, volgens vooraf vaststaand protocol.

De titel van de eerste drama-therapeutische module '*Op verhaal komen*' doet recht aan de verslaafde deelnemer die moet wennen aan en leren accepteren van zijn nieuwe omgeving, en gemotiveerd moet raken om aan de behandeling voor zijn verslaving te beginnen. Met de groep, in de verschillende drama therapeutische werkvormen, plezier beleven zorgt voor ontspanning, plezier en verbondenheid. Hierdoor ontstaat het vertrouwen dat nodig is om in de groep in dramatherapie aan eigen verslaving te gaan werken. De deelnemers vertellen elkaar op den duur hun 'verslavings'- verhaal en groepsgenoten spelen daar graag een actieve rol in. Het op afstand 'als toeschouwer' kijken naar het spel van een groepsgenoot en kunnen zien en horen hoe groepsgenoten in vergelijkbare, 'verslavende' situaties hebben gereageerd, geeft steun, inzicht en herkenning. Daardoor groeit bij de cliënten de motivatie voor behandeling.

De module heeft minimaal 14 en maximaal 21 sessies van minimaal 60 minuten, eenmaal per week, volgens een vooraf vaststaand protocol.

#### 3. De vaardigheidstraining

In de derde module, de vaardigheidstraining leren cliënten specifieke vaardigheden (10) aan voor het vermijden van en anders omgaan met middelengebruik. Essentiële vaardigheden zijn bijvoorbeeld het weigeren van een aanbod, het melden van een terugval en het vragen om ondersteuning. Er wordt geoefend door middel van rollenspel. Daarbij worden hoog-risico situaties uit het eigen terugval preventieplan verder



geconcretiseerd. Zo leren deelnemers bijvoorbeeld nee zeggen tegen een dealer, stoppen na een kleine terugval, het melden van een terugval en leren ze manieren om zich te ontspannen. Het terugval preventieplan wordt verder uitgewerkt met waarschuwingssignalen en alternatieven. Gemiddeld duurt deze module 6 maanden, uitgaande van één sessie per week. Omdat deze duur voor sommige cliënten moeilijk te overzien is, worden per vaardigheid deelcertificaten uitgereikt. Doorgaans wordt gewerkt met een vaste groepssamenstelling, maar een open groep waarin nieuwe cliënten kunnen instromen of deelnemers tijdelijk even kunnen stoppen, behoort ook tot de mogelijkheden. Zo wordt cliënten ook de mogelijkheid geboden bepaalde vaardigheden extra te oefenen.

#### Vaktherapeutische modules

De tweede PMT module '*Stevig Staan !!*', is een ervaringsgerichte module als aanvulling op de vaardigheidstraining. Cliënten kunnen in deze module aangeleerde vaardigheden oefenen, ervaren en herhalen in de praktijk. Door lichaams- en bewegingsgericht te werken wordt de cliënt geconfronteerd met oude gedragspatronen, krijgt hij/zij inzicht in eigen vaardigheden, worden gedragsalternatieven geëigend en reeds bestaand positief gedrag bevestigd en bekrachtigd.

Gemiddeld 2 sessies per vaardigheid (afhankelijk van groepssamenstelling en te behandelen vaardigheid) met een maximum van 20 sessies.

De tweede drama-therapeutische module '*Verhaal halen*', is vooral gericht op het ontwikkelen, verstevigen en eigen maken van de vaardigheden. Er wordt gebruik gemaakt van de methodiek 'Terugspeeltheater'. De cliënt kan binnen dramatherapie experimenteren met nieuw gedrag en kan van daaruit werken aan het uitbreiden van gedragsalternatieven, ook wel rolrepertoire genoemd.

Voor het bekend raken met de therapievorm 'terugspeeltheater' zijn 8 sessies nodig. Daarna gemiddeld 2 sessies per vaardigheid met een maximum van 20 sessies.

### **3.5 GzL als onderdeel van klinische behandeling**

Bij de ontwikkeling van GzL is uitgegaan van het sociotherapeutisch milieu van Trajectum dat alle cliënten van de klinische behandelafdelingen, ongeacht hun specifieke problematiek, wordt geboden. GzL wordt naast dit sociotherapeutisch milieu aangeboden en is er tegelijkertijd nauw mee verbonden (3.5.2).

Binnen de klinische behandeling wordt aandacht besteed aan de levensgeschiedenis en voor cliënten, die een delict hebben gepleegd, het delict scenario en de delict analyse. Ook is er een uitgebreid trainingsaanbod, aangepast aan de doelgroep: sociale vaardigheden, het herkennen en benoemen van emoties, praktische en maatschappelijke

vaardigheden, omgaan met boosheid en probleemoplossingsvaardigheden. Sociotherapeuten zijn trainer of co-trainer en vormen de verbinding tussen training en sociotherapeutisch milieu. Zij moedigen cliënten aan en ondersteunen hen bij het toepassen van nieuw geleerd gedrag in verschillende situaties (zie ten Wolde et al., 2006).

Bij cliënten met verslaving kan tijdens de behandeling ook andere problematiek boven komen drijven, zoals somatische of psychische klachten als gevolg van drugsgebruik, een nog niet ontdekte psychiatrische stoornis (depressie, ADHD, autisme spectrumstoornis) of de gevolgen van onbehandelde trauma's die men met middelen verdrongen heeft. Dan kan ondersteunende medicatie noodzakelijk zijn, soms kan individuele therapie (PMT, Cognitieve gedragstherapie, beeldende therapie) en traumatherapie (EMDR) geïndiceerd zijn. Ook het herstellen van het vaak door de verslaving verstoorde contact met de familie of gezin is een belangrijk onderdeel van de behandeling, waarin naast de persoonlijk begeleider de maatschappelijk werker (trajectbegeleider) en de systeemtherapeut een centrale rol innemen.

### **3.5.1 Fasering**

De klinische behandeling kent 3 fases: de observatie- en diagnostiekfase, de behandel fase en de resocialisatie/ nazorg fase. GzL wordt aangeboden in de behandel en nazorgfase. Cliënten kunnen echter, in overleg met hun behandelaar, ook tijdens de observatie en diagnostiek fase al starten met de eerste module van GzL, zodat al vroegtijdig in de behandeling een start wordt gemaakt met het motiveren van de cliënt voor behandeling. Na de behandel fase vindt resocialisatie en nazorg plaats. GzL duurt in totaal ongeveer 2 jaar. Deze lange duur is nodig omdat praktijkervaring uitwijst dat cliënten met een LVB gemiddeld genomen relatief veel tijd nodig hebben om (a) zich te verbinden aan het behandelprogramma en te wennen aan de nieuwe structuur, (b) motivatie op te bouwen om deel te nemen aan het behandelprogramma, en (c) vaardigheden te leren, te bestendigen en te generaliseren. In de fase van resocialisatie/ nazorg wordt voortgebouwd op de motivatie en vaardigheden die zijn opgebouwd in de voorgaande fasen.

### **3.5.2 Het sociotherapeutisch milieu**

Het sociotherapeutisch milieu komt tot uiting in de begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding (zie Hesper e.a, 2017). GzL wordt hiermee geïntegreerd in het dagelijks leven. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituatie. Momenten die zich daarvoor lenen worden gecreëerd en aangegrepen om met de cliënt vaardigheden te oefenen die hij in de GzL modules en therapieën leert.

Cliënten met een LVB hebben doorgaans veel moeite met het generaliseren van vaardigheden, die zij in een training leren. Dit betekent dat zij de vaardigheden die zij leren tijdens de GzL-bijeenkomsten niet vanzelf toepassen in situaties buiten deze bijeenkomsten, zoals bijvoorbeeld in de leefgroep (zie Stokes & Osnes, 1989). Dit heeft tot gevolg dat generalisatie van vaardigheden ook buiten de GzL-bijeenkomsten getraind moet worden en actief moet worden bevorderd en onderhouden. Een goede samenwerking van de trainers van GzL met de behandelaar, de sociotherapeuten en de medewerkers van arbeid en dagbesteding is daarom noodzakelijk. De trainers informeren alle direct bij de cliënt betrokken medewerkers over de inhoud van de modules, programmandoelen, huiswerk, de inzet en het functioneren van de cliënt tijdens de bijeenkomsten. Allen kennen de inhoud van het behandelplan van de cliënt en zijn op de hoogte van diens behandelproces. Zij weten hoe zij de cliënt binnen de sociotherapie kunnen aanmoedigen en bekrachtigen bij het toepassen van de nieuwe vaardigheden. Op deze manier kunnen alle geleerde vaardigheden worden geoefend en herhaald op de plek waar de cliënt verblijft.

### **3.5.3 De begeleidingsstijl**

Cliënten met een LVB, verslavingsproblematiek en bijkomende (forensische) problemen hebben vaak een moeizame hulpverleningsvoorgeschiedenis en een langdurige voorgeschiedenis met forse problemen. Daarom is het van belang te investeren in contact, vertrouwen en het vergroten van responsiviteit en motivatie voor behandeling. Het scheppen van perspectief en het vergroten van *self-efficacy* is minstens zo belangrijk als het beheersen van de risico's. Een belangrijke manier om de motivatie van de deelnemers te verhogen dan wel vast te houden is een goede aansluiting van de begeleidingsstijl op de cliënt (responsiviteit). Daar waar in het begin van de behandeling de nadruk ligt op structuur en dus op een meer directieve begeleidingsstijl, zal naarmate de behandeling vordert meer de nadruk liggen op het geven van feedback en advies en het uitlokken van zelfredzaam gedrag. Positieve bekrachtiging en succesvolle generalisatie van geleerde vaardigheden binnen het sociotherapeutisch milieu geven de cliënt zelfvertrouwen en motivatie om zijn gedragspatronen te veranderen. Daarnaast is het belangrijk dat sociotherapeuten de cliënt als persoon (blijven) accepteren, maar dat zij grenzen stellen aan eventueel afwijkend gedrag waaronder verslavingsgedrag.

### **3.5.4 Motiverende gespreksvoering**

Een methode die goed past bij de visie op verslaving en bejegening van mensen met een LVB is de motiverende gespreksvoering, zoals ontwikkeld door Miller & Rollnick (2014). De methodiek is gebaseerd op ideeën uit de motivatiepsychologie en de cliëntgerichte therapie en past bij het Transtheoretisch model ( 3.4) voor gedragsverandering (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Het doel van deze methodiek is de cliënt te motiveren en te sturen in de richting van gedragsverandering (stoppen of minderen van middelengebruik bij GzL).

Motiverende gespreksvoering is een evidence-based methode in het verminderen van middelengebruik (Smedslund et al., 2011). Ook bij mensen met een lvb en middelengebruik wordt motiverende gespreksvoering effectief toegepast (Mendel & Hipkins, 2002; Frielink & Embregts, 2013).

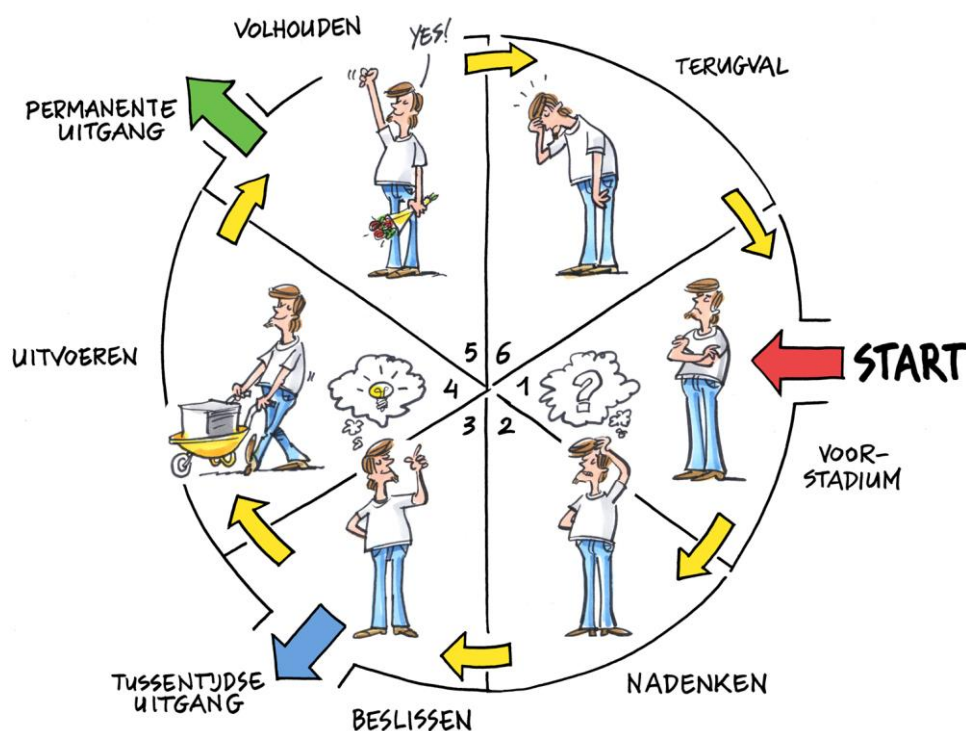
Vanwege beperkingen in cognitieve en adaptieve vaardigheden is het efficiënt wanneer cliënten dagelijks worden gemotiveerd om hun gedrag te veranderen. Dit kan worden bereikt door de begeleiders van de cliënten te trainen in technieken van motiverende gespreksvoering. Trajectum ontwikkelde daartoe in samenwerking met De Jonge en haar collega's (2016) een kortdurende training voor begeleiders waarin er veel ruimte is voor het oefenen met de grondhouding en de technieken en waarin wordt gebruik gemaakt van video-opnames van gesprekken met cliënten. Uit een pilot studie blijkt de training veelbelovend en de eerste resultaten van voor- en nametingen gedaan bij de begeleiders laten zien dat zij beter luisteren, cliënten meer bekrachtigen en dat zij beter met weerstand om kunnen gaan na afloop van de training.

### 3.6. Onderbouwing

GzL is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes, principes uit de motiverende gespreksvoering (MGV), het Transtheoretisch model en vaktherapeutische principes. Hieronder wordt e.e.a. verder toegelicht.

#### 3.6.1 Het Transtheoretisch model

Een belangrijk concept van dit model is dat mensen verschillen in hun bereidheid te veranderen en dat deze bereidheid ook binnen een individu op verschillende tijdstippen anders kan zijn (Rollnick, Mason & Butler, 1999). Mensen die hun gedrag/ gewoonte veranderen, gaan door een aantal stadia voordat zij ook daadwerkelijk verandering bereikt hebben. Volgens dit model is het van belang aan te sluiten bij het stadium van verandering waarin de cliënt zich bevindt om weerstand te voorkomen. Dit betekent bijvoorbeeld dat in het begin van de behandeling de nadruk wat meer zal liggen op informatievoorziening, bewustzijn vergroten, ambivalentie vergroten, zelfvertrouwen bevorderen en aanzetten tot zelfevaluatie en evaluatie van de omgeving (Velasquez, Maurer, Crouch & DiClemente, 2001).



Dit model geeft op sterk vereenvoudigde wijze het veranderingsproces weer. In werkelijkheid ligt het ingewikkelder en kan men bijvoorbeeld op hetzelfde moment

kenmerken vertonen van verschillende stadia. Ook doorloopt men niet altijd de stadia in de aangeduide volgorde. Zo kan een crisis in het leven van een cliënt een plotselinge verandering teweegbrengen bijvoorbeeld. Dit model moet dan ook beschouwd worden als een hulpmiddel en als houvast bij ingewikkelde veranderingsprocessen.

Cliënten met een LVB ontleen steun aan dit model en daarom is het ook, op hun aangeven, opgenomen als hulpmiddel in de tweede en derde CGT module. Ook zijn de stadia terug te vinden in de opbouw van het programma, de modules en therapieën.

### **3.6.2 Motiverende gespreksvoering**

Motiverende gespreksvoering voorafgaand aan cognitief gedragstherapeutische interventies leidt tot minder uitval en succesvollere behandelingen (Burke, 2011).

In de eerste CGT module ( de motivatietraining) wordt daarom niet zomaar psychoeducatie gegeven over de werking van middelen, maar aangesloten bij wat cliënten zelf weten en hebben ondervonden. Zo nodig worden tekorten in kennis aangevuld. Dit kan de motivatie vergroten (meer nadelen dan men dacht) en ook de verhalen en ervaringen van andere groepsleden werken motivatieversterkend ( 3.4.1.).

### **3.6.3 CGT**

De tweede en derde CGT modules zijn voornamelijk gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en in de volgorde en opbouw van de modules is ook de opbouw van cognitieve gedragstherapie herkenbaar.

Cognitieve therapie gaat ervan uit dat verslavingsgedrag voortkomt uit de manier waarop cliënten informatie verwerken (Smeerdijk, 2014). Hierbij gaat het om denkprocessen en cognities die verbonden zijn met emoties, herinneringen en gedragingen. Gedragstherapie gaat ervan uit dat gedrag kan worden veranderd door veranderen van stimuli die het gedrag uitlokken en bekrachtigen. Via een functionele analyse van het verslavingsgedrag, de situatie waarin gebruik plaatsvindt en bewustwording van cognities en emoties, wordt geprobeerd het verslavingsgedrag te doorbreken.

Goed gecontroleerd onderzoek naar de effectiviteit ervan ontbreekt (zie Van der Nagel et al., 2014, 2017). Er zijn wel positieve praktijkervaringen met CGT bij mensen met een LVB (Didden & Moonen, 2017).

### **3.6.4 Vaktherapieën**

Vaktherapieën als Psychomotore en dramatherapie worden bij GzL om verschillende redenen ingezet. Het zijn behandelvormen die op een methodische wijze drama-, en bewegings- en lichaamsgerichte interventies inzetten. Er wordt handelings- en ervaringsgericht gewerkt en cliënt wordt de mogelijkheid geboden om te experimenteren met alternatief gedrag. Vanwege deze werkwijze lijkt Vaktherapie met name geschikt

voor mensen die moeite hebben met het verwoorden van hun gevoelens en gedachten, sterk rationaliseren of verbaal laag begaafd zijn, en wordt het als een waardevolle aanvulling of alternatief gezien ten opzichte van behandelvormen met een meer verbale insteek, zoals cognitieve gedragstherapie, psycho-educatie en motiverende gespreksvoering (zie van Hooren, de Witte, Didden, & Moonen, 2016).

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm waarbij op een methodische wijze interventies worden ingezet met als doel lichaamsbeleving en -bewustzijn en bewegingsgedrag te onderzoeken en te verbeteren (zie Probst, Knapen, Poot, & Vancamfort, 2010). Uitgangspunt is dat gedrags- en emotionele problemen samenhangen met (disfunctionele) gedachten en emoties, gebeurtenissen en vaardigheidstekorten. Door het gebruik van bepaalde materialen (o.a. trampoline, bal) en oefeningen (ontspanningsoefeningen) leren cliënten het verband tussen deze factoren kennen en alternatieve vaardigheden toepassen. PMT lijkt bij uitstek geschikt voor cliënten die weinig taalvaardig zijn of moeite hebben om over hun gedachten en emoties te vertellen, en die hun eigen (en andermans) lichaamssignalen niet goed herkennen en benoemen.

De PMT interventies van GzL zorgen voor verdieping van wat in de groepsmodules wordt geleerd. Door oefeningen wordt door te doen ervaren wat men heeft geleerd en leert men zichzelf en gedrag beter kennen. Ook kan men oefenen met nieuw gedrag. Het probleembesef wordt vergroot, de hunkering verminderd, de lichamelijke conditie verbeterd en sociale en copingvaardigheden vergroot (Probst et al., 2010).

Er zijn voornamelijk weinig studies gedaan naar de effectiviteit van PMT bij mensen met een LVB. In een systematische review van Bellemans et al. (in druk) werd gevonden dat PMT interventies effectief zijn in het reduceren van gevoelens van boosheid en agressief gedrag bij mensen met een LVB.

Dramatherapie is een therapievorm, waarbinnen gebruik wordt gemaakt van expressietechnieken en theaterwerkvormen, zoals rollenspellen en improvisatiespel. Dramatherapie wordt bij mensen met een LVB ingezet voor het leren reguleren en uiten van emoties en gedachten en het experimenteren met gedragsalternatieven. Door dramatherapie kan bijvoorbeeld het probleembesef van de cliënt wordt vergroot, en kan geoefend worden met bijvoorbeeld het bespreekbaar maken van *craving* of hiermee leren omgaan en het oefenen met gedrag in risicovolle situaties.

### **3.6.5 Werkbare bestanddelen van GzL**

De werkzame elementen hebben enerzijds betrekking op de kenmerken en leerstijl van de doelgroep en anderzijds de risicofactoren voor verslavingsgedrag (en daarmee

samenhangende recidive). Door rekening te houden met de kenmerken en leerstijl van de doelgroep wordt voldaan aan het What Works-principe van 'responsiviteit', waarvan is aannemelijk gemaakt dat het een bijdrage levert aan de uitkomst van een behandeling van een cliënt.

Bij het ontwerpen van het programma zijn de richtlijnen van het Landelijk kenniscentrum LVB aangehouden (De Wit et al., 2011). Deze zijn gebaseerd op uitgebreid literatuuronderzoek en praktijk ervaringen in de begeleiding en behandeling van jeugdigen met een LVB. Het betreft aanbevelingen voor effectieve gedragsinterventies bij jeugdigen. Er zijn geen redenen om aan te nemen dat deze richtlijnen niet zouden gelden voor volwassenen met een LVB. Het betreft de volgende richtlijnen:

1. *Uitgebreide diagnostiek*: in kaart brengen van de cognitieve sterke en zwakke kanten van de cliënt en de sociaal emotionele ontwikkeling, bijkomende gedragsproblematiek.
2. *Afstemmen van de communicatie*: vereenvoudigd taalgebruik; steeds controleren of hulpverlener en cliënt elkaar begrijpen; visuele ondersteuning.
3. *Concreet maken van de oefenstof*: aansluiten bij de belevingswereld van de cliënt; oefenstof zichtbaar maken (afbeeldingen); en laten ervaren (vooral veel oefenen in plaats van vertellen, voordoen en rollenspelen).
4. *Vereenvoudigen en structureren*: meer externe sturing; meer structuur; vereenvoudiging, doseren en ordenen van de informatie en oefenstof; en meer tijd reserveren.
5. *Netwerk en generalisatie*: het informeren en betrekken van het netwerk bij de interventie; het vergroten en verstevigen van het netwerk en aandacht besteden aan het vasthouden en generaliseren van de vaardigheden die de cliënt leert.
6. *Veilige en positieve leeromgeving*: het motiveren van de cliënt en aansluiten bij zijn fase van motivatie; het zelfvertrouwen vergroten; haalbare doelen stellen en behaalde doelen bekrachtigen, een goede werkrelatie met de cliënt creëren (sensitief, geëngageerd en geduldig, oprecht en eerlijk en gebruik humor).

Bij het ontwerpen van GzL is tevens rekening gehouden met de risicofactoren voor verslavingsgedrag (en recidive) bij mensen met en zonder een LVB. Het betreft de volgende werkzame elementen:

- Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie
- Inzet van effectieve therapeutische technieken (Motiverende Gespreksvoering, CGT, Vaktherapie)
- Er is voortdurende aandacht voor het motiveren van de cliënt



- Multidisciplinaire samenwerking die gericht is op het aanmoedigen en ondersteunen van de cliënt bij het toepassen van en oefenen met het nieuw geleerde gedrag in verschillende situaties.
- Outreachende aanpak
- GzL beoogt de cliënt door middel van zelfobservatie, zelfevaluatie en zelfversterking of afzwakking het eigen gedrag te monitoren, controleren en bijsturen
- GzL bevat activiteiten ter voorkoming van terugval (opstellen signalerings- en terugvalpreventieplan, opfrisbijeenkomsten).
- Geen afwijzing bij terugval: medewerkers zijn getraind in de juiste attitude en in het signaleren van een terugval

### **3.7. Uitvoering**

#### **3.7.1. Randvoorwaarden**

Om GzL, op een goede manier te kunnen uitvoeren zijn onderstaande randvoorwaarden noodzakelijk:

- Het (laten) voorlichten van alle medewerkers over de interventie en de activiteiten die in het kader van de interventie van medewerkers worden verwacht. Met name van behandelaren en sociotherapeuten, die zorgdragen voor de generalisatie en transfer. En van managers, die verantwoordelijk zijn voor de randvoorwaarden.
- Het (laten) opleiden van programmacoördinatoren, trainers, vaktherapeuten en aandachtsfunctionarissen
- Het begroten van voldoende werktijd voor trainers (per locatie, vestiging). Dit omvat opleidingstijd, voorbereidingstijd, uitvoeringstijd, tijd voor overdracht aan de behandelaren en sociotherapeuten en andere relevante collega's, en tijd voor deelname aan intervisiebijeenkomsten en terugkomdagen;
- Het begroten van voldoende werktijd voor de programmaleider, i.v.m. opleiden, coachen, ontwikkeling, onderzoek en borging van de interventie.
- Het begroten (per locatie, vestiging) van voldoende werktijd van de programmacoördinator. Voor het selecteren van cliënten, het scholen en coachen van trainers en aandachtsfunctionarissen en het overleg met het management over faciliteiten en inbedding in de organisatie.
- Trainingsfaciliteiten: geschikte trainingsruimten en ondersteunende middelen zoals laptop, tablet en flipovers.

De beschreven werkwijze is de werkwijze zoals deze binnen de Trajectum behandeling is vormgegeven. De werkwijze kan verschillen afhankelijk van de setting waarin de trainingen worden gegeven. Onderstaande werkwijze kan beschouwd worden als richtlijn.

### **3.7.2. Werkwijze**

#### **3.7.2.1. Aanmelding voor GzL**

Voorafgaand aan die aanmelding wordt in de diagnostiek/ observatiefase de verslavingsproblematiek, inclusief de ernst, omvang, gevolgen en ontregeling die samenhangt met deze verslaving, in kaart gebracht. Deze beeldvorming vindt plaats door middel van afname van de SumID-Q.

afname van de SumID-Q vindt bij voorkeur plaats door diegenen die in de behandelrelatie de meeste ingang, de meeste veilige openheid kunnen bieden bij de cliënt. Dan wel het meeste winst gaan ervaren van het creëren van de openheid. Dat kunnen de persoonlijk begeleider of trainer in het verslavingsprogramma zijn.

De SumID-Q kan ook afgenomen worden, als deel van het diagnostisch onderzoek, door een diagnosticus.

Daarna volgt de verdiepende diagnostiek, waarin uitgebreid onderzoek wordt gedaan naar cognitief functioneren, co- morbiditeit, risicotaxatie. Ook een medisch onderzoek maakt deel uit van dit onderzoek. Eventueel kan neuropsychologisch onderzoek noodzakelijk zijn ( zie bijlage 11 voor de richtlijn)

Na deze eerste screening of na de afronding van de diagnostiekfase kan de behandelaar van de cliënt besluiten de cliënt aan te melden voor de eerste module (bijlage 1, aanmeldingsformulier), als de behandelaar inschat dat dit voor de cliënt wenselijk en mogelijk is.

Na ontvangst van de aanmelding volgt een kennismakings- en intakegesprek van de trainer met de cliënt en evt. de behandelaar. Dit gesprek dient meerdere doelen: kennismaken met elkaar, de cliënt informeren over de training, afstemmen over de verwachting en de doelen en inschatten of de deelnemer geschikt is om deel te nemen aan een groeps- dan wel individuele behandeling. Voor dit gesprek is ook een richtlijn ontwikkeld (bijlage 2).

Een inschatting voor geschiktheid voor deelname aan de vaktherapeutische modules wordt door vaktherapeuten zelf gedaan tijdens de observatieperiode van cliënten.

#### **3.7.2.2. Exclusie criteria/samenstelling van de groep**

Bij voorkeur worden de trainingen in een groep aangeboden. Soms kan een groepsaanbod te belastend zijn voor deelnemers.

Een individueel aanbod sluit beter aan bij bijvoorbeeld cliënten met niet aangeboren hersenletsel, met een laag emotionele niveau met weinig vermogen tot zelfreflectie en /of cliënten, die onvoldoende kunnen profiteren van het leerproces binnen een groep en of voor wie het juist belastend kan zijn de verhalen van andere deelnemers te horen.

Het komt zelden voor dat een deelnemer afgewezen wordt voor deelname. Is deelname aan een groep niet wenselijk dan wordt altijd gezocht naar een individueel aansluitend behandelaanbod.

Op basis van alle informatie wordt gezocht naar een optimale groepssamenstelling. Afwegingen daarbij zijn de problematiek die cliënten delen (middelen die men gebruikte, bijvoorbeeld alleen alcohol), sekse (alleen vrouwen) of groepsdynamiek (deelnemers die elkaar wat te bieden hebben).

### **3.7.2.3      Structuur van de sessies**

De modules hebben een vaste en herkenbare structuur.

Elke les/ sessie wordt gestart met een hartelijk welkom voor alle deelnemers. Voor sommige deelnemers is het een moeilijke opgave om naar de training te komen, zeker in het begin. Ontvangst met koffie en thee kan een ontspannen sfeer bevorderen. Daarna wordt er *bijgepraat*, gevraagd hoe iedereen erbij zit. Dit kan gezien worden als een 'warming up'. Even bijpraten geeft deelnemers de gelegenheid zich in te stellen op de groep en de training en zich los te maken van de drukte van alledag. Men kan even zijn hart luchten over zaken die hen bezighouden of dwars zitten, waardoor deelnemers zich daarna beter kunnen concentreren op de les.

Door dit bijpraten wordt het contact tussen deelnemers onderling bevorderd. Ze worden aangemoedigd om elkaar te vertellen wat ze hebben meegemaakt en worden gestimuleerd op elkaar te reageren en oefenen op die manier langs informele weg een aantal sociale vaardigheden ( luisteren naar elkaar, reageren op elkaar, opkomen voor jezelf). De trainers zijn uitnodigend in hun houding, benadrukken op die manier het belang van op een prettige manier omgaan met elkaar en dragen zorg voor een prettige sfeer tijdens de training. Trainers weten wat er leeft bij de deelnemers en kunnen daarbij aansluiten in de les. In een latere fase in de training kunnen op die manier ook moeilijkheden of wrijvingen tussen deelnemers aan de orde komen en aangepakt worden.

Vervolgens wordt *teruggeblikt* op de vorige les en opdrachten besproken. Voor trainers van belang om te toetsen of de stof die vorige keer is behandeld goed begrepen is en te checken of deelnemers de opdrachten gemaakt hebben en daarbij voldoende gesteund worden door hun netwerk. Informatie van deelnemers kan aanleiding zijn voor (gedeeltelijke) herhaling van de lesstof of tot contact met het netwerk. Dit alles is erop gericht faalervaringen bij de deelnemer te voorkomen en te bevorderen dat de deelnemer plezier en succes ervaart door zijn deelname.

Elke sessie/ les heeft een *leskern*, het specifieke onderwerp van die les.

Standaard wordt afgesloten met een *samenvatting*, uitreiking van *opdrachten* en met een korte mondelinge *evaluatie* van de les.

De samenvatting heeft weer tot doel om na te gaan wat deelnemers begrepen hebben van de lesstof. De evaluatie om te checken of men voldoende heeft aangesloten bij elke deelnemer. Van belang is dat de deelnemer met een tevreden gevoel vertrekt. Dit vergroot de kans dat hij zijn opdracht gaat maken/ doen en de motivatie om de volgende keer weer te komen.

De opdrachten zijn een middel om de generalisatie van het geleerde te bevorderen. Deelnemers worden gestimuleerd om wat ze in de groep geleerd hebben in de eigen omgeving toe te passen. Het vergroot de betrokkenheid bij de training van zowel de deelnemer als zijn netwerk, als zijn eigen omgeving en stelt de trainer in de gelegenheid om te toetsen of en wat de deelnemer begrijpt en waar eventueel aanpassingen nodig zijn.

Daarbij is een grote rol weggelegd voor het betrokken netwerk. Daarom vindt er, met medeweten en instemming van de deelnemer, ook een *terugkoppeling* plaats naar het netwerk van de deelnemer. Dit gebeurt aan de hand van een *deelnemersvolgkaart* (bijlage 3), die samen met de opdrachten van de deelnemers en eventuele instructies aan het netwerk worden doorgegeven. Bij problemen wordt contact opgenomen, altijd in overleg met de deelnemer. Een van de veelkomende problemen kan zijn, zeker aan het begin van de leefstijltraining, dat deelnemers niet of te laat naar de training komen. Natuurlijk is het belangrijk dat deelnemers alle lessen volgen. Bij afwezigheid van een deelnemer wordt dan ook direct contact opgenomen met deelnemer en/of netwerk, waarin besproken wordt hoe deelnemer gesteund kan worden om toch de drempel te nemen. Ons beleid is daarin 'outreaching' en op maat. Zo kan een deelnemer opgehaald worden of kan een (individuele) training bij de deelnemer thuis worden aangeboden en kan in geval van overmacht een les worden ingehaald.

#### **3.7.2.4. Afsluiting van de module**

Aan het einde van elke module schrijven de trainers een *eindverslag* en een *advies*. Zo'n advies kan bijvoorbeeld zijn het vervolgen van de tweede training, het herhalen van een aantal onderdelen, een vervolg maar dan individueel of juist in een groep, deelname aan de PMT- en/of Dramatherapie groepen.

Het eindadvies wordt door een van de trainers besproken met de deelnemer en zijn netwerk.

Onderdeel van de training zijn ook de *hulpkaart* (EHK) en het *terugvalpreventieplan*, die tijdens de trainingen worden gemaakt. Ook deze hulpdocumenten worden uitgereikt en besproken met de deelnemer en zijn netwerk.

Na consensus over de inhoud van eindverslag, hulpmiddelen en advies, wordt een afspraak gemaakt voor een *slotbijeenkomst*. Deze bijeenkomst heeft een feestelijk

karakter en deelnemers mogen voor hun belangrijke mensen uitnodigen om daarbij te zijn. In deze bijeenkomst vertellen deelnemers zelf, daarin bijgestaan door de trainers, wat ze geleerd en bereikt hebben, lichten zij hun hulpkartaal en terugval preventieplan toe en vertellen zij hoe ze verder gaan (advies) en wat en wie ze daarbij nodig hebben.

Ze krijgen vervolgens een certificaat van deelname uitgereikt en een mapje met de belangrijke documenten erin (eindverslag, hulpkartaal, terugvalpreventieplan, zie bijlage 5).

Trainers benutten deze bijeenkomst om deelnemers en netwerk, te doordringen van het belang van het gebruiken van deze ondersteunende middelen.

#### **4. Onderzoek**

Rondom de uitvoering en effectiviteit van GzL worden diverse onderzoeken uitgevoerd. In verschillende deelonderzoeken wordt een evaluatie uitgevoerd naar het proces van GzL (procesevaluatie). Daarnaast wordt onderzoek binnen de instelling uitgevoerd naar de gemeten veranderingen bij de deelnemers van GzL met behulp van Routine Outcome Monitoring (ROM) metingen (effectevaluatie).

##### **4.1. Procesevaluatie**

Procesevaluatie is nodig om te evalueren wat de sterke en zwakke punten van een behandelprogramma zijn. Met deze informatie kan een behandelprogramma worden verbeterd en is duidelijk onder welke condities het behandelprogramma succesvol kan zijn. In de procesevaluatie van GzL gaan we in op verschillende aspecten. Allereerst wordt gekeken welke doelgroep is bereikt met GzL en hoe dit overeenkomt met de beoogde doelgroep van dit programma. Gegevens worden gehaald uit de dossiers van deelnemers en er worden interviews gehouden met deelnemers die het volledige behandelprogramma GzL hebben afgerond.

Daarnaast wordt de motivatie en mate van inzet voor het programma van de deelnemers door hun trainers beoordeeld met de Beoordelingslijst Inzet voor de Behandeling (BIB; Drieschner & Boomsma, 2008a). De BIB wordt ingevuld over elke deelnemer na het volgen van een module. De volgende subschalen van de BIB worden gebruikt: Aanwezigheid, Openheid, Inspanning voor verandering van probleemgedrag, Omgang met gestelde doelen, Constructief gebruik maken van de therapiezittingen, Tussen therapiezittingen bezig zijn met het besprokene en Globale beoordeling van de mate van inzet.

Uit verschillende onderzoeken blijkt de betrouwbaarheid en validiteit van de BIB. De BIB heeft een goede interne consistentie (Cronbach's alpha = 0,93) en een uitstekende

interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC = 0,76; Drieschner & Boomsma, 2008a). De validiteit van de BIB blijkt uit de goede constructvaliditeit waarbij significante correlaties werden gevonden met andere vragenlijsten gericht op motivatie (Drieschner & Boomsma, 2008b). Daarnaast blijkt de validiteit van de BIB uit de predictieve validiteit, waarbij de BIB voortijdige beëindiging van de behandeling (Area under the Curve [AUC] = 0,71 voor drop out en AUC = 0,87 voor push out) en behandel succes (Spearman's rho = 0,41; Drieschner & Verschuur, 2010) kon voorspellen.

Ten slotte gaat de procesevaluatie over de waardering en ervaring van deelnemers en trainers. De ervaring van deelnemers wordt in kaart gebracht door interviews die gehouden worden met deelnemers die GzL hebben afgerond. De ervaring van trainers wordt gemeten met de responsiviteitschaal van de BIB, waarbij gekeken wordt of de module aansluit bij de deelnemer op het gebied van eisen aan cognitief en taalniveau, emotionele en psychische belasting, groepssetting en leeftijd, geslacht en cultuur.

#### **4.2 Effectevaluatie**

De effectevaluatie wordt gebaseerd op data die worden verzameld binnen de ROM van Trajectum. ROM bestaat uit het herhaaldelijk meten van behandeluitkomsten. Behandeluitkomsten worden ten behoeve van de effectevaluatie van GzL gemeten met de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2007).

De DROS bestaat uit 14 subschalen met in totaal 42 items, gericht op dynamische factoren die een risico kunnen vormen voor externaliserend probleemgedrag zoals probleembesef, copingvaardigheden en impulsiviteit. De DROS is een instrument, dat wordt ingevuld door behandelaren op basis van beschikbare informatie (bijvoorbeeld van eigen observaties, informatie van cliënt, groepsleiding, of andere derden). De DROS is betrouwbaar en valide, met voor de DROS totaalscore een goede interne consistentie (Cronbach's alpha = 0,94), een hoge test-hertest betrouwbaarheid ( $r = 0,94, p < 0,01$ ), een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (ICC = 0,79) en een sterke concurrente validiteit (Delforterie, Hesper & Didden, manuscript aangeboden).

Doelen van GzL zijn onder andere terugdringen of stoppen van middelengebruik en het verminderen van problematisch gedrag (overlast). Omdat de relatie tussen behandelvoortgang en middelengebruik in een klinische setting door de restrictiviteit van de setting wordt 'verstoord' is het verloop van het middelengebruik geen geschikte variabele om de effectiviteit van GzL tijdens de behandeling te monitoren. De DROS is ontwikkeld om ook veranderingen binnen een klinische setting te kunnen meten, en is gericht op verlangen naar middelengebruik, attitudes tegenover middelengebruik, en

aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik, samengevat in een subschaal Neiging tot problematisch middelengebruik. Deze subschaal is belangrijk voor het meten van het effect van GzL. Maar ook items zoals probleembesef, attitude tegenover de behandeling en copingvaardigheden zijn belangrijke doelen van GzL die met de DROS worden gemeten. Uit de DROS zijn 9 items geselecteerd die overeenkomen met de doelen van de verschillende modules van GzL (zie Tabel 1 voor deze items). Naast de DROS totaalscore wordt een gemiddelde score berekend van deze 9 items. Deze subscore van 9 items wordt gebruikt om de effectiviteit van GzL te onderzoeken.

Elke 6 maanden wordt de DROS ingevuld door de behandelaar van de deelnemer. Omdat deze meetmomenten niet altijd overeenkomen met de start en afronding van een module, worden zo nodig extra metingen ingepland gericht op de 9 specifieke GzL items van de DROS zodat er geen of weinig tijd zit tussen afname van de DROS en start en afronding van een module. Voor de analyses wordt een begin-, tussen- en eindmeting geselecteerd uit de beschikbare data. De beginmeting is de meting die zo dicht mogelijk bij de start van de eerste module (Motivatietraining) is afgenomen. De tussenmeting is de meting die zo dicht mogelijk bij de afronding van de tweede module (Mijn gebruik) of bij de start van de laatste module (Vaardigheidstraining) is afgenomen. De eindmeting is de meting die zo dicht mogelijk, maar in ieder geval ná het afronden van de laatste module is afgenomen.

De data van de DROS worden geanalyseerd op groeps- en op individueel niveau. Op groepsniveau wordt gekeken naar de data van de cliënten die GzL volledig hebben afgerond. De DROS metingen die het dichtst bij de begin-, tussen- en einddatum van GzL liggen worden geselecteerd als respectievelijk start-, tussen- en eindmeting. Met een gepaarde t-toets wordt gekeken of het verschil in start- en eindmeting op groepsniveau significant is, en hoe groot het effect is. Op individueel niveau wordt een n=1 studie uitgevoerd. Per cliënt wordt de reliable change index berekend op basis van de start-, tussen- en eindmeting van de DROS.

Tabel 1

Modules, doelen en bijbehorende DROS items bij programma Ge-zonder leven

<b>Module</b>	<b>Doelen</b>	<b>DROS items</b>
Motivatie- training	Leren praten over eigen gebruik Bewust worden van eigen probleem Gemotiveerd raken om aan het Probleem te werken	1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag 2.1 Erkennen noodzaak van professionele zorg
Mijn Gebruik	Versterking probleembesef, besef van voordelen van veranderen en succesverwachting Besef van risicofactoren en -situaties Opstellen terugvalpreventieplan	4.3 Regelconformiteit 4.4 Openheid 6.2 Coping met risicovolle drang 6.3 Coping met overige stressoren
Vaardig- heids- training	'Nee' leren zeggen tegen alcohol/drugs Herkennen van gevaarsignalen voor terugval Leren stoppen van kleine terugval Copingvaardigheden (o.a. leren ontspannen; hulp invoeren)	13.1 Verlangen naar middelengebruik 13.2 Idealiseren van middelengebruik 13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik



# Bijlagen

The word 'Bijlagen' is rendered in a large, bold, sans-serif font. The letters are filled with a gradient that transitions from a dark brown at the top to a bright yellow at the bottom. The text is presented in a 3D perspective, with a dark brown shadow cast beneath it, giving it a sense of depth and volume.



## BIJLAGE 1 AANMELDINGSFORMULIER GzL

---

Naam deelnemer:  
Afdeling:  
Persoonlijk begeleider:  
Behandelaar:  
Datum aanvraag:

---

### **Korte omschrijving van de verslavingsproblematiek (waarom is het een probleem, wat merk je er nu nog van, e.d.)**

.....
.....
.....
.....
.....

### **Welke van de volgende uitspraken is het meest van toepassing op jouw cliënt**

*(graag een x voor het antwoord wat van toepassing is)*

- Ik gebruik niet meer, maar ik kom nog wel vaak in de verleiding
- Ik heb besloten niet meer te gaan gebruiken
- Ik heb geen probleem met middelen/gokken, anderen vinden dat ik een probleem heb
- Ik twijfel over stoppen met gebruik
- Het kost mij geen enkele moeite om niet te gebruiken
- Ik heb onlangs nog gebruikt (laatste twee maanden)

### **Is de cliënt in staat in een groep te functioneren?**

*(graag een x onder het antwoord wat van toepassing is)*

Geheel niet    1        2        3        4        5        zeer goed

### **Voor welke modules komt je cliënt naar verwachting in aanmerking (meerdere antwoorden mogelijk)**

- Motivatietraining: leren praten over verslaving, herkennen trek, probleembesef vergroten, kennis over verslaving vergroten
- Mijn gebruik: analyse maken van eigen verslaving
- Vaardigheidstraining: oefenen met vaardigheden om nee te zeggen tegen drugs
- PMT verslaving: ervaringsgericht leren omgaan met verslaving, affiniteit met het medium (in principe in combinatie met een deel van de cognitieve trainingen)
- Drama verslaving: ervaringsgericht leren omgaan met verslaving, affiniteit met het medium (in principe in combinatie met een deel van de cognitieve trainingen)

### **Is de aanmelding met cliënt besproken en zo ja, wat was zijn/haar reactie?**

.....
.....

### **Overige opmerkingen**

.....
.....

**BIJLAGE 2            FORMAT INTAKEGESPREK GzL**

---

**Naam:** .....  
**Afdeling:** .....  
**Pb-er/schaduw PB-er:** .....  
**BV:** .....  
**Status:** .....  
**Datum:** .....

---

**1. Welke middelen heb je gebruikt? Heb je problemen gehad met gokken?**

.....  
.....  
.....

**2. Indien aan de orde: had je gebruikt ten tijde van je delict?**

.....

**3. Vind je dat er sprake is of was van verslaving?**

.....  
.....

**4. Hoe vind je het dat je mee gaat doen aan deze training (motivatie)?**

.....  
.....  
.....

**5. Hoe vind je het om in een groep dingen te doen (groeps geschiktheid)?**

.....  
.....

**6. Wat wil je leren van de training (leerdoelen)?**

.....  
.....  
.....

**7. Wat verwacht je van de training?**

.....  
.....  
.....

**8. Overig: wat is nog niet besproken en vind je wel belangrijk om te vertellen?**

.....  
.....  
.....

## BIJLAGE 3 DEELNEMERSVOLGKAARTEN

### DEELNEMERSVOLGKAART Module

Training: "....."

#### Algemeen

Naam deelnemer:	Datum:	Aanwezig:
-----------------	--------	-----------

#### Inzet/Motivatie

--

#### Lesinhoud

--

#### Opdrachten

--

## DEELNEMERSVOLGKAART Dramatherapie



### Module 'Op verhaal komen'

#### Algemeen

Naam deelnemer:	Datum:	Aanwezig:
-----------------	--------	-----------

#### Deelnemer: motivatie, rol, resultaat

--

#### Samenvattend/aanbod

--

#### Algehele nabeschuiving/aandachtspunten volgende sessie

--

## DEELNEMERSVOLGKAART Dramatherapie

---



### Module 'Verhaal halen'

#### Algemeen

Naam deelnemer:	Datum:	Aanwezig:
-----------------	--------	-----------

#### Deelnemer: motivatie, rol, resultaat

--

#### Samenvattend/aanbod (vaardigheid)

--

#### Algehele nabeschuwing/aandachtspunten volgende sessie

--

# DEELNEMERSVOLGKAART PMT

## Module 'Klaar voor de start?!'



### Algemeen

Naam deelnemer:	Datum:	Aanwezig:
-----------------	--------	-----------

### Deelnemer: motivatie, rol, resultaat

--

### Samenvattend/aanbod (vaardigheid)

--

### Algehele nabeschuiving/aandachtspunten volgende sessie

--



## DEELNEMERSVOLGKAART PMT



### Module 'Stevig staan'

#### Algemeen

Naam deelnemer:	Datum:	Aanwezig:
-----------------	--------	-----------

#### Deelnemer: motivatie, rol, resultaat

--

#### Samenvattend/aanbod (vaardigheid)

--

#### Algehele nabeschuiving/aandachtspunten volgende sessie

--

## BIJLAGE 4

## FORMAT EVALUATIEFORMULIEREN

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_ (dag) \_\_\_\_ (maand) \_\_\_\_ (jaar)

Modulenaam:

Bijeenkomst nummer/ onderwerp:

Hoe vond je het de bijeenkomst vandaag? Zet een kruisje in het hokje om ons te laten weten hoe je het vond. Hoe dichterbij het lachende gezicht met duim omhoog, hoe fijner je het vond om vandaag hier te zijn. Dichter bij het gezicht met de duim naar beneden betekent dat je het minder fijn vond om vandaag hier te zijn.

De trainer(s) luisterden naar me 		Ik weet het niet 		De trainer(s) luisterden niet altijd naar me 

Het onderwerp van vandaag vond ik belangrijk 		Ik weet het niet 		Het onderwerp van vandaag vond ik niet belangrijk 

Ik voelde mij op mijn gemak 		Ik weet het niet 		Ik voelde mij niet op mijn gemak 

Wat we hebben gedaan vond ik prettig 		Ik weet het niet 		Wat we hebben gedaan vond ik niet prettig 

## Evaluatieformulier voor deelnemer aan het eind van elke module/therapie

We willen graag weten wat je van de training vond. Je hoeft je naam niet in te vullen. Geef alsjeblieft antwoord op de onderstaande vragen. Het gaat steeds om **jouw mening**. Zet een kruisje in het vakje dat het beste past bij wat jij vindt. Jouw antwoorden kunnen ons helpen om de training te verbeteren. Jouw persoonlijk begeleider kan jou helpen bij het invullen.

Datum \_\_\_\_\_

Naam module: **omcirkel!**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Motivatietraining 'Het begin'          | 4. PMT module 1 'Klaar voor de start!'       |
| 2. Module 'Mijn Gebruik'                  | 5. PMT module 2 'Stevig staan'               |
| 3. Vaardigheidstraining                   | 6. Dramatherapie module 1 'op verhaal komen' |
| 7. Dramatherapie module 2 'Verhaal halen' |  |

### 1. vind je dat deze module jou helpt om te leren omgaan met je eigen drank en/ of drugsgebruik?

- Helemaal niet
- Niet zo veel
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

### 2. Helpt deze module jou om problemen te voorkomen?

- Helemaal niet
- Niet zo veel
- Een beetje
- Veel
- Heel veel

### 3. Vond je het leuk om deze module te doen?

- Helemaal niet leuk
- Niet zo leuk
- Een beetje leuk
- Leuk
- Heel erg leuk

### 4. Hoe was deze module geregeld?

- Slecht geregeld
- Matig geregeld
- Niet slecht en niet goed geregeld
- Goed geregeld
- Heel goed geregeld

**4. In deze module heb ik geleerd:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**5. Aan deze module vind ik het leukst:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**6. Aan deze module vind ik het minst leuk:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**9. Moest je voor deze module dingen doen die volgens jou helemaal niet helpen?**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**10. Heb je nog opmerkingen of tips om deze module te verbeteren?**

**Hartelijk dank voor het invullen!**

## Evaluatielijst per modulebijeenkomst voor trainers GzL

Na afloop van elke modulebijeenkomst beantwoorden beide trainers, afzonderlijk van elkaar, onderstaande algemene evaluatieve vragen.

### Deze evaluatie betreft module: **omcirkel!**

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 6. Motivatietraining 'Het begin' | 4. PMT module 1 'Klaar voor de start!'       |
| 7. Module 'Mijn Gebruik'         | 5. PMT module 2 'Stevig staan'               |
| 8. Vaardigheidstraining          | 6. Dramatherapie module 1 'op verhaal komen' |
|                                  | 7. Dramatherapie module 2 'Verhaal halen'    |

**Bijeenkomstnr:**

**Datum:**

**Aantal deelnemers:**

---

**Naam trainer:**

---

**Naam trainer waarmee je module geeft:**

---

**Bijzonderheden m.b.t deze modulebijeenkomst:**

---

---

**Algemene evaluatieve vragen:**

**Over de behandeling van welke onderdelen bij deze bijeenkomst ben je (erg) tevreden?**

---

---

**Welke onderdelen van de bijeenkomst vond jij (te) moeilijk om als trainer te behandelen?**

---

---

**Vonden de deelnemers bepaalde onderdelen van deze bijeenkomst te moeilijk?**

☐ Nee

☐ Ja, de volgende onderdelen:

---

---

Hoe ben je hiermee omgegaan?

---

---

**Heb je aanwijzingen dat de deelnemers de doelen voor deze bijeenkomst hebben opgepakt?**

Ja, de volgende doelen van deze bijeenkomst **wel**:

---

---

De volgende doelen van deze bijeenkomst **niet**:

---

---

**Heb je onderdelen of iets anders gemist in deze bijeenkomst? Heb je verbetervoorstellen?**

---

---

**Aanvullende opmerkingen:**

---

---

---

## **Inventarisatie facilitering Ge- zonder leven!! door instelling**

Dit interview wordt door de coördinator ( op locatie) na afronding van elke module afgenomen bij de trainers.

De coördinator koppelt de bevindingen terug aan de programmaleider.

Bij elke vraag is er specifiek aandacht voor 3 punten:

1. Wat ging er goed?
2. Waar bevinden zich knelpunten?
3. Heeft men specifieke en leerzame ervaringen opgedaan?

### ***Selectie en aanmelding***

- Is de selectie van deelnemers volgens plan verlopen?
- Is de selectie van deelnemers voldoende gefaciliteerd door de instelling?
- Hebben de trainers de juiste en volledige informatie aangeleverd gekregen bij de aanmelding van de module? En gebeurde dit tijdig?

### ***Accommodatie en benodigde materialen***

- Voldeed de accommodatie?
- Was de beschikbaarstelling/reservering van de accommodatie goed geregeld?
- Voldeed het benodigde materiaal en was het goed beschikbaar?

### ***Draagvlak voor uitvoering van de interventie***

- Zijn de cliënten in staat gesteld op tijd aanwezig te zijn bij de bijeenkomsten?
- Ondersteunde de afdeling (persoonlijk begeleider) de deelnemers zoals afgesproken bij het maken van (huiswerk)opdrachten?
- Heerst er op de afdeling/in de instelling een positieve attitude t.a.v. Ge- zonder Leven?

### ***Trainer en co-trainer***

- Zijn er goede afspraken gemaakt over de taakverdeling tussen de trainers?
- Waren de trainers voldoende op elkaar ingespeeld, en hebben ze daar genoeg tijd en mogelijkheden voor gekregen van de instelling?
- Hebben de trainers gedurende de module voldoende begeleiding gehad van de programmaleider?

### ***Uitvoerbaarheid van het moduleprogramma***

- Is er voldoende tijd beschikbaar gesteld voor het uitvoeren van alle onderdelen van de module, bijv. voor de oefeningen en voor het bijhouden van de Individuele deelnemersvolgkaart?
- Verliep de overdracht van en naar de leefgroep zoals gepland en naar tevredenheid?
- Verliep de overdracht van de ene naar de andere module zoals gepland en naar tevredenheid?



### ***Afsluiting, informatieverwerking en evaluatie***

- Verliep het verwerken van informatie na afloop van de module zoals gepland en naar tevredenheid? Denk aan: afsluiten van module, aanmelden voor vervolg en doorstromen, de gehele administratie.
- Hoe is de evaluatie van de module met de deelnemers verlopen? Zijn de instrumenten afgenomen en is dit gedaan door de juiste personen?
- Zijn de trainers in staat gesteld om de training goed te evalueren?
- Zijn er overige punten die extra aandacht verdienen met betrekking tot de facilitering door de instelling?

## Interview Ge-zonder Leven!!

*Uitleg interview: doel, tijd, gebruik van de gegevens*

1. Wat is de reden dat je voor behandeling bent opgenomen bij Trajectum?

.....  
.....  
.....  
.....

2. Welke problemen had je?

middelen (welke):

.....  
.....

agressie

.....  
.....

SGG

.....  
.....

werk/school

.....  
.....

financiën

.....  
.....

justitie/politie

.....  
.....

gezondheid

.....  
.....

sociaal

.....  
.....

psychisch

.....  
.....

overig

.....  
.....

3. Hoe is het nu met deze problemen (Hoeveel last heb je nog van deze problemen)?

.....  
.....  
.....  
.....

4. Hoeveel gebruikte je voordat je werd opgenomen? Hoeveel gebruik je nu?:

Middel	Voor opname	Nu
Alcohol		
Cannabis		
Cocaïne		

Speed		
XTC		
Heroïne		
Tripmiddelen, zoals LSD, paddo's		
GHB		
Nicotine		
Methadon		
Gokken		

5. Wat heb je nodig om op een goede manier om te gaan met middelen/verslaving?  
B.v. gesprek, UC, TVP

.....  
.....  
.....  
.....

6. Wat heb je geleerd van de verslavingsmodules?

.....  
.....  
.....  
.....

7. Welke onderdelen zijn je het meest bijgebleven (vereenvoudigd: wat herinner je je het meest van de modules)?

.....  
.....  
.....

8. Welke onderdelen vond je minder/niet nuttig?

.....  
.....  
.....  
.....

9. Welke onderdelen van de module gebruik je nu nog?

.....  
.....  
.....

10. Wat vond je prettig aan de modules?

.....  
.....  
.....

11. Wat vond je niet prettig?

.....  
.....  
.....  
12. Wat vond je ervan om de module in een groep te doen?

.....  
.....  
.....  
13. Zou je de behandeling aan iemand anders aanraden en waarom (*wat zou je zeggen*)?

.....  
.....  
.....  
14. Welk rapportcijfer zou je de modules geven?

.....  
.....  
.....  
15. Heb je eerder behandeling voor verslaving gehad? Zo ja, hoe verschilt de behandeling van Trajectum van eerdere behandeling? Wat vind je daarvan? Beter/slechter?

.....  
.....  
.....  
16. Welke tips ter verbetering heb je?

.....  
.....  
.....  
17. Overige opmerkingen?

.....  
.....  
.....  
**Bedankt!**

**EINDVERSLAG Module: 'het begin'**

---

**Naam deelnemer:****Datum:****Trainers:****Algemeen**

Algehele indruk deelnemer (vooraf, tijdens, na)

**BIB-items gebruiken:**

- Aanwezigheid
- Openheid; Inspanning voor verandering
- Inzet tijdens en tussen de zittingen

**Overzicht van de onderwerpen:**

- Kennismaken met elkaar en de training
- Middelen en hun werking
- Wat is verslaving
- Craving
- Alcohol
- Heroïne
- GHB
- Cocaïne
- Speed
- XTC
- Cannabis
- Overige bewustzijnsveranderende middelen
- Gokken
- Afsluiting en evaluatie

**Resultaat: Wat heeft de deelnemer geleerd tijdens de training?****T.a.v. gestelde doelen**

- Wat vindt de deelnemer zelf (eigen doelen)
- Hoe denken de trainers erover
- Indruk afdeling/pb-er/bv-er

**Gebruik maken van DROS-items**

- 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen
- 2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg
- 4.3 Regelconformiteit
- 4.4 Transparantie / openheid
- 6.2 Coping met risicovolle drang
- 6.3 Coping met overige stressoren
- 13.1 Attitude tegenover problematisch middelengebruik
- 13.2 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik
- 13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelen / gokken

**PMT & Drama****Samenvatting en advies****Mening van de deelnemer****Bijlagen:** optioneel: eigen verhaal/voorbereiding van de les

## **EINDVERSLAG 'Mijn Gebruik'**

---

**Naam deelnemer:**

**Datum:**

**Trainers:**

### **Algemeen**

Algehele indruk deelnemer (vooraf, tijdens, na)

### **BIB-items gebruiken:**

- Aanwezigheid
- Openheid; Inspanning voor verandering
- Inzet tijdens en tussen de zittingen

### **Besluit van de deelnemer**

### **Overzicht van de onderwerpen:**

- Kennismaken met de training
- De motivatiecirkel
- De 5 G's en de 5 B's
- Voor- en nadelen van gebruik
- Redenen om te stoppen & Alternatieven voor gebruik
- Hoog-risicosituaties
- Waarschuwingssignalen
- Wie is belangrijk / De helper
- Terugvalpreventieplan en SOS-kaart
- Afsluiting en evaluatie

### **Resultaat: Wat heeft de deelnemer geleerd tijdens de training?**

#### **T.a.v. gestelde doelen**

- Wat vindt de deelnemer zelf (eigen doelen)?
- Hoe denken de trainers erover?
- Indruk professioneel netwerk

### **Gebruik maken van DROS-items**

- 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen
- 2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg
- 4.5 Regelconformiteit
- 4.6 Transparantie / openheid
- 6.4 Coping met risicovolle drang
- 6.5 Coping met overige stressoren
- 13.4 Attitude tegenover problematisch middelengebruik
- 13.5 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik
- 13.6 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelen / gokken

### **PMT & Drama**

### **Samenvatting en advies**

### **Mening van de deelnemer**

### **Bijlagen**

- SOS-kaart & terugvalpreventieplan

## **EINDVERSLAG vaardigheidstraining**

---

**Naam deelnemer:**

**Datum:**

**Trainers**

### **Algemeen**

- Algehele indruk cliënt (vooraf ,tijdens, na)
- BIB-items gebruiken:
  - aanwezigheid
  - openheid
  - inspanning voor verandering
  - omgang met gestelde doelen
  - inzet tijdens en tussen de zittingen

### **Inhoud van de training**

Overzicht van de onderwerpen/vaardigheden:

### **Inhoud van de training**

Overzicht van de tien vaardigheden:

- 1. Stoppen na een terugval.**
- 2. Melden van een terugval.**
- 3. Hulp vragen (van een druk bezet iemand).**
- 4. Vertellen dat je niet meer gebruikt.**
- 5. Weigeren van drugs van een dealer.**
- 6. Weigeren van drugs/alcohol van vrienden en familie.**
- 7. Omgaan met spanning en stress.**
- 8. Baas zijn over eigen gedachten.**
- 9. Oplossen van problemen**
- 10.Omgaan met craving.**

### **Resultaat**

Wat heeft de deelnemer geleerd tijdens de training?

- T.a.v. gestelde doelen:
  - o Wat vindt de deelnemer zelf (eigen doelen)
  - o Hoe denken de trainers erover
  - o Indruk (professionele) netwerk
  
- Gebruik maken van DROS-items

Voor alle trainingen:

- 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen
- 2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg
- 4.3 Regelconformiteit
- 4.4 Transparantie / openheid
- 6.2. Coping met risicovolle drang
- 6.3. Coping met overige stressoren
- 13.1 Verlangen naar middelengebruik of gokken
- 13.2 Idealiseren van middelengebruik / gokken
- 13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelen / gokken

### **PMT & Drama**

*Samenvatting of alleen verwijzing naar eindverslag PMT*

### **Samenvatting en advies**

Samenvatting:

Advies:

*+ hoe komt je advies tot stand (hierbij ook gebruik maken van de informatie uit BIB. DROS en doelen)*

### **Mening van de cliënt:**

### **Bijlagen**

- SOS-kaart (MG)
- Terugvalpreventieplan (bij MG & VT)



## Eindverslag "Klaar voor de start?!"

Naam deelnemer  
Afdeling  
Behandelverantwoordelijke  
Therapeut/cotherapeut  
Datum  
Periode



### **Inhoud van de training: uitgangspunt, doelstellingen**

#### Uitgangspunt

Binnen een ervaringsgerichte context worden 16 sessies aangeboden die gericht zijn op de eerste fase van behandeling rondom verslaving. Door middel van 15 thema's in de praktijk te laten terugkomen, oefenen de deelnemers met het praten over verslaving, zichzelf en elkaar. Ze maken kennis met verschillende relevante behandelthema's waarbij het accent ligt op lichaamsbeleving en lichaamsbewustwording teneinde probleembesef en/of intrinsieke motivatie voor behandeling te stimuleren.

#### Doelstellingen

##### *Hoofddoelstelling:*

De motivatie voor verdere behandeling rondom verslaving stimuleren door probleembesef en bereidheid tot verandering te vergroten en/of ontwikkelen

##### *Subdoelstellingen:*

- Kennismaken met en wennen aan een therapeutisch klimaat en therapeutische thema's.
- Zelfkennis, zelfvertrouwen en zelfreflectie vergroten. Eigen gedragspatronen herkennen.
- Lichaamsbewustzijn vergroten en lichaamsbeleving positief beïnvloeden, door cliënten te leren stilstaan bij het lijf, het gevoel en de lichaamssignalen.
- Bovenstaande doelen kunnen koppelen aan (eigen) verslaving (-sgedrag).

### **Verloop van de therapie**

### **Samenvatting en advies/vervolg**

### **Mening deelnemer**

## Eindverslag : "Stevig Staan!!"

Naam deelnemer                    A  
Afdeling                                B  
Behandelverantwoordelijke    C  
Therapeut/cotherapeut         D  
Datum  
Periode



### **Inhoud van de training: uitgangspunt, doelstellingen**

#### Uitgangspunt

Binnen een ervaringsgerichte context komen de tien vaardigheden uit de vaardigheidstraining terug bij PMT. Lichaamsbeleving, non-verbale communicatie, grenzen aangeven, hulp vragen zijn enkele thema's die aan bod komen. Enkele concrete en praktische handelingen uit de training worden geoefend en ervaren in de zaal. De module is ontwikkeld om parallel te lopen aan de vaardigheidstraining zoals deze door de trainers worden aangeboden.

#### Doelstellingen

- Oefenen en ervaren van de 10 vaardigheden uit de vaardigheidstraining.
- Oefenen en ervaren welke lichamelijke en non-verbale aspecten bij deze vaardigheden van belang zijn.
- Lichaamsbewustzijn vergroten, kennis op doen van verband tussen lichaamsbewustzijn en verslaving.

### **Verloop van de therapie**

### **Samenvatting en advies/vervolg**

### **Mening deelnemer**

## Eindverslag 'Op verhaal komen'

Naam deelnemer  
Afdeling



Behandelverantwoordelijke  
Therapeut/cotherapeut  
Datum  
Periode

### Inhoud van de training: uitgangspunt, doelstellingen en werkwijze

#### Uitgangspunt

De module **Op verhaal komen**, sluit aan bij en is ondersteunend aan de cognitief gedragstherapeutische deeltrainingen, 'Het Begin (motivatietraining) en Mijn Gebruik, van de leefstijltraining Ge-zonder leven.

De titel **'Op verhaal komen'** doet recht aan de verslaafde deelnemer die moet wennen aan zijn nieuwe omgeving, deze moet leren accepteren en gemotiveerd moet worden om aan behandeling voor zijn verslaving te beginnen. Het vertrekpunt binnen dramatherapie is het verkrijgen en het maken van spelcontact. Uiteindelijk vertellen deelnemers hun eigen verhaal en brengen zij hun verslaving in beeld in één of meerdere scènes waardoor een andere kijk op hun verslaving kan ontstaan. Zij komen op verhaal.

Met de groep, in de verschillende dramatherapeutische werkvormen, plezier beleven zorgt voor ontspanning, plezier en verbondenheid. Hierdoor ontstaat het vertrouwen dat nodig is om in de groep in dramatherapie aan eigen probleem/verslavingssituaties te kunnen gaan werken. De deelnemers vertellen elkaar op den duur hun 'verslavings'-verhaal en groepsgenoten spelen daar graag een actieve rol in. Iets voor elkaar kunnen doen/betekenen, het altruïsme groeit. Het op afstand 'als toeschouwer' kijken naar het spel van een groepsgenoot en kunnen zien en horen hoe groepsgenoten in vergelijkbare, 'verslavende' situaties hebben gereageerd, geeft steun, inzicht en herkenning.

Deelnemers geven aan dit als stimulerend te ervaren waardoor een intrinsieke motivatie tot behandeling groeit.

Juist de speelse context kan de deelnemer uit een passieve en negatieve gesteldheid weglukken. De meerwaarde van dramatherapie aan verslaafde deelnemers wordt vooral tastbaar als er bij de deelnemer sprake is van een impasse in het handelen die om een min of meer beschermende, verhullende wijze van benaderen vraagt.

#### Doelstellingen

##### Algemeen

- Vergroten en/of ontwikkelen van probleembesef en (dus) motivatie voor verandering/ bereidheid tot veranderen.

##### Specifiek

- Kennismaken met en wennen aan een therapeutisch klimaat en therapeutische thema's.
- Zelfkennis, zelfvertrouwen en zelfreflectie vergroten. Eigen gedragspatronen herkennen.
- Bovenstaande doelen kunnen koppelen aan (eigen) verslaving (-sgedrag).

### Werkwijze

De training bestaat uit drie fasen.

Fase 1 heet leren spelen en neemt 2 à 3 sessies in beslag. Plezier hebben is nodig om op het speelveld te komen. Doordat in de opbouw van de spel oefeningen niet direct het accent op persoonlijke situaties wordt gelegd ervaren deelnemers veiligheid.

Fase 2, mise-en-scène, duurt 2 tot 3 sessies. Wanneer voldoende veiligheid is ontstaan, brengen deelnemers vaak zelf situaties in die in de dagelijkse praktijk als probleem worden ervaren waardoor het spel steeds meer over verslavende thema's kan gaan maar nog niet persé over de eigen ervaring van de deelnemer zelf.

In de derde fase, verslaving in beeld, wordt in 1 à 2 sessies per deelnemer het eigen verhaal over verslaving van de deelnemer in beeld en spel gebracht.

### **Verloop van de therapie/resultaat deelnemer**

### **Samenvatting en advies/vervolg**

### **Mening deelnemer**

## Eindverslag 'Verhaal halen'

Naam deelnemer  
Afdeling  
Behandelverantwoordelijke  
Therapeut/cotherapeut  
Datum  
Periode



### Inhoud van de training: uitgangspunt, doelstellingen en werkwijze

#### Uitgangspunt

De tweede module 'Verhaal halen', sluit aan bij en is een ervaringsgerichte verdieping van het derde deel van de leefstijltraining, de Vaardigheidstraining. Deze module is vooral gericht op het ontwikkelen, verstevigen en eigen maken van copingstrategieën tegen de verleiding van middelengebruik. Er wordt gebruik gemaakt van de methodiek 'Terugspeeltheater'.

#### Doelstellingen

Algemeen:

- Volhouden van verandering
- Beheersen/eigen maken van en toepassen van vaardigheden om niet te blijven zeggen tegen verslavende middelen en ja tegen een gezondere levensstijl.
- Verstevigen van positief zelfbeeld en ervaren: ik kan het en ik doe het.

#### Werkwijze

Terugspeeltheater is een theatervorm, waarbij verhalen, belevenissen en ervaringen van vertellers centraal staan. Door middel van improvisatie, beelden, muziek en geluid wordt er teruggespeeld wat de verteller vertelt. Daardoor ontstaat er een verbinding tussen alle deelnemers. Men herkent (onderdelen van) elkaars verhalen of het roept herinneringen op aan een andere gebeurtenis.

Terugspeeltheater is een veilige methode, omdat er geen discussie is, er niet geoordeeld of beschouwd wordt, maar er geluisterd wordt naar elkaar en gekeken naar elkaars (uitgespeelde) verhalen. Een methode die heel goed aansluit bij de doelgroep. Er is respect, onvoorwaardelijke acceptatie en aandacht voor de individuele beleving van de verteller. De vertellers krijgen de kans om zichzelf open te stellen en mogen zichzelf zijn. Deelnemers zijn zowel verteller als speler als publiek. Teruggespeelde verhalen geven de deelnemers inzicht, (h)erkenning, begrip en onderlinge openheid. Deelnemers ervaren dat ze niet de enige zijn met een bepaald gevoel, een bepaalde gedachte of een probleem. Dit scheidt een band.

Doordat ervaringen vanuit een ander perspectief worden belicht, is het verhelderend en draagt het bij aan de bespreekbaarheid, verwerking en verdieping van de verschillende thema's.

Al doende zal de deelnemer zelf ideeën en oplossingen aandragen voor zijn eigen situatie waarmee zijn egosterkte zal toenemen. *Door het toepassen van adequatere vaardigheden, in terugspeeltheater veelal wensen genoemd, kan een andere afloop worden gerealiseerd. Naast het oefenen met en het zich eigen maken van de vaardigheden werkt dit helend en egoversterkend.*

Door de rol van speler op zich te nemen en het verhaal van de ander terug te spelen, betekent men iets voor de ander en wordt het altruïsme, het gevoel iets voor een ander te kunnen betekenen, bevordert wat het zelfbeeld positief beïnvloedt (Yalom, 1978).

Terugspeeltheater is een combinatie van aan de ene kant het gevoelsmatig beleven van een situatie en aan de andere kant, het afstand nemen via bewuste waarneming en reflectie.

### **Verloop van de therapie/resultaat deelnemer**

### **Samenvatting en advies/vervolg**

### **Mening deelnemer**

## TERUGVALPREVENTIEPLAN

---

### 1. Mijn besluit

--

### 2. Redenen om te stoppen

--

### 3. Hoog- risico situaties

Ik heb het moeilijk:	Wat moet ik dan doen:  Wat moet ik <b>niet</b> doen:
----------------------	--

#### 4. Waarschuwingssignalen

Waaraan merkt de ander dat ik het moeilijk heb:	Wat moet de ander dan doen:  Wat moet de ander zeker <b>niet</b> doen:
---	--

#### 5. Welke situaties moet ik mijden

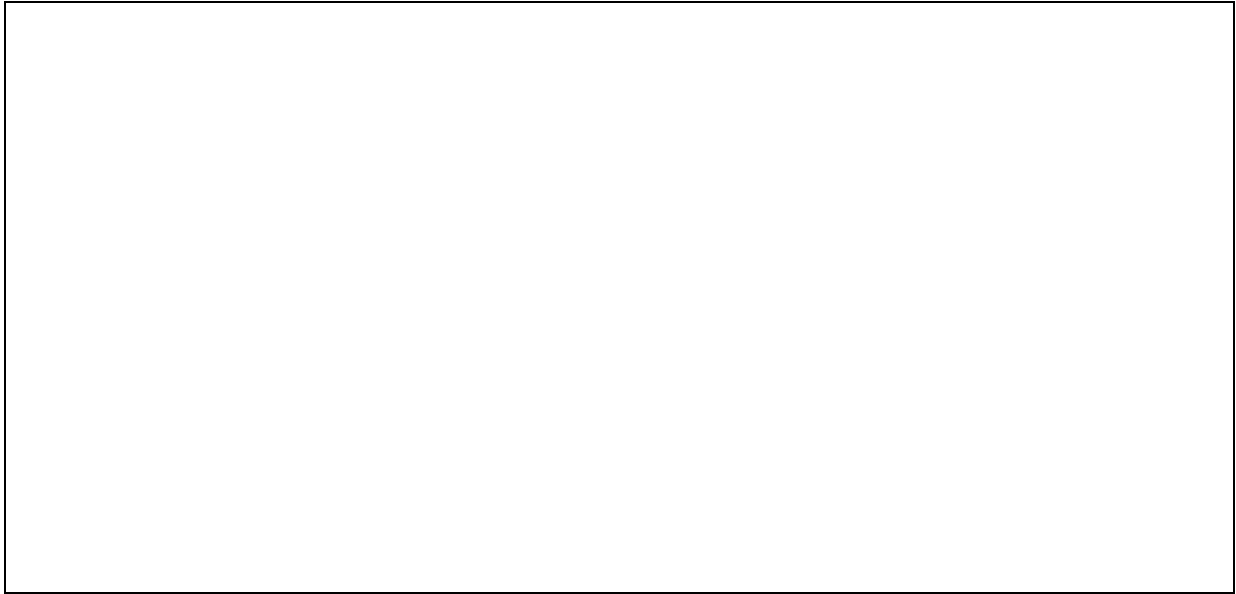
--

#### 6. Wat moet ik doen bij craving

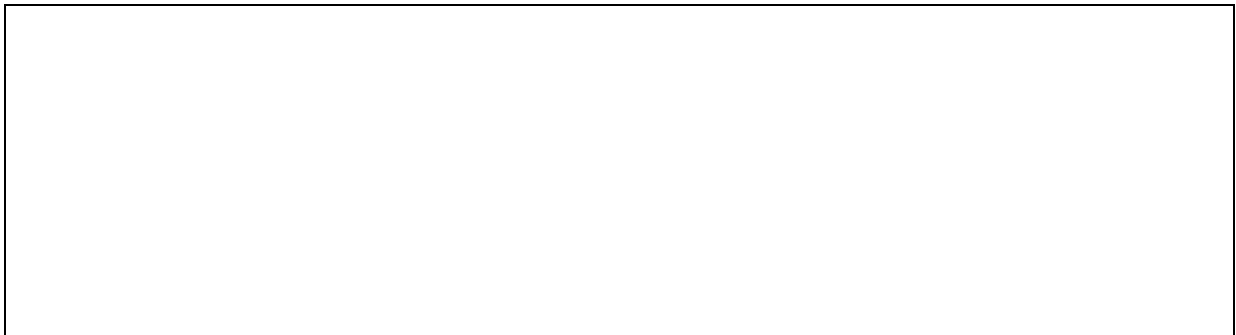
--



## **7. Wat moet ik doen bij terugval**



## **8. Aan wie kan ik altijd hulp vragen**



## EH-KAART

---

**Naam:**

.....

**Als ik het moeilijk heb, dan bel ik met:**

*Vul hier de helper in*

.....

**Mijn redenen om niet te gebruiken zijn:**

*Noem één tot drie redenen om te stoppen*

1. ....

2. ....

3. ....

**In plaats van gebruiken zal ik:**

*Alternatieven voor gebruik*

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

- .....

## BIJLAGE 6 SumID-Q

Voor het in kaart brengen van risicofactoren, gebruik én de gevolgen van gebruik is nu een screeningsinstrument beschikbaar: de SumID-Q (Substance use and misuse in Intellectual Disability-Questionnaire; J. van der Nagel, M. Kiewik, M. van Dijk, C. de Jong en R. Didden, 2011 ). De opzet van de vragenlijst is aangepast aan de mogelijkheden en beperkingen van de doelgroep.

Inzichten uit wetenschappelijk onderzoek zijn erin verwerkt. Het is zowel een meetinstrument als een methodiek om een moeilijk onderwerp als gebruik op een niet veroordelende manier in gesprek te brengen.

### Het belang van het systematisch meten van alle cliënten

Het creëren van een klimaat waarin je met cliënten kunt praten over gebruik is een voorwaarde om zicht te krijgen op gebruik. Het is echter geen garantie dat gebruik ook vanzelf ter sprake komt of dat een cliënt met zijn vragen durft te komen. Om een beter totaaloverzicht te krijgen van gebruik bij cliënten is het daarom van belang om systematisch gebruik in kaart te brengen. Bij het systematisch meten wordt in beginsel **iedereen** geïnterviewd. Immers, de meeste cliënten zullen op de een of andere manier wel in aanraking komen met middelen. Denk hierbij niet alleen aan eigen gebruik, maar ook het zien van gebruik door familie, vrienden, collega's of op tv. Omdat veel cliënten hun beeld van gebruik bouwen op dat wat ze zien, bestaat de kans dat ze onvoldoende besef hebben van de lange termijn gevolgen van gebruik. Ook bij de cliënt van wie je (vrijwel) zeker weet dat hij niet gebruikt, is het belangrijk zicht te krijgen op zijn kennis van en attitude over middelen.

Wanneer je alleen 'op indicatie' (dus niet systematisch) screent, spreek je slechts met een deel van de cliënten gericht over gebruik. Dat kan een dergelijk gesprek een zware lading geven ('er is blijkbaar iets mis'). Wanneer je duidelijk maakt dat het gesprek over middelen 'er gewoon bij hoort' en 'met iedereen gedaan wordt', neem je vooroordelen eerder weg en wordt voorkomen dat je cliënten 'mist'.

### Afname van de SumID-Q bij klinische behandeling

Het instrument wordt afgenomen tijdens de observatie/ diagnostiekfase bij **alle cliënten**. De lijst kan zowel door begeleiders als behandelaars worden afgenomen. Gekeken moet worden wie de basislijst invult. Voorstelbaar is dat de diagnosticus dit op zich neemt.

De handleiding van de SumID-Q raadt aan de afname van het interview in een ontspannen sfeer te laten plaatsvinden. Daarvoor is tijdens de observatie tijd en ruimte voor te maken. Voordeel is dat de sociotherapeuten van de observatieafdelingen, beter dan nu, toegerust worden in het praten met cliënten over hun gebruik. Het wordt meer een gewoon onderwerp van gesprek en dat past heel goed bij onze visie en missie. De vragenlijst geeft bovendien handvatten en structuur. Door voorafgaande scholing worden kennis en vaardigheden van de medewerkers in het omgaan met middelgebruik vergroot. De resultaten van SumID-Q worden in een multidisciplinair overleg besproken. Het eindverslag en advies worden opgenomen in het behandelplan van de cliënt.

In overleg met onderzoek moet overwogen worden of op andere momenten tijdens behandeling de lijst opnieuw zal moeten worden afgenomen ter toetsing en als effectmeting.

### De SumID-Q in een notendop

*Wat is de SumID-Q?*

De SumID-Q is een semi-gestructureerd interview over tabak, alcohol en drugs voor mensen met een lichte verstandelijke beperking.

#### *Wat meet de SumID-Q?*

De SumID-Q brengt in kaart wat de cliënt aan psychoactieve stoffen kent, wat hij/zij er van weet, vindt, wat er in zijn/haar omgeving wordt gebruikt, wat hij/zij eventueel gebruikt en -indien de cliënt gebruikt - wat de gevolgen van gebruik en de motivatie tot veranderen is.

De opzet van het interview maakt het mogelijk om op een open en prettige manier gebruik te bespreken. Daarmee legt het een basis voor eventuele verdere diagnostiek, interventies en preventieve maatregelen.

#### *Doelgroep van de SumID-Q*

De SumID-Q is primair bedoeld voor afname bij volwassenen met een lichte verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid, waarvan nog niet (of niet volledig) helder is of zij middelen gebruiken. Omdat bekend is dat gebruik bij LVB vaak onvoldoende wordt opgemerkt, en om het onderwerp middelengebruik minder beladen te maken, adviseren wij de lijst niet alleen bij risicogroepen in te zetten, maar alle cliënten te screenen.

De praktijk heeft uitgewezen dat de SumID-Q naast de primaire doelgroep ook goed bij LVB-jongeren en cliënten met een iets lager cognitief functioneren uitvoerbaar is.

#### *Gebruikers van de SumID-Q*

De SumID-Q kan worden afgenomen door professionals in de zorg met een sociaal-agogische, gedragskundige of verpleegkundige achtergrond, die een scholing in achtergrond en praktische uitvoering van de afname hebben afgerond.

#### *Wat is er nodig om de SumID-Q af te nemen?*

##### Materialen

De SumID-Q bestaat uit de volgende materialen:

- Handleiding.
- Scoringslijsten.
- Kaartjes met middelen.
- Kaartjes met picto's.

Van belang zijn tenminste:

- Een rustige plek waar cliënt op zijn gemak is.
- Tenminste een half uur de tijd.
- Een in de methodiek geschoolde professional.

### **Informatie over de SumID-Q (Uit de handleiding SumID-Q)**

#### **De visie achter de SumID-Q**

De SumID-Q is ontwikkeld vanuit de idee dat middelengebruik door mensen met LVB een realiteit is die beter onder ogen gezien kan worden. Daarbij past dat gebruik op een prettige, laagdrempelige wijze bespreekbaar gemaakt is, waarbij de cliënt zich aangemoedigd voelt vrijuit te praten. Tegelijkertijd moet de cliënt niet belast worden door zaken die voor hem niet aan de orde zijn. De SumID-Q sluit aan bij deze visie door de niet-confronterende methode en de stapsgewijze opbouw, waarbij alleen bij bekende middelen wordt doorgevraagd.

Middelengebruik laagdrempelig bespreekbaar maken

De SumID-Q is een hulpmiddel om de cliënt te laten vertellen over wat hij weet van middelen, hoe hij daar tegenaan kijkt, en wat hij eventueel zelf gebruikt zonder dat dit negatieve gevolgen heeft. De SumID-Q ondersteunt het bespreekbaar maken als volgt:

Gebruik wordt niet meteen ter sprake gebracht, maar pas nadat er op een ontspannen manier over middelen in het algemeen gesproken is.

Het interview begint laagdrempelig met plaatjes van middelen die de meeste cliënten zullen kennen. Dit heeft twee belangrijke effecten: het kan faalangstige cliënten geruststellen dat het interview niet te moeilijk is, en het geeft ruimte om eerst over sociaal geaccepteerde middelen te praten.

De plaatjes van middelen geven de gelegenheid om de termen die cliënt zelf gebruikt voor middelen te achterhalen. Doordat de cliënt vertelt wat er op het plaatje staat, komen we erachter hoe hij het noemt. In het vervolg van deze lijst kunnen deze termen gebruikt worden om goed aan te sluiten bij de terminologie van cliënt.

De plaatjes maken het interview minder formeel en afstandelijk. Het geeft begeleider en cliënt de kans zich samen (letterlijk) over iets te buigen en erover te praten.

Wanneer elke cliënt met de SumID-Q wordt geïnterviewd, wordt het onderwerp van middelengebruik een onderdeel van het vaste instrumentarium. Hiermee wordt het bespreken van gebruik minder beladen: 'het hoort er bij'.

Professionele nieuwsgierigheid, elk antwoord is goed

Bij het gesprek over gebruik past een oprechte nieuwsgierigheid naar wat de cliënt te vertellen heeft. Door een belangstellende houding wordt cliënt aangemoedigd zijn verhaal te doen. Hierbij is het van belang dat de verhalen van de cliënt geen afkeurende reacties oproepen. Daarom heeft de interviewer (degene die de SumIQ-Q bij de cliënt afneemt) vaardigheden nodig om op een open, niet-veroordelende wijze gebruik bespreekbaar te maken. De SumID-Q geeft een houvast om deze professionele nieuwsgierigheid vorm te geven.

Bij de kennisvragen, maar ook bij sommige plaatjes van middelen kan de cliënt duidelijk verkeerd zitten met zijn antwoord. Wanneer je kennis in kaart brengt, komen immers ook de grenzen van kennis in zicht. Het is belangrijk dat de cliënt niet ontmoedigd raakt als hij iets niet weet. Daarom is ook bij foute antwoorden een open en aanmoedigende reactie van interviewer wenselijk.

Niet wijzer maken of overvragen

Als cliënten gescreend worden op middelenkennis en gebruik is het uiteraard niet de bedoeling dat cliënten door het gesprek over gebruik op ideeën komen of geconfronteerd worden met dingen die ze nog niet eerder tegen kwamen. In de SumID-Q wordt eerst door het laten zien van plaatjes gekeken waarmee de cliënt al bekend is. Alleen op de bekende middelen wordt vervolgens doorgevraagd.

Bij het doorvragen over de bekende middelen kan het zijn dat mensen geconfronteerd worden met vragen waarop ze geen antwoord weten. Juist bij dit doorvragen moet de interviewer alert zijn op signalen dat cliënt naar een antwoord raadt (zie ook hoofdstuk 5). Wanneer cliënt aangeeft iets niet te weten, is dit prima en mag de interviewer laten merken dat het goed is dat de cliënt dit aangeeft.

## SumID-Q onderdelen

De SumID-Q heeft de volgende onderdelen.

Onderdelen voor alle cliënten:

**Basisgegevens** over de cliënt & risico-inventarisatie (in te vullen voor afname van het interview).

Wat kent de cliënt aan middelen?

Onderdelen op **indicatie** (zie hieronder):

1. Wat weet en vindt de cliënt van middelen?

2. Wat ziet de cliënt?
3. Wat doet de cliënt met middelen?
4. Wat wil de cliënt met middelen?

Hieronder worden de verschillende lijsten besproken.

Het **basisformulier**: voor alle cliënten

Het eerste formulier van de SumID-Q wordt bij alle cliënten afgenomen. Het dient ervoor om in kaart te brengen in hoeverre de cliënt met middelen in aanraking komt en er bekend mee is. De voorzijde van het formulier (onderdelen 1-3) wordt ingevuld **voor** het interview, het interview met de cliënt start met de items op de achterzijde van het basisformulier.

#### 1. Basisgegevens over cliënt

Dit onderdeel bevat algemene gegevens over de cliënt. Deze gegevens schetsen een achtergrond van de cliënt en kunnen van belang kunnen zijn voor het verloop van het interview en voor de interpretatie van de gegevens uit het interview. De interviewer kan bijvoorbeeld informatie over het cognitieve niveau van de cliënt gebruiken in de manier waarop de cliënt wordt aangesproken. Informatie over woonsituatie en dagbesteding is belangrijk omdat problemen op deze gebieden risicofactor voor gebruik zijn. En andersom heeft risicogebruik effect heeft op wonen en dagbesteding. Bij veel mensen die middelen gebruiken, is de context belangrijk in het tot stand komen en doorgaan van gebruik. Ongunstige levensomstandigheden kunnen het risico op gebruik vergroten en zijn tegelijkertijd een belangrijk aangrijpingspunt voor interventies. Informatie over eventuele psychiatrische of lichamelijke aandoeningen en medicatiegebruik is belangrijk voor het inschatten van risico's op medische complicaties van gebruik.

#### 2. Risico's voor gebruik in de omgeving van cliënt.

Omdat gebruik in de sociale omgeving (door familie, bekenden, vrienden) van cliënten met LVB én de verkrijgbaarheid van middelen risico's voor gebruik van cliënt vormen, worden deze aspecten in kaart gebracht

#### 3. Signalen van gebruik

In dit onderdeel wordt ingevuld:

Of - naar de mening van de begeleider - de cliënt in kwestie bepaalde middelen gebruikt. Wat bij deze cliënt signalen van gebruik zijn.

Deze gegevens zijn - in combinatie met het daadwerkelijke gebruik van cliënt-belangrijke aanknopingspunten om eventueel gebruik te monitoren en feedback te geven aan de cliënt over wat anderen van zijn gebruik merken.

Daarnaast kan het bestaan van gebruik dat nog niet was opgemerkt door de begeleiding, aanleiding zijn extra aandacht te besteden aan het signaleren van gebruik door het begeleidingsteam.

#### 4. Interview met cliënt

Het interview met de cliënt wordt op een ontspannen wijze geïntroduceerd en de interviewer gaat na of de cliënt klaar is om in gesprek te gaan. Dit soort aspecten zijn bij het in gesprek gaan over een potentieel beladen onderwerp als middelengebruik extra belangrijk.

## 5. Wat herkent de cliënt?

Dit is het eerste inhoudelijke onderdeel waar cliënten mee in aanraking komen. Dit onderdeel geeft een inschatting van de middelen waarmee de cliënt bekend is. In de praktijk geven veel cliënten bij dit onderdeel al iets van hun eigen ervaring bloot. De opzet van dit onderdeel is 'speels' om daarmee een ongedwongen sfeer neer te zetten.

De cliënt krijgt kaartjes voorgelegd met afbeeldingen van diverse middelen. Het aanbieden van deze visuele stimuli (de afbeeldingen van middelen) dient er toe om cliënt zijn eigen terminologie te laten gebruiken voor de getoonde middelen. In het verloop van het interview kan dan beter worden aangesloten bij het woordgebruik van de cliënt.

De middelen kaartjes hebben een gekleurde rand:

Bruin =	Tabak
Blauw =	Alcohol
Groen =	Cannabis
Geel =	Overigemiddelen

Per kaartje wordt bekeken of cliënt het middel kent en welke termen hij/zij hiervoor hanteert. Deze termen neem je in de rest van het interview over. Wanneer de cliënt de plaatjes niet herkent, wordt de bekendheid met bijbehorende term gecontroleerd. Alle plaatjes van het onderdeel 'bekendheid met middelen' worden achter elkaar gescoord. Daarna worden per middel dat de cliënt kent, de volgende onderdelen afgenomen.

De kaartjes met vragen over onbekende middelen worden terzijde gelegd, de cliënt wordt daarmee niet meer geconfronteerd.

Vervolglijsten per middel: op indicatie van de basislijst

Vanuit de basislijst wordt helder in hoeverre er sprake is van middelengebruik in de nabije omgeving van cliënt, en welke middelen de cliënt kent. Op basis van deze gegevens kan verder worden ingegaan op de voor de cliënt bekende middelen. Dat gebeurt aan de hand van de vervolglijsten, die per middel zijn opgesteld (tabak, alcohol, cannabis en overige middelen). Op elke vervolglijst zijn er vragen die in kaart brengen wat de cliënt weet van een middel, wat hij er van denkt, wat de cliënt eventueel doet met middelen, en of de cliënt eventueel middelengebruik zou willen veranderen.

### 1. Wat weet cliënt en 2. Wat vindt cliënt?

Na het onderdeel bekendheid van middelen worden kennis (wat weet de cliënt) en attitude (wat vindt de cliënt) ten opzichte van een middel in kaart gebracht. Deze onderdelen worden per middel doorlopen. Dit heeft als voordeel dat cliënt zich kan concentreren op één soort middel. Ter ondersteuning bij de communicatie kunnen pictogrammen gebruikt worden. Sluit hierbij zo veel mogelijk aan bij de terminologie die cliënt in het onderdeel 'bekendheid met' bezigde.

*Voorbeeld: De vraag: Heb je wel eens . ..(middel) (wijze van gebruik)...?*

Kan in het geval van een specifieke cliënt wellicht worden: *Heb je wel eens een sjekkie gepaft?*

Wat weet de cliënt en wat vindt de cliënt van 'overige middelen'

De lijst 'overige middelen' kan gebruikt worden voor alle andere middelen dan tabak, cannabis en alcohol. Omdat er vele verschillende 'overige middelen' zijn, en er ook steeds nieuwe middelen bijkomen, is het niet mogelijk van 'overige middelen' representatieve kennisvragen op te nemen. Op de lijst 'overige middelen' wordt dan ook niet uitgevraagd wat de cliënt weet van deze middelen. Wel is het mogelijk voor drie middelen (die de cliënt kent) aan te geven wat hij hier van vindt.

### **3. Wat ziet de cliënt?**

In dit deel van de lijst wordt in kaart gebracht wat de cliënt aan gebruik van het middel in zijn omgeving ziet. Door te informeren naar gebruik onder familie, medecliënten, collega's, vrienden en begeleiders maak je ruimte voor het bespreken van gebruik als iets dat bij het dagelijks leven hoort. Ook geeft het zicht op de perceptie van cliënt: in hoeverre zijn er (verkeerde) rolmodellen van gebruikers en hoe alert is cliënt op signalen van gebruik?

### **4. Wat doet de cliënt?**

Voor velen is dit DE vraag uit het interview: gebruikt deze cliënt dit middel ook? Door deze vraag pas te stellen nadat cliënt heeft kunnen aangeven wat hij weet en vindt van het middel en wat hij aan gebruik in zijn omgeving ziet, is het voor cliënt makkelijker om open te zijn over eigen ervaringen. De eerste vraag naar eigen ervaringen wordt pas gesteld nadat het gebruik in de omgeving in kaart is gebracht (zie punt3: wat ziet de cliënt). De vraag naar het gebruik door de cliënt zelf wordt gesteld in de voltooid verleden tijd: 'heb jij ook wel eens ... gebruikt?'. Zo volgen de vragen naar het gebruik van anderen en de vraag naar eigen gebruik elkaar op. Hierdoor wordt het bespreken van gebruik minder beladen. Als een cliënt aangeeft dat hij het middel wel eens geprobeerd heeft, wordt gevraagd of dit een keer of vaker was. Pas als blijkt dat de cliënt vaker dan eens heeft gebruikt, vraag je in of gebruik in het heden nog speelt. Deze opbouw van vragen naar gebruik van cliënt is net als de eerdere kennis- en attitudevragen belangrijk om ruimte voor open antwoorden te creëren. Het is dus NIET de bedoeling dit onderdeel los van de andere SumID-Q onderdelen af te nemen!

Ervaringen met vaker gebruikte middelen

Bij dit onderdeel worden zowel frequentie van gebruik, hoeveelheid gebruik en enkele omstandigheden van gebruik uitgevraagd. De combinatie van frequentie van gebruik en hoeveelheid gebruik per keer geven een idee over de totale hoeveelheid van een middel die cliënt consumeert.

Het navragen van de situatie van gebruik kan een indicatie geven van de aanleiding tot gebruik, risicosituaties en de functie van gebruik. Daarmee kunnen de vragen ook een opening tot een vervolgggesprek over gebruik bieden.

Gevolgen van gebruik

In alle vervolglijsten - behalve die van tabak - is een korte lijst opgenomen die de schadelijke gevolgen van gebruik in kaart brengt. Deze lijsten zijn gebaseerd op lijsten die algemeen gebruikt worden: de Audit (Alcohol use disorder identification test) en de Dudit (Drug use disorder Identification test). De score op dit onderdeel geeft een indicatie van de (negatieve) gevolgen van gebruik zoals cliënt deze ziet. Eventueel kan ook de score volgens de begeleiding aangegeven worden.

### **5. Wat wil de cliënt?**

Als een cliënt blijkt te gebruiken, is de reactie van de omgeving vaak om daar zo snel mogelijk een eind aan te maken. Er zijn vaak terechte zorgen over gezondheid en veiligheid van cliënt en zijn omgeving. Het risico bestaat echter dat begeleiders - vanuit goede bedoelingen - teveel verandering van de cliënt verwachten. Als de cliënt niet aan deze verwachtingen kan of wil voldoen, ontstaat opnieuw teleurstelling en/of een gevoel van falen. Daarom is het belangrijk zicht te krijgen op de veranderingsbereidheid van de cliënt. Dit kan met het onderdeel 'Wat wil de cliënt'. Door het afnemen van deze lijst kan beoordeeld worden in welke fase van gedragsverandering (voorbeschouwing, overweging, actieve verandering) een cliënt zit.

Voor toelichting op onderdelen van de vervolglijst en afname instructies: zie hoofdstuk 8.

De lijst 'overige middelen'



Voor de stoffen tabak, cannabis en alcohol zijn aparte lijsten per middel. Voor alle overige stoffen is één lijst 'overige middelen'. In deze lijst is ruimte voor het uitvragen van 3 middelen uit de groep 'overige middelen'. De interviewer bepaalt aan de hand van de bekendheid van middelen en eventuele signalen van gebruik van overige middelen (hetzij door cliënt, hetzij in de omgeving van de cliënt) of, en zo ja voor welke middelen de lijst 'overige middelen' wordt ingevuld.

Omdat er tientallen verschillende soorten middelen zijn zou het opnemen van kennisvragen over al deze middelen een enorm lange lijst opleveren. Daarbij komt dat - door het steeds opduiken van nieuwe middelen - deze lijst niet compleet kan zijn. Er is daarom voor gekozen om voor 'overige middelen' géén kennisvragen op te nemen. In de lijst 'overige middelen' kan wel (voor 3 middelen) gescoord worden wat cliënt vindt van deze middelen, wat hij er van ziet, wat cliënt doet, en wat cliënt wil met gebruik. De vragen naar de gevolgen van gebruik van overige middelen worden maar één maal gesteld. De scores op deze lijst worden gevormd door de gevolgen van gebruik van alle overige middelen bij elkaar.

### **SumID-Q scores en interpretatie**

Na het afnemen van het interview aan de hand van de SumID-Q heeft de interviewer een schat aan informatie over de cliënt en middelengebruik. Het betreft niet alleen informatie over gebruik van cliënt, maar ook over thema's als hoeveel cliënt over middelen weet, hoe cliënt over middelen denkt, hoeveel cliënt geconfronteerd wordt met gebruik in zijn omgeving, in welke context er eventueel gebruikt wordt, wat de gevolgen zijn van gebruik en in hoeverre de cliënt zijn gebruik wil veranderen. Hoewel per thema een score berekend kan worden, kunnen de thema's niet los van elkaar geïnterpreteerd worden. Een cliënt die bijvoorbeeld niet rookt, maar wel veel rokers in zijn omgeving heeft én positief denkt over roken loopt bijvoorbeeld het risico alsnog een roker te worden. En een kleine hoeveelheid alcoholgebruik die bij cliënt X tot grote problemen heeft geleid, is wellicht problematischer dan het dagelijkse biertje dat cliënt Y al sinds jaar en dag probleemloos drinkt. Bij het beoordelen van de antwoorden op de SumID-Q wordt dus weliswaar begonnen met de scores op de verschillende onderdelen, maar uiteindelijk is de interpretatie van het geheel het belangrijkste. Voor een aantal onderdelen van de SumID-Q kan de score vergeleken worden met scores op vergelijkbare lijsten in de algemene populatie. Deze vergelijking kan helpen de score van de cliënt te interpreteren, maar tegelijkertijd is dat risicovol. Gebruik bij mensen met LVB leidt bijvoorbeeld vaker tot problemen dan gebruik in de algemene bevolking, en dat soms ook bij doseringen die normaliter als veilig worden beschouwd.

Op basis van de SumID-Q kan dus niet eenvoudigweg een normering 'wel een probleem met middelen' of 'geen probleem met middelen' gegeven worden. Wel kunnen een aantal risicoaspecten die in kaart gebracht zijn in samenhang met elkaar beschreven worden.

De SumID-Q geeft zicht op gebruik door de cliënt, risicofactoren voor gebruik en gevolgen van gebruik. Daarnaast maakt een vergelijking van de antwoorden van de begeleiding met die van de cliënt helder welk gebruik en welke risico's nog onvoldoende in beeld zijn. Al deze aspecten kunnen aanleiding geven tot het verbeteren van zorg.

Het wordt daarom aangeraden de resultaten van SumID-Q in een multidisciplinair overleg te bespreken. Bij voorkeur is bij zo'n bespreking zowel de persoonlijk begeleider, een gedragskundige en een arts of verslavingsdeskundige aanwezig.

De resultaten van afname van de SumID-Q kunnen aanleiding zijn tot doelen en interventies op drie gebieden:

- Cliëntgerichte interventies
- Risicobeperkende interventies

- Teamgerichte interventies

Bij cliëntgerichte interventies kan gedacht worden aan:

- Een vervolggесprek over gebruik en de gevolgen daarvan.
- Voorlichting over middelen.
- Het samen met cliënt bijhouden van gebruik.
- Inschakelen hulp of extra ondersteuning om veranderingsprocessen te ondersteunen.

Risicobeperkende interventies zijn gericht op het verminderen van risico's op gebruik in de omgeving, maar ook op het verminderen van de gevolgen van gebruik en het versterken van gezonde gedragingen. Voorbeelden zijn:

- Uitbreiden van het aantal uren dagbesteding of het zoeken van een 'gezonde' invulling van de vrije tijd (om zo eenzaamheid en verveling tegen te gaan).
- Zoeken naar een woonomgeving met minder drugshandel in de buurt, of inschakelen wijkagent om het dealen te beperken. Het maken van afspraken met begeleiders en cliënten over gebruik in/rond de woning.

Teamgerichte interventies kunnen betrekking hebben op de voorbeeldfunctie van teamleden, het inbedden van het monitoren van gebruik in de dagelijkse werkzaamheden, maar ook op het gebied van kennis en vaardigheden.

- Met het team wordt afgesproken niet meer in de nabijheid van cliënten te roken.
- Signalen van gebruik door cliënten met risicovol gedrag worden per dienst genoteerd.

Het team geeft het lastig te vinden gebruik bespreekbaar te maken en behoefte te hebben aan een scholing.

## Bijlage 7 DSM V

De 11 criteria zijn:

1. Vaak gebruikt in grotere hoeveelheden of langduriger dan de bedoeling was.
  2. Er is een persisterende wens of er zijn vergeefs pogingen gedaan om het gebruik te minderen of in de hand te houden.
  3. Veel tijd wordt besteed aan activiteiten die nodig zijn om aan het middel te komen, te gebruiken of te herstellen van de effecten ervan.
  4. Hunkering, of een sterke wens of drang tot gebruik.
  5. Door gebruik tekortschieten in belangrijke rolverplichtingen op het werk, op school of thuis.
  6. Aanhoudend gebruik ondanks persisterende of recidiverende sociale of interpersoonlijke problemen, veroorzaakt of verergerd door de effecten van het middel.
  7. Belangrijke sociale, beroepsmatige of vrijetijdsactiviteiten zijn opgegeven of verminderd vanwege het gebruik.
  8. Recidiverend gebruik in situaties, waarin dit fysiek gevaar oplevert.
  9. Het gebruik wordt gecontinueerd ondanks de wetenschap dat er een persisterend of recidiverend lichamelijk of psychisch probleem is dat waarschijnlijk veroorzaakt wordt door het middel.
  10. Tolerantie, zoals gedefinieerd door een van de volgende kenmerken:
    - a. Behoefte aan een duidelijk toegenomen hoeveelheid van het middel om een intoxicatie of het gewenste effect te bereiken
    - b. Een duidelijk verminderd effect bij voortgezet gebruik van dezelfde hoeveelheid van het middel
11. Onttrekkingssymptomen zoals blijkt uit minstens één van de volgende kenmerken:
- a. Het kenmerkende onttrekkingsymptoom van het middel
  - b. Het middel wordt gebruikt om Onttrekkingssymptomen te verlichten of te voorkomen

Bij twee of drie criteria is sprake van een *lichte* stoornis in het gebruik van middelen. Bij vier of vijf criteria van een *matige* stoornis en bij zes of meer symptomen is er sprake van een *ernstige* stoornis.

De criteria voor emissie zijn vereenvoudigd tot twee vormen van remissie:

- Vroege remissie, indien gedurende 3-12 maanden (behalve craving) geen symptomen meer aanwezig zijn
- Langdurige remissie, indien gedurende meer dan 12 maanden (behalve craving) geen symptomen meer aanwezig zijn.

Er wordt onderscheid gemaakt in remissie tijdens onderhoudsbehandeling en in een gecontroleerde omgeving.

## BIJLAGE 8 SCORINGSFORMULIER BIB

**Cliënt:**

**Afdeling:**

**Datum:**

**Beoordeeld onderdeel:**

 groep  
 ind.

**Startdatum onderdeel:**

**Beoordelaar:**

Schaal	Item	Item	Score	Relevantie*
1	Aanwezigheid	1.1 Afspraken in de beoordelingsperiode	<i>Oorspronkelijk gepland</i> ⇒	
			<i>Afgezegd door therapeut</i> ⇒	
		Netto aanbod therapiezittingen		..... zittingen
	1.2 Drop-out (door cliënt tegen advies beëindigd) Push-out (door behandelaar beëindigd; verwijtbaar aan cliënt)			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	1.3 Verzuim in de beoordelingsperiode	<i>Aantal keren gemist</i> ⇒ <i>Adequaaf afgezegd</i> ⇒		
		Verwijtbaar verzuim	..... 0	keer verzuimd
	1.4	Te laat op afspraken in de beoordelingsperiode	..... 0	keer te laat
3	Openheid	3.1 Openheid over relevante feiten		
		3.2 Openheid over de eigen binnenwereld		
4	Inspanning voor verandering van probleemgedrag	4.1 Inspanning voor gedragsverandering <u>binnen</u> therapie sessies		
		4.2 Inspanning voor gedragsverandering <u>buiten</u> therapie sessies		
5	Omgang met de gestelde doelen	5.1 Kennen en zich committeren aan gestelde doelen		
		5.2 Inzet voor vertaling van doelen in concrete stappenplannen		
7	Constructief gebruik maken van therapiezittingen	7.1 Relevante onderwerpen bespreken		
		7.2 Constructief omgaan met advies een aangereikte denkkaders		
		7.3 Gerichtheid op gedragsverandering of probleemoplossing		
8		Tussen zittingen bezig zijn met het besprokene		
9		Globale beoordeling van de mate van inzet		
	Geschiktheid van het behandelingsonderdeel voor de patiënt	(a) Eisen aan cognitief en taalniveau		
		(b) Emotionele en psychische belasting		
		(c) Groepssetting		
		(d) Leeftijd, geslacht, cultuur		

\* + : in dit geval bijzonder relevant    - : in dit geval minder relevant    = : normale relevantie

**Eventuele opmerkingen:**

## BIJLAGE 9 SCORINGSFORMULIER DROS

---

### EVALUATIE VERSLAVINGSMODULE

Naam deelnemer:

Naam beoordelaar:

Datum beoordeling:

Risicovariabele	Item	Score
1 Probleembesef / probleeminzicht	1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen	
2 Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	
4 Medewerking aan de behandeling / begeleiding	4.3 Regelconformiteit	
	4.4 Transparantie / openheid	
6 Copingvaardigheden	6.2 Coping met risicovolle drang	
	6.3 Coping met overige stressoren	
13 Verslaving, middelengebruik en gokken	13.1 Verlangen naar middelengebruik of gokken	
	13.2 Idealiseren van middelengebruik / gokken	
	13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelen / gokken	



## **BIJLAGE 10 Samenhang factoren, doelen, aanpak en interventies**

Factoren	Hoofddoel en subdoelen	Aanpak	Interventies: MGV en CGT
<p>Verhogen motivatie Vergroten probleembesef Vestigen behandel relatie</p>	<p>Cliënt (h) erkent zijn middelenprobleem Cliënt: Leert praten over eigen gebruik Heeft kennis van de werking en effecten van de middelen Weet wat de risico's zijn van zijn gebruik Beseft en ontwikkelt vertrouwen dat hij zijn gedrag kan veranderen is bereid zijn gedrag te veranderen accepteert daarbij hulp</p>	<p>1<sup>e</sup> module Motivatietraining: '<i>Het Begin</i>' Aanvullen en corrigeren van kennis over drank en drugs, verslaving en craving Eerste verkenning van eigen gebruik</p> <p>1<sup>e</sup> PMT module '<i>Klaar voor de start</i>' Ervaren en bewustwording van lichaamssignalen en automatische processen</p> <p>1<sup>e</sup> drama-therapeutische module: '<i>op verhaal komen</i>'</p> <p>Eigen verhaal vertellen en verbeelden</p>	<p>MGV: Engageren/ vertrouwen winnen (fundament voor behandelrelatie leggen)</p> <p>Informer en adviseren Vergroten van zelfvertrouwen/ geven van hoop Focussen: trainer en cliënt komen tot een gezamenlijk doel</p> <p>CGT: Cognitieve herstructurering: praten over wat wordt gedacht, verondersteld en verwacht en het meer bewust maken ervan door het te delen met anderen, te ervaren (PMT) en te verbeelden (Dramatherapie).</p>
<p>Oproepen en versterken van positieve aspecten van, stoppen met gebruik (<i>'ik wil gezonder leven'</i>) Versterken van zelfvertrouwen (<i>'ik kan het'</i>) Versterken van vertrouwen in hulpverlening (<i>'ik hoef het niet alleen te doen'</i>)</p>	<p>Cliënt kiest voor ander gedrag Cliënt: -herkent verschillende stadia van motivatie en -kan benoemen in welk stadium hij zich bevindt -weet wat zijn risicofactoren en risicosituaties zijn weet welke gedachten en gevoelens (signalen) voorafgaan aan gebruik -weet wat de voordelen van stoppen met gebruiken zijn -benoemt redenen om te stoppen -bedenkt alternatieven voor gebruik -stelt voor zichzelf (per middel) een doel -maakt een plan kiest een helper</p>	<p>2<sup>de</sup> module '<i>Mijn gebruik</i>'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Motivatiecirkel</li> <li>-Gedachten en gevoelens</li> <li>-Nadelen van gebruik, voordelen van verandering</li> <li>-Alternatieven</li> <li>-Redenen om te stoppen</li> <li>-Hoog risicosituaties</li> <li>-Waarschuwingssignalen</li> <li>-De helper</li> <li>-Doelen stellen (stoppen of minderen per middel)</li> <li>-Plan maken (terugvalpreventie plan en een eerste hulpkaart)</li> </ul> <p>Vervolg 1<sup>e</sup> PMT module '<i>Klaar voor de start</i>'</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-voelen en denken</li> <li>-craving en verleiding</li> <li>-de 5 G's</li> <li>- de 5 B's</li> </ul> <p>Vervolg 1<sup>e</sup> drama-therapeutische module '<i>op</i></p>	<p>MGV: Ontlokken van verandertaal/ informeren en adviseren/ doelen stellen/ plan maken</p> <p>CGT: Cognitieve herstructurering: verandering van dysfunctionele cognities: anders denken - anders doen/ doorbreken van automatische processen (PMT &amp; Drama) Zelfcontrole: Stimuluscontrole (mijden van riskante situaties) Stimulusresponsemaatregelen( alternatief gedrag, afleiding) Hulp vragen</p>

		<p>verhaal komen'</p> <p>het spelen van eigen risicovolle situaties leidt tot (h)erkenning en bewustwording Delen en praten over eigen gebruik -doorbreken van isolement en vermijding</p>	
<p>Leren van sociale en adaptieve vaardigheden, gericht op vergroten van eigen effectiviteit Vertrouwen in eigen kunnen ervaren En ervaren van steun uit de omgeving</p>	<p>De cliënt leert nieuw gedrag (vaardigheden en zelfcontrole vaardigheden) Cliënt: -weet wat te doen na een terugval (stoppen, melden, hulp vragen) -leert belangrijke anderen te vertellen van zijn doel en plan en vraagt om ondersteuning -leert vaardigheid om drugs te weigeren van een dealer -leert de vaardigheid om drugs of alcohol van bekenden af te slaan -weet dat door anders te denken je gebruik kunt voorkomen -leert vaardigheid om problemen om een andere manier op te lossen dan door gebruik -leert vaardigheden om op een andere manier, dan gebruiken, om te gaan met stress en spanning</p>	<p>3<sup>de</sup> module : 'de vaardigheidstraining' -Stoppen na een terugval. -Melden van een terugval. -Hulp vragen (van een druk bezet iemand). -Vertellen dat je niet meer gebruikt. -Weigeren van drugs van een dealer. -Weigeren van drugs /alcohol van vrienden en familie. -Omgaan met spanning en stress. -Baas zijn over eigen gedachten. -Probleem oplossen -Omgaan met craving.</p> <p>2<sup>de</sup> PMT module 'Stevig staan!' -het oefenen met de 10 vaardigheden in verschillende situaties met accent op het ervaren van de non verbale aspecten hiervan -De cliënt leert verschillende manieren om zowel verbaal als non-verbaal assertief te zijn, zich weerbaar te voelen en stevig in zijn schoenen te staan. -De cliënt leert verschillende ontspanningsvormen en ervaart hoe hij persoonlijk tot ontspanning kan komen.</p> <p>2<sup>de</sup> Dramatherapeutische module 'Verhaal halen' -Persoonlijke, spanningsvolle situaties worden ingebracht en gespeeld. -Getoetst kan worden in hoeverre deelnemers zich vaardigheden hebben eigen gemaakt - en in staat zijn deze op de goede manier in te zetten en toe te passen en hun persoonlijke leerdoelen hebben behaald</p>	<p>MGV: Oefenen, doelen bijstellen, oefenen en toepassen van nieuw geleerd gedrag in verschillende contexten Bekrachten Informer en adviseren Soms confronteren</p> <p>CGT: Zelfwaarneming (kijken naar jezelf) Zelfcontrole Zelfinstructie Weerbaar (stevig staan) Zelfbekrachtiging Exposure (in vitro)</p>
<p>Vertrouwen in eigen kunnen versterken</p>	<p>De cliënt maakt zich nieuw gedrag eigen door het toe te passen in</p>	<p>Gebruiken van TVP en hulpkaart -Ondersteuning vragen</p>	<p>MGV: Bekrachten</p>



<p>Accepteren van eigen beperkingen en kwetsbaarheid op het gebied van verslaving En het aanvaarden van langdurende hulp</p>	<p>verschillende omgevingen Cliënt: -kan omgaan met trek/ craving -kan omgaan met terugval -blijft praten over risicovolle situaties -vraagt hulp -accepteert langdurende nazorg</p>	<p>-Ondersteuning krijgen/ nazorg -Evt. herhaalsessies vaardigheidstraining -Meewerken als ervaringswerker</p>	<p>CGT: Exposure in vitro en vivo Zelfcontrole Zelfinstructie Melden van terugval en hulp vragen Jezelf belonen</p>
--	--	--	---

## **BIJLAGE 11**

### **Richtlijn diagnostiek van cliënten met LVB en problematisch middelengebruik**

#### **Inleiding:**

Net als iedereen komen ook mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) in aanraking met alcohol en drugs. Mensen met een LVB vormen een risicogroep, zij kennen meer risico's voor het ontwikkelen van problematisch middelengebruik dan gemiddeld begaafde mensen. Bekende risicofactoren zijn een lage sociaal economische status, gedrags- en psychiatrische problemen, gebrekkige copingvaardigheden en problemen op het gebied van werk, dagbesteding en financiën. Veel mensen met een LVB zien de gevolgen van het middelenmisbruik onvoldoende. Onderzoek onder jongeren met een LVB liet zien dat vooral het verlangen 'erbij te horen' en geaccepteerd te zijn door leeftijdgenoten een belangrijke risicofactor is voor problematisch middelengebruik.

Instellingen binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg constateren regelmatig problematisch gebruik onder hun cliënten. Vanuit een verkennend onderzoek onder instellingen blijkt dat zo'n 4% van hun cliënten problematisch alcoholgebruiker is en zo'n 5% in de problemen komt door gebruik van cannabis.

Binnen de verslavingszorg zijn er aanwijzingen dat relatief veel cliënten dubbele (LVB + middelenproblematiek) of zelfs triple problemen (LVB + middelenproblematiek + psychiatrische problematiek) hebben, al is de precieze prevalentie niet bekend. Veelal ontbreekt ook geschikt instrumentarium om deze problematiek te screenen en in kaart te brengen bij cliënten uit deze doelgroep.

Bij bijna 55% van de cliënten die klinisch zijn opgenomen binnen Trajectum was in het verleden sprake van ernstige problemen door alcohol-, soft- en/of harddruggebruik. Bij 67% van deze cliënten ging het om ernstig alcoholmisbruik, bij 61% betrof het softdruggebruik en bij 50% harddruggebruik (N= 276, Trajectum ROM-onderzoek, Hesper en Drieschner, 2013).

Trajectum heeft gespecialiseerde afdelingen waarin de behandeling voor verslaving centraal staat. Bij meer veel cliënten van Trajectum (ambulant, wonen) is er sprake van risicovol gebruik, is er onvoldoende motivatie voor behandeling of ontbreekt een dwingend kader voor behandeling.

Trajectum wil gebruik voorkomen (ontmoedigen), problematisch middelengebruik, misbruik of verslaving zo goed mogelijk begeleiden en behandelen.

#### **Aanleiding voor deze richtlijn voor diagnostiek:**

Deze diagnostiekrichtlijn is gericht op cliënten die problematisch softdrugs, harddrugs en alcohol gebruiken of een stoornis in gebruik van middelen kennen.

Diagnostiek bestaat uit het systematisch in kaart brengen met verschillende onderzoeksmethoden en -middelen. Deze richtlijn is niet los te zien van hetgeen aan diagnostische informatie in de behandeling te verkrijgen zal zijn (= meer de proces diagnostische benadering).

Deze richtlijn is *niet* gericht op gokken, game- en internet verslaving. In leefstijl is er geregeld een samenhang tussen deze problematiek en middelengebruik. In de behandeling wordt hier wel uitgebreid bij stil gestaan.

Deze richtlijn is *niet* gericht op seksverslavingen. Met het specialistische behandelprogramma SGG (seksueel grensoverschrijdend gedrag) wordt hier een eigen richtlijn voor ontwikkeld.

Deze richtlijn is *niet* gericht op 'verslaving aan eten'. Uitgaande van de geheel andere dynamiek die hier aan ten grondslag ligt wordt hier een eigen richtlijn voor ontwikkeld.

In de diagnostiek naar en rond problematische middelengebruik is er een noodzaak tot:

- (in het primair proces van intake en eerste diagnostiek) eerder, meer systematisch, meer grondig vaststellen van de aard, omvang en ernst van de verslavingsproblematiek bij cliënten
- Het op basis van deze meer grondige beeldvorming de indicatie voor een vervolgtraject binnen Trajectum beter te kunnen onderbouwen. Bijvoorbeeld in de indicatiestelling tussen een ambulante, dagbehandelings- of klinische programma.
- Klimaat scheppen rond gebruik in het bespreekbaar maken van gebruik en de gevolgen van het gebruik

Hulp aan mensen met problematisch middelengebruik begint met de herkenning van dit gebruik. Helaas zijn mensen met problematisch middelengebruik zelf vaak niet geneigd hier veel ruchtbaarheid aan te geven. Daarbij wordt veel middelengebruik pas door de omgeving opgemerkt als dit (ernstige) problemen heeft opgeleverd. Dat geldt ook voor mensen met een LVB. Hierbij speelt mogelijk de inmiddels achterhaalde opvatting dat mensen met een LVB niet of weinig zouden gebruiken, een rol. Belangrijke kansen voor vroeginterventie en behandeling worden hierdoor gemist.

Een belangrijk extra knelpunt in het tijdig signaleren van middelengebruik bij mensen met een LVB is het gebrek aan vragenlijsten die geschikt zijn voor hen. Gangbare lijsten die bij gemiddeld begaafde mensen gebruikt worden zoals de CAGE, de MAST of de AUDIT/DUDIT zijn vaak niet geschikt voor mensen met een LVB. De zinsbouw van de vragen in deze lijsten is vaak te complex en het taalgebruik kan tot verwarring bij hen leiden. Daarnaast antwoorden mensen met een LVB vaak op een sociaal wenselijke, en soms dus niet waarheidsgetrouwe, wijze op directe vragen naar middelengebruik. Om de screening op middelengebruik bij mensen met een LVB te verbeteren, is in 2009 het onderzoek Substance Use and Misuse in Intellectual Disability (SumID) gestart. Binnen dit onderzoek werd een nieuwe vragenlijst (de SumID-Q) ontwikkeld om middelengebruik bij mensen met een LVB te meten.

Tijdens het wetenschappelijk onderzoek met de SumID-Q bleek er veel belangstelling bij instellingen om met het instrument aan de gang te gaan. Hiertoe werd een gebruikersvariant van de SumID-Q ontworpen, inclusief handleiding en trainingsmodule. Het instrument blijkt in de praktijk goed af te nemen door begeleiders of gedragsdeskundigen die een training in middelenkennis en in de toepassing van de SumID-Q hebben gevolgd.

### **Doelen:**

- a. Komen tot een systematische en haalbare implementatie van de SumID-q in de methodiek van intake en diagnostiek binnen Trajectum.
- b. Uitwerken van de diagnostiekparagraaf in het specialistische behandelprogramma voor cliënten met verslavingsproblematiek / tot stand brengen van een diagnostiekrichtlijn (het behaalde doel is gelijk, de beschrijving in het programma is een weergave van de richtlijnen voor diagnostiek)
- c. Aanbevelingen voor een methodiek van indicatiestelling voor begeleiding en behandeling

## Richtlijn voor diagnostiek

### a. Eerste diagnostische fase, onderdeel gericht op verslaving

= mede op basis van "basisformulier" SumID-Q

*Interview met de cliënt, met als doel inventariseren, beschrijven, openleggen voor zover dat lukt in deze eerste fase van onderzoek*

1. Eerste inschatting van de gevaren rond gebruik, de mate waarin er sprake is van crisis
2. Inventariseren van gebruik (wat, in welke frequentie?)
3. Inventariseren van gewoonten rond gebruik (waar kopen, wanneer, bron van 't geld?)
4. Inventariseren van gevolgen van gebruik (lichamelijk, psychisch, sociaal, in welke mate voor zichzelf merkbaar, ook voor anderen merkbaar?)

### b. Verdiepende diagnostische fase

1. In kaart brengen van de verslavingsproblematiek, inclusief de ernst, omvang, gevolgen en ontregeling die samenhangt met deze verslaving. Deze beeldvorming vindt plaats door middel van afname van de SumID-Q.

Waarschijnlijk zijn er factoren die ook samen hangen met de verstandelijke beperking die in verband te brengen zijn met gebruik, die van betekenis zijn voor de begeleiding en behandeling;

- kennis over gebruik
- verslavingsproblematiek in de levensgeschiedenis:
  - wat voert de cliënt aan als reden/aanleiding voor gebruik?
  - waren er specifieke triggers?
  - gevolgen van gebruik?
  - wanneer, met welk tempo werd gebruik problematisch? Is er sprake (geweest) van gevaar?
  - waren er perioden van abstinentie, waarop ging dat weer mis?
  - wat levert de verslaving op?
  - beschrijving van de ernst van de verslavingsafhankelijkheid
- sociaal netwerk
- attitude t.o.v. gebruik, bij cliënt en omgeving
- begeleidings- en behandelgeschiedenis wat betreft verslaving
- (wanneer er sprake is van delictgedrag); relatie tussen gebruik en delictgedrag
- leefstijl, dag- en weekinvulling
- beïnvloedbaarheid
- zorgen en problemen: van welke aard, in welke mate?
- impulscontrole problemen, planning en organisatie

afname van de SumID-Q vindt bij voorkeur plaats door diegenen die in de begeleidingsrelatie de meeste ingang, de meeste veilige openheid kunnen creëren bij de cliënt. Dan wel het meeste winst gaan ervaren van het creëren van de openheid. Dat kunnen de persoonlijk begeleider/ambulant werker/systeemwerker/trainer in het verslavingsprogramma zijn.

De SumID-Q kan ook afgenomen worden, als deel van het diagnostisch onderzoek, door een diagnosticus.

## 2. Medisch onderzoek

Wanneer er sprake is van middelenmisbruik of -afhankelijkheid is er ten minste contact met een psychiater of verslavingsarts.

Dit in verband met:

- medisch onderzoek naar mogelijke aanwijzingen voor neurologische problematiek, vitamine insufficiëntie, delier en andere co-morbiditeiten of complicaties in de medische voorgeschiedenis.
- een multidisciplinair inschatten van risico's
- een multidisciplinaire verwijzing naar een mogelijke vervolgfase

zijn er aanwijzingen voor neurologische problematiek, vitamine insufficiënties, leerproblemen, delier en andere co-morbiditeiten of complicaties in de medische voorgeschiedenis.

### 3. Individuele basisdiagnostiek naar het cognitief functioneren

Met het oog op het in kaart brengen van een individueel sterkte - zwakteprofiel (in verband te brengen met een begeleidings- en behandelprofiel).

Voor iedere cliënt is er een actueel:

- nivo onderzoek
- eerste, oriënterend neuro-psychologisch onderzoek naar aandacht, informatieverwerking en executief functioneren.

Overwogen moet worden wat de invloed van het gebruik op het functioneren is.

Voorwaarde voor onderzoek is dat cliënten min of meer stabiel functioneren, motivatie en voldoende draagkracht kennen voor een psycho-diagnostisch onderzoek.

De cliënt dient voorgelicht te worden over de gevolgen van gebruik op de uitkomsten van het psycho-diagnostisch onderzoek.

Het is lastig valide en betrouwbaar onderzoek te doen in een ontwenningperiode. Mocht iemand 'op weg' zijn naar abstinentie dient de cliënt **ten minste 6 weken** niet gebruikt te hebben (ofschoon dit vaak niet haalbaar zal zijn).

Mocht de cliënt gebruiken, vraag dan uit wat een goed moment voor het psychologisch onderzoek kan zijn; vraag in de voorbereiding de cliënt in die mate matig te zijn met gebruik dat een optimaal onderzoek mogelijk is. Vraag uit wat, wanneer en in welke hoeveelheden gebruikt is/wordt.

In het psycho-diagnostisch verslag dient vermeld te worden welk gebruik door de cliënt gemeld wordt, wat in de observaties er door onderzoeker gezien is dat mogelijk in verband gebracht kan worden met gebruik, welke effecten het gebruik (hypothetisch) gehad kan hebben op de uitkomsten van het onderzoek, aanbevelingen voor al of niet herhalen van het onderzoek (of delen van het onderzoek).

### 4. Onderzoek naar comorbiditeit

Verslavingsproblematiek en comorbiditeit gaan zo goed als altijd samen op.

De vraag is niet of de verslaving co-morbide is (als zelfmedicatie), of het psychiatrisch beeld co-morbide (als gevolg van de verslaving). Het doel is de aanwezige problematiek in kaart te brengen:

- Adhd
- ASS en PDD-nos
- Persoonlijkeidheidsproblematiek
  - o meest voorkomend is de cluster B problematiek
  - o met aandacht voor veel voorkomende problematiek rond achterdocht, empathie

- Trauma en evt. PTSS
- Psychotische stoornissen
- Stemmingsstoornissen, bipolaire stoornissen
- Angst en angststoornissen

Met bijzondere aandacht voor;

- het risico dat middelengebruik leidt tot versterking van bepaalde symptomen (gebruik kan leiden tot psychotische symptomen, onttrekking kan leiden tot agitatie en achterdocht)
- middelengebruik kan bepaalde symptomen onderdrukken (middelen als zelfmedicatie). Overwogen moet worden of er sprake kan zijn van een onderliggend en ontregelend trauma.
- wederzijdse beïnvloeding van middelen op een zeer wisselend beeld van psychiatrische symptomen (bijvoorbeeld angsten en depressie in relatie tot de mate van gebruik).

### c. Risicotaxatie

In de risicotaxatie komt de verslaving in het licht te staan van;

- historische en dynamische factoren; die zijn in de voorliggende diagnostische fase al in kaart gebracht
- delictgedrag
- een inschatting van het risico op terugval

### d. Integratie in het multidisciplinair overleg

Wanneer er sprake is van ernstige en complexe problematiek (LVB + triple-problematiek (= verslaving + psychiatrie + forensische problematiek) is het noodzakelijk in een eerder stadium een multidisciplinaire overleg te plannen.

Aan het multidisciplinair overleg wordt vanuit een individuele holistische theorie over het ontstaan en voortbestaan van de verslavingsproblematiek een ordening aanbracht:

- bepaling van de ernst van de verslaving
- bepaling van de ernst van de co-morbiditeiten
- uitzetten van de behandelrichting en aanpak (in eerste instantie gericht op middelen, of op de LVB + psychiatrische beelden).

### e. Indicatiestelling

Model voor indicatie stelling (mede aan de hand van Minkoff, 2001)

<p>1.</p> <p>LVB + ernstige en hardnekkige psychiatrie + ernstige middelena<b>fhankelijkheid</b></p> <p>= Klinisch dubbele diagnose behandeling</p>	<p>2.</p> <p>LVB + mildere psychiatrie + ernstige middelena<b>fhankelijkheid</b></p> <p>= Klinisch, behandeling gericht op verslaving = Dagbehandeling, afhankelijk van de stabiliteit van de context (bijv. 24 uren wonen)</p>
---	---

<p>3.</p> <p>LVB + ernstige en hardnekkige psychiatrie + middelen<i>misbruik</i></p> <p>= Klinisch, behandeling gericht op het psychiatrisch beeld</p>	<p>4.</p> <p>LVB + geen of milde psychiatrische problematiek + middelen<i>misbruik</i></p> <p>= Ambulant = Risico op toename van ernst van gebruik = Psycho-educatie = Bouwen aan motivatie = Trajecten t.b.v.</p> <p>a. Ontwikkelen van motivatie b. Toeleden naar een behandelprogramma c. Nazorg: transfer ná een behandelprogramma</p>
--	--

Neem mee in de overweging!:

- Ernst van de psychosociale ontregeling. LVB hangt principieel samen met een contextafhankelijkheid. De behandeling kan niet volstaan met gerichtheid op de cliënt. De context dient meebehandeld te worden
- Uitkomsten uit de risicotaxatie
- LVB in relatie tot het adaptief functioneren, nivo van sociaal en emotioneel functioneren plaatsen. In verband met disharmonische profielen zijn er risico's op overvraging

### Instrumenten

<b>Nivo 1</b>	= aan te bevelen op basis van wetenschappelijk onderzoek (evidence based) = toegankelijk (Nederlandstalig) en verkrijgbaar
Geen	

<b>Nivo 2</b>	= beste alternatief (best practice)
FP-40 = opgenomen in de SumID-q	

<b>Nivo 3</b>	= in geval van specifieke vragen en/of omstandigheden (nader aangeven welke dat zijn)
---------------	---

--

<b>Nivo 0</b>	= af te raden
Mate Europ Asi: aangeven van opbouw en reden van afraden	

<b>Nieuw</b>	
Instrumenten t.b.v. craving: aan craving wordt aandacht besteed in de behandelmodulen.	



## LITERATUUR

---

Alphen, van, F. (2006). *Innovation Probes*. Amsterdam: VU

Andrews, D., & Dowden, C. (1999). A meta-analytic investigation into effective correctional intervention for female offenders. *Forum on Corrections Research and Practice, 11*, 18-20.

Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5<sup>e</sup> druk). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company.

Andrews, D., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.

Beroepsprofiel NVPMT, 2008

Beroepsprofiel NVDT, 2009

Bellemans, T., Didden, R., Van Busschbach, J., Hoek, P., Scheffers, M., Lang, R., & Lindsay, W. (in druk). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behavior in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disabilities*.

Bombardier, C., & Rimmele, C. (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury. *Rehabilitation Psychology, 44*, 52-67.

Bongaertz, K., Scheffers, M. (2012), Contextmapping Lichaamsbeleving, een kwalitatief onderzoek bij middelenafhankelijkheid. in *Tijdschrift voor Verslaving*; 8<sup>e</sup> jrg nr 1 2012, 24-39.

Burke, B. L. (2011). What can Motivational Interviewing do for you? A commentary on the Rationale for Adding Motivational Interviewing to Cognitive Behavioral Therapy. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 74-81.

Bullock, T. (2003). Key findings from the literature on the effectiveness of drug treatment in prison. In M. Ramsay (Ed.), *Prisoners' drug use and treatment: Seven research studies*. London: Home Office Research Study 267.

Cimmermans, G. en Boomsluiters, J. (1992) Handboek dramatherapie. Hogeschool Nijmegen.

Cocco, K., & Harper, D. (2002). Substance use in people with mental retardation: A missing link in understanding community outcomes? *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46, 33-40.

Cosden, M. (2001). Risk and Resilience for Substance Abuse among Adolescents with LD. *Journal of Learning Disabilities*, 34 (4), 352-358.

Degenhardt, L. (2000). Interventions for people with alcohol use disorders and intellectual disability: A review of the literature. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 25 (2), 135-146.

Didden, R. (Red.) (2006b). In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

De Jonge, J., Trentelman, M., Nieuwold, M., Barron, E., Merkx, M., & Didden, R. (2016). Effectiviteit van een training motiverende gespreksvoering voor begeleiders van mensen met een licht verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen. *Directieve Therapie*, 36, 220-235.

De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: LKC LVB.

Didden, R., Embregts, P., van der Toorn, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 927-932.

Didden, R., VanDerNagel, J., Trentelman, M., & Stolker, J.J. (2013). Verstandelijke beperking en comorbiditeit. In G. Dom et al. (Red.), *Handboek dubbele diagnose* (pp. 297 – 314). Utrecht: De Tijdstroom.

Didden, R., VanDerNagel, J., & Van Duijvenbode, N. (2016). Substance use disorders. In: N. Singh (Ed.), *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual and developmental disabilities* (pp. 957-965). New York: Springer.

Douglas en Skeem (2005)

Didden, R., & Moonen, X. (2017). Gedragsinterventies. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen* (pp. 227-239). Den Haag: Boom criminologie

Duijvenbode, N. van, Didden, R., Bloemsaat, G., & Engels, R.C.M.E. (2012). Problematic alcohol use and mild intellectual disability: Standardization of pictorial stimuli for an alcohol cue reactivity task. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1095 – 1102.

Duijvenbode, N. van, Didden, R., Drieschner, K., & Trentelman, M. (2013). Automatische processen in verslavingsproblematiek bij mensen met een licht verstandelijke beperking. De sleutel naar nieuwe mogelijkheden? *Onderzoek en Praktijk, 11*, 17 – 26.

Duijvenbode, N. van, Didden, R., Voogd, H., Korzilius, H.P.L.M., & Engels, R.C.M.E. (2012). Cognitive biases in individuals with mild to borderline intellectual disability and a history of alcohol use-related problems. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 1928 – 1936.

Duijvenbode, N. van, Didden, R., Korzilius, H.P.L.M., Trentelman, M., & Engels, R.C.M.E. *Executive control in long-term abstinent alcoholics with mild to borderline intellectual disability: The relationship with IQ and severity of alcohol use-related problems.* (Ingediend ter publicatie).

Duijvenbode, N. van. (2016). *It's all between my ears: Deficiencies in information processing in problematic drinkers with mild to borderline intellectual disability.* BSI, nijmegen

Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008a). The Treatment Engagement Rating Scale (TER) for forensic outpatient treatment: description, psychometric properties, and norms. *Psychology, Crime & Law, 14*, 299-315.

Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008b). The Treatment Motivation Scales for Forensic outpatient treatment (TMS-F): construction and psychometric evaluation. *Assessment, 15*, 224-241.

Drieschner, K.H. & Hesper, B. (2007). *Dynamic Risk Outcome Scales.* Boschoord: Trajectum Hoeve Boschoord.

Drieschner, K. H., & Verschuur, J. (2010). Treatment engagement as predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. *Criminal Behaviour and Mental Health, 20*, 86-99.

Emerson, E., & Turnbull, L. (2005). Self-reported smoking and alcohol use among adolescents with disabilities. *Journal of Intellectual Disability, 9*, 58-69.

Fox, C.L. & Forbing, S.E. (1991). Overlapping symptoms of substance abuse and learning handicaps: Implications for educators. *Journal of Learning Disabilities, 24(1)*, 24-39.

Hawkins, J.D., Catalano, R.F. & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.

Fox, J. en Dauber, H. (eds.) (1999) *Essays on Playback Theatre*, Tusilata Publishing, New Paltz, NY, U.S.A.

Frielink, N., & Embregts, P. (2013). Modification of motivational interviewing for use with people with mild intellectual disability and challenging behaviour. *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 38*, 279-291.

Gageldonk, A., Ketelaars, T., Van Laar, M. (2004). *Hulp bij probleemgebruik van drugs*. Trimbos Instituut, Utrecht.

Gersie, A. en King, N. (1996) *Verhalen maken in therapie en onderwijs*, HvU Press, Culemborg.

Hagen, H., Mulder, A.E., Voors W.H. (2010). *Oefeningenboek voor groepen*, BSL.

Hesper, B., & Drieschner, K. (2013). *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg 2007-2012*. Den Dolder: De Borg.

Houben, K., Schoenmakers, T.M., Thush, C., & Wiers, R.W. (2008). Impliciete cognitie en verslaving. Theoretische inzichten en praktische toepassingen. *Gedragstherapie, 41*, 169-182.

Kaal, H., Ooyen-Houben, M. van, Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem: Passende zorg voor verslaafde justitiabelen met comorbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Karacostas, D.D. & Fisher, G.L. (1993). Chemical dependency in students with and without learning disabilities. *Journal of learning disabilities*, 26(7), 491-498.

Korte, J., Drossaert, C., Westerhof, G. & Bohlmeijer, E.T. (2014). Life review in groups? An explorative analysis of social processes that facilitate or hinder the effectiveness of life review. *Aging & Mental Health*, 18(3), 376-384.

Krishef, C.H. & DiNitto, D.M. (1981). Alcohol Abuse among Mentally Retarded Individuals. *Mental Retardation*, 19(4), 151-155.

Lammers, S., Soe-Agnie, S., Haan, H. de, Bakkum, G., Pomp, E., & Nijman, H. (2014). Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56, 32-39.

Leshner, R. *Addiction is a brain disease*. Am. J. Psychiatry 1996 febr.: 151-62

Lindsay, W., Carson, D., Holland, A., Taylor, J., O'Brien, G., Wheeler, J., et al. (2013). Alcohol and its relationship to offence variables in a cohort of offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 38, 325-331.

Lindsay, W., & Smith (1998)

MacLeod, C.M., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15 – 20.

Marlatt, G.A. & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention*. New York: The Guilford Press.  
Mataheru, A. in Tijdschrift over verslavingsproblematiek; nr. 4, 2008

Martin, C., & Player, E. (2000). *Drug treatment in prison: An evaluation of the RAP treatment programme*. Winchester: Waterside Press.

McGillicuddy, N.B. & Blane, H.T. (1999). Substance use in individuals with mental retardation. *Addictive Behaviors*, 24 (6), 869-878.

McGillicuddy, N.B. (2006). A review of substance use research among those with mental retardation. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 12, 41 – 47.

Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities*, 30,

153-158.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.

Miller, E.J. (2001). Practice and Promise: The Azrin Studies. In R.J. Meyers & W.R. Miller (Eds.) *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge: University Press.

Miller, W.R. en Rollnick, S. (2005). *Motiverende Gespreksvoering: een methode om mensen voor te bereiden op verandering*. Theologische uitgeverij Ekklesia.

Miller, W., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen*. Gorinchen: Ekklesia.

Neimeijer, E., Roest, J., Van der Helm, P., & Didden, R. *Psychometric properties of the Group Climate Instrument (GCI) in clients with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning*. Manuscript aangeboden voor publicatie.

Noonan, W., & Moyers, T. (1997). Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse, 2*, 8-16.

O'Brien, C. (2004). Verslaafde breinen. *De Volkskrant: De anatomische les 11*.

Ponsioen, A., & Van der Molen, M. (2006). *Cognitieve vaardigheden bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Utrecht: LVG VOBC.

Probst, M. (1997). *Body experience in eating disorder patients*. Kortenberg: Universitair Centrum Sint-Josef.

Probst, M., Knapen, J., Poot, G., & Vancamfort, D. (2010). Psychomotor therapy and psychiatry: What's in a name? *Open Complementary Medicine Journal, 2*, 105-113.

Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: theory, research and practice, 19*, 276-288.

Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. *American Psychologist, 47*, 112-114.

Rigter, J. (2004). *Psychologie voor de praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Rinck, M., & Becker, E.S. (2007). Approach and avoidance in fear of spiders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 105 – 120.

Robinson, T.E., & Berridge, K.C. (2003). Addiction. *Annual Review of Psychology*, 54, 25 – 53.

Rollnick, S., Mason, P. & Butler, C.C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone, Harcourt Publishers Limited.

Salas, J. (1993). *Improvising real life; personal story in playback theatre*. Kendall/Hunt publishing company, Dubuque, Iowa, U.S.A.

Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M. & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11: CD008063.

Smeerdijk, A. (2014). Literatuuronderzoek naar de evidentie voor cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik en gokken van volwassenen. In: G. Schippers, A. Smeerdijk & M. Merckx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 53-64). Utrecht: Stichting Resultaten Scoren, Perspectief Uitgevers.

Smeijsters, H. (2010). *Praktijkonderzoek naar interventies*. Tijdschrift voor vaktherapie, 2010-01.

Stel, J. van der (2007). *Canon Verslaving: Wat elke professional over verslaving moet weten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Strack, F., & Deutsch, R. (2004). Reflective and impulsive determinants of social behavior. *Personality and Social Psychology Review*, 3, 220 – 247.

Taggart, L., McLaughlin, D., Quinn, B., & Milligan, V. (2006). An exploration of substance misuse in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 588-597.

Taggart Tenneij, N., & Koot, H. (2007). *Doelgroep in beeld*. Utrecht: De Borg.

Van der Helm, P., Kröger, U., Schaftenaar, P., & Van Vliet, J. (2013). *Leefklimaat in de klinische forensische zorg*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Taylor, J. et al. (2002). Evaluation of a group intervention for convicted arsonists with mild and borderline intellectual disabilities. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 12, 282-293.

Taylor, J.L., Lindsay, W.R. & Willner, P. (2008). CBT for people with intellectual disabilities: Emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural & Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 723-733.

Ten Wolde, A. et al. (2006). *Vaardig en Veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag*. Boschoord: Hoeve Boschoord.

Van Hooren, S., De Witte, M., Didden, R., & Moonen, X. (2016). Vaktherapie. In: R. Didden et al. (red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 425-434). Utrecht: De Tijdstroom.

VanDerNagel, J., Kiewik, M., Buitelaar, J., & Jong, C. de (2011a). Staff perspectives of substance use and misuse among adults with intellectual disabilities enrolled in Dutch disability services. *Journal of Policy and Practices in Intellectual Disability*, 8, 144-150.

Van der Nagel, J., Kiewik, M., Van Dijk, M., De Jong, C., & Didden, R. (2011). *Handleiding SumID-Q. Meetinstrument voor het in kaart brengen van middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (Praktijkversie 1.0). Deventer: Tactus Verslavingszorg.

Van der Nagel, J., & Kea, R. (2013). *Literatuurstudie jonge delinquenten met een lichte verstandelijke beperking en problematisch middelengebruik*. Deventer/Utrecht: Tactus/WAS.

Van der Nagel, J., Trentelman, M., Kemna, L., & Didden, R. (2013). Signaleren en bespreken van middelengebruik bij cliënten met een (lichte) verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 157, 1-5.

Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2014). Cognitieve gedragstherapie bij problematisch middelengebruik bij mensen met een lichte verstandelijke beperking. In G.



Schippers, M. Smeerdijk & M. Merx (Red.), *Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken* (pp. 337-352). Amersfoort: Stichting Resultaten Scoren.

Van der Nagel, J., Van Duijvenbode, N., Trentelman, M., & Didden, R. (2014). Middelengebruik en delictgedrag bij forensische cliënten met een lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Verstandelijk Gehandicapten*, 4, 288-304.

Van der Nagel, J., Kiewik, M., & Didden, R. (2017). *Iedereen gebruikt toch? Handboek LVB en verslaving*. Amsterdam: Boom.

Veenstra, W. (2008). *Op verhaal komen*, Uitgeverij Scheffers, Utrecht.

Velasquez, M.M., Maurer, G.G., Crouch, C. & DiClemente, C.C. (2001). *Group Treatment for Substance Abuse*. New York: The Guilford Press.

Verdejo-García, A., & Pérez-García, M. (2007). Ecological assessment of executive functions in substance dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 48 – 55.

Yalom, I.D. (1978). *Groepspsychotherapie in theorie en praktijk*. Deventer: BSL

Wiers, R.W., & Stacy, A.W. (2006). Implicit cognition and addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 292 – 296.

Wiers, R., (2007), *Slaaf van het onbewuste*, over emotie, bewustzijn en verslaving. Amsterdam, Bert Bakker.

Wiers, R.W., Eberl, C., Rinck, M., Becker, E., & Lindenmeyer, J. (2011). Re-training automatic action tendencies changes alcoholic patients' approach bias for alcohol and improves treatment outcome. *Psychological Science*, 22, 490 – 497.

Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B.S., Felce, D., MacMahon, P., ... & Lammie, C. (2013). A cluster randomised controlled trial of a manualised cognitive behavioural anger management intervention delivered by supervised lay therapists to people with intellectual disabilities. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 17(21), 1.

Wits, E., Kaal, H., & Ooyen-Houben, M. van (2011). Zorg voor justitiabelen met triple-problematiek. *Verslaving*, 2, 19-29.



