

Kwaliteitsonderzoek vanuit cliëntenperspectief bij GGz Centraal – verslavingszorg

ggz
CENTraal



LSR - landelijk steunpunt **medezeggenschap**
Utrecht, oktober 2019

Geschreven door:

Drs. Maud Verheij kwaliteitsmedewerker en
Drs. Anita van Riemsdijk, kwaliteitsadviseur

In samenwerking met:

Carolien Paters, kwaliteitsmedewerker
Marit van Ewijk, kwaliteitsmedewerker
Rita Buitelaar, ervaringsdeskundige
Heleen Eversen, ervaringsdeskundige
Maarten van Drie, ervaringsdeskundige

Postbus 8224
3503 RE Utrecht
Telefoon: 030 293 76 64
Fax: 030 296 33 19
www.hetlsr.nl
info@hetlsr.nl

Copyright © LSR, landelijk steunpunt **medezeggenschap**
Postbus 8224, 3503 RE Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit document mag worden vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of op enige andere manier, zonder voorafgaand schriftelijke toestemming van het LSR.

Inhoudsopgave

1. Inleiding en aanpak	4
1.1. Aanleiding en doel	4
1.2. Aanpak	5
1.3. Leeswijzer	6
2. Ervaringen cliënten	7
2.1. Doorstroming naar Laren	7
2.2. Continuïteit van de behandeling	8
2.3. Continuïteit van het programma	8
2.4. Overige ervaringen	9
2.5. Wat gaat goed?	11
2.6. Wat kan beter?	12
3. Ervaringen medewerkers	13
3.1. Doorstroming naar Laren	14
3.2. Continuïteit van de behandeling	14
3.3. Continuïteit van het programma	15
3.4. Overige ervaringen	15
3.5. Wat gaat goed?	16
3.6. Wat kan beter?	17
4. Visie en beleid verslavingszorg	18
4.1. Gesprek directie	18
4.2. Gesprek management / clusterhoofden	19
4.3. Gesprek teamleiders	21
5. Conclusies en aanbevelingen	23
5.1. Conclusies	23
5.2. Aanbevelingen	25
5.3. Bevindingen LSR	27
Bijlage Gespreksleidraden	28

1. Inleiding en aanpak

Op verzoek van de cliëntenraad GGz Ermelo en de Commissie Kwaliteitstoetsing vanuit Cliëntenperspectief (onderdeel van de Centrale Cliëntenraad) heeft het LSR een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief uitgevoerd bij de verslavings- en detox zorg van GGz Centraal. Het gaat om de locatie Johannesbos te Ermelo in de regio Veluwe en Veluwevallei. De kwaliteitstoetsing vond plaats van juni tot en met september 2019.

1.1. Aanleiding en doel

Aanleiding voor deze kwaliteitstoetsing waren signalen van onvrede die de cliëntenraad van Ermelo al een aantal jaren vanuit hun achterban ontvangt. De raad heeft deze signalen meerdere malen terug laten komen in gesprekken met het management / de directie, zonder dat dit tot merkbare verbeteringen heeft geleid.

Op basis van die signalen zijn de volgende hoofdthema's zijn gekozen:

1. Doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek Julianaoord in Laren

Wat is het beleid bij doorverwijzing tussen detox, deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren? Hoe is de aansluiting tussen deze verschillende onderdelen? Hoe vindt de afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren plaats? Is er een samenwerkingsovereenkomst en hoe gaat dit in de praktijk? Welke hulp en begeleiding krijgt de cliënt in de overbrugginstijd tussen detox, deeltijd en/ of de kliniek?

2. Continuïteit van de behandeling

Wat is het beleid ten aanzien van de inzet van tijdelijke ANIO's (artsen niet in opleiding tot specialist) en de continuïteit van de behandeling voor cliënten? Hoe wordt voorkomen dat de verslavingszorg klinisch en ambulant door wisselingen in de personele bezetting van de behandelend artsen steeds verstoord wordt? Hoe is het beleid ten aanzien van (voldoende) bereikbare psychiater?

3. Programma aanbod

Wat is het beleid ten aanzien van de continuïteit van de programmaonderdelen of modules. Hoe wordt uitval van medewerkers opgevangen? Hoe wordt voldoende bezetting gegarandeerd?

Het doel van de kwaliteitstoetsing is het toetsen van de visie en het beleid aan de mening en ervaringen van de cliënten en de medewerkers rondom het onderdeel verslavingszorg. Hiertoe moest eerst inzicht worden verkregen in de visie en het beleid en vervolgens zijn de achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbeter suggesties van de cliënten, de teamleiders en de verpleegkundige teams in kaart gebracht.

1.2. Aanpak

De kwaliteitstoetsing bestond uit drie fasen: voorbereiding, uitvoering en rapportage.

Vorbereiding

In de voorbereiding heeft het LSR met de cliëntenraad van Ermelo het plan van aanpak voor de kwaliteitstoetsing opgesteld en uitgewerkt. Bij de teammanager zijn relevante beleidsdocumenten opgevraagd. Op basis daarvan heeft het LSR de hoofdonderwerpen en een definitieve gespreksleidraden (zie Bijlage) vastgesteld. De Commissie Kwaliteitstoetsing vanuit Cliëntenperspectief heeft de Raad van Bestuur geïnformeerd over het plan van aanpak en gezorgd voor aankondiging van het onderzoek bij directie, managers, teams en cliënten.

Uitvoering

Tijdens de uitvoeringsfase is gestart met een analyse van visie en beleid met betrekking tot het onderdeel verslavingszorg. Als bronnen werden ontvangen beleidsdocumenten, relevante stukken van de website <https://www.ggzcentraal.nl/> en interviews met het management, clusterhoofden en directie gebruikt. Doel daarvan was om te horen vanuit welke visie en vanuit welk beleid gewerkt wordt, om vervolgens de ervaringen van de cliënten en van de teams van medewerkers daaraan te toetsen.

Er zijn interviews gehouden met vier groepen cliënten (twee deeltijdgroepen, één detox groep en één poliklinische groep) en met drie teams. Het LSR heeft tijdens de gesprekken steeds gevraagd naar wat goed gaat en welke verbeter suggesties de deelnemers wilden noemen ten aanzien van de drie hoofdthema's en ook ten aanzien van de behandeling en begeleiding in het algemeen.

Aan de cliënten is gevraagd deel te nemen aan een groepsgesprek. Bij de groepsgesprekken waren ook leden van de cliëntenraad aanwezig als vertrouwde gezichten. Het LSR leidde de groepsgesprekken. De rol van de ervaringsdeskundigen was die van gespreksleider en doorvrager. De kwaliteitsadviseur begeleidde het proces en deed de verslaglegging. De groepsgesprekken duurden 1 tot 1,5 uur.

Bij de groepsgesprekken met de verpleegkundige teams van detox, deeltijd en polikliniek is ook een deel van de resultaten uit de gesprekken met cliënten voorgelegd aan medewerkers. Bij een van die teamgesprekken waren ook de artsen aanwezig.

Rapportage

Het LSR heeft de uitkomsten van de raadpleging verwerkt in dit rapport. Op basis van de uitkomsten heeft het LSR in overleg tussen de ervaringsdeskundigen en de kwaliteitsadviseurs conclusies getrokken en aanbevelingen geformuleerd. Deze conclusies en aanbevelingen zijn vervolgens besproken en aangevuld door de Commissie Kwaliteitstoetsing vanuit Cliëntenperspectief. Het LSR presenteert de uitkomsten aan cliënten, medewerkers, management/directie van GGZ Centraal en eventuele andere genodigden op 21 november 2019.

1.3. Leeswijzer

In hoofdstuk 2 zijn de resultaten beschreven van de gesprekken met cliënten. Hoofdstuk 3 beschrijft de gesprekken met medewerkers van de verschillende groepen. In Hoofdstuk 4 zijn de visie en het beleid rondom het onderdeel verslavingszorg opgenomen zoals beschreven in de ontvangen beleidsdocumenten en besproken in de gesprekken met management en directie. Hoofdstuk 5 bestaat uit de conclusies en aanbevelingen van het LSR. Tot slot staan in de Bijlage de gespreksleidraden. Omwille van de leesbaarheid en de anonimiteit van de cliënten is steeds 'hij' gebruikt in de tekst.

2. Ervaringen cliënten

Het LSR heeft de cliënten gevraagd om op basis van de drie hoofdthema's hun mening te geven over het behandel aanbod en de hulpverleners (zie gespreksleidraad in de bijlage). Wat gaat er volgens cliënten goed en wat kan er beter kan op de detox, deeltijdbehandeling en poli van de verslavingszorg in Ermelo? We hebben in totaal met veertien cliënten gesproken. Daar waar ervaringen specifiek over een van de groepen gaan, staat dat vermeld.

2.1. Doorstroming naar Laren

Eén cliënt gaat zonder wachttijd naar Laren binnenkort. De overige gesproken cliënten hebben geen van allen ervaring met de kliniek in Laren. Bij een aantal cliënten is de kliniek in Laren aan de orde geweest maar zij hebben daar niet voor gekozen, bijvoorbeeld vanwege de reisafstand. Zij gaven de voorkeur aan deeltijd ondersteuning in Ermelo.

Andere ervaringen over instroming en doorstroming

Voor de detox is volgens de cliënten een wachttijd van zo'n twee maanden. De ervaring van de cliënten is dat zij al wel deelnamen aan een voorbereidingsgroep, maar zelf navraag moesten doen naar hun opname-datum.

De overgang van de detox naar de deeltijd in Ermelo levert eigenlijk nooit problemen op. De cliënten geven aan dat de wachttijd tussen de detox en de deeltijd relatief kort is. Meestal is er meteen plaats. In geval van een wachttijd wordt dan altijd gekeken naar een tussenoplossing.

Een cliënt heeft op advies van de behandelaar een paar maanden op de detox afdeling verbleven en heeft langer gewacht op de doorstroming. De cliënt heeft het als prettig ervaren dat hij niet gehouden werd aan een vastgestelde verblijfsduur en zo rustig kon afbouwen.

Ervaringen met de samenwerking tussen GGz Centraal en andere zorg- en maatschappelijke organisaties variëren. Een deel van de cliënten is hier heel tevreden over. Anderen ervaren problemen, zoals vaak dingen dubbel moeten vertellen. Een aantal cliënten had voor de verslavingszorg in Ermelo contact met GGz Harderwijk. Over de onderlinge communicatie zijn sommige cliënten ontevreden. Het gaat dan bijvoorbeeld over het contact dat de psychiater van Harderwijk opnam met de cliënt, terwijl die cliënt inmiddels al in Ermelo onder behandeling was. Het gaat ook over niet onderkennen van verslavingsproblematiek en om onbekendheid met eerdere voorgeschreven medicatie (door vorige psychiater of huisarts) op de deeltijd.

Reactie van de werkgroep cliëntenraad GGz Ermelo en de Commissie Kwaliteitstoetsing vanuit Cliëntenperspectief (hierna werkgroep):

De aanbeveling om drie bedden te reserveren voor Ermelo wordt onderschreven. Door de wachttijd twee maal detox is onwenselijk. Drie bedden zou een goede oplossing zijn. Een belangrijk punt van de werkgroep is dat de communicatie bij overdracht slecht is.

2.2. Continuïteit van de behandeling

De behandelaar gaat niet altijd mee van de detox periode naar de deeltijd. Soms zijn er meerdere (dezelfde) behandelaars betrokken van verschillende instanties. De communicatie tussen verschillende betrokken instanties kan in sommige gevallen beter. Eén cliënt weet niet wie zijn behandelaar is sinds hij bij de deeltijdgroep zit. Cliënten geven meestal zelf aan bij de begeleiding als zij behoefte hebben aan een gesprek, ook als dit een behandelaar betreft.

Medicatieverstrekking

Een aantal maal werden onzorgvuldigheden genoemd met betrekking tot medicatie bij de start van de behandeling in Ermelo. Mensen moesten zelf voor de benodigde medicatie zorgen bij binnenkomst. De voorgeschreven medicatie vooraf aan de opname bij detox werd niet onmiddellijk overgenomen door de GGz behandelaar, waardoor iemand een dag moest wachten op medicatie.

Er is weinig uitleg over medicatie en de (bij)werking daarvan. 'Soms krijg je iets waarvan je helemaal niet weet wat het is. Je moet zelf je informatie maar zien te vinden.'

Een oude reeds afgebouwde dosis werd opnieuw voorgeschreven gebaseerd op een oude medicatielijst. Medicatie werd vervangen door een ander merk waarop het lichaam anders reageerde.

2.3. Continuïteit van het programma

Op de vraag hoe vaak cliënten aan het dagprogramma deelnemen, vertellen cliënten dat je in het begin zoveel mogelijk dagen een programma volgt. Daarna kan de cliënt het volgen van het dagprogramma plannen naast werk of andere persoonlijke afspraken en kiezen voor de onderdelen die voor de betreffende cliënt belangrijk zijn. De cliënten zijn positief over deze mogelijkheid.

Rooster

Er is sinds kort een nieuw rooster. De cliënten hebben hier vertrouwen in. Een cliënt ervaart dat de ondersteuning met dit nieuwe rooster intensiever is. Het voelt nu meer als therapie dan eerst en dat vindt de cliënt positief. In het oude rooster zaten veel gaten en door een tekort aan personeel kon dat vaak niet worden aangepast. Er zijn veel wisselingen geweest in het begeleidingsteam. Cliënten ervaren dat er nu beter/goed ingesprongen wordt door andere teamleden als een collega uitvalt. Er valt niet gauw iets uit. Soms is er wel een andere invulling dan op het programma staat.

Individueel

Cliënten hebben daarnaast ook individuele begeleiding van hun persoonlijk begeleider. Individuele gesprekken worden niet altijd op een voor de cliënt gewenst/gunstig moment gepland. Bijvoorbeeld net op momenten dat je volgens het programma kunt ontspannen (creatief of sporten), word je ineens opgehaald door een therapeut of maatschappelijk werker. Ontspanning heb je nodig en schiet er dan bij in.

Continuïteit groep

Bij de poli en de deeltijd is de opkomst van andere cliënten een probleem. Er lijkt een bepaalde vrijblijvendheid te zijn en mensen kunnen gemakkelijk wegblijven. Daardoor is 'het groepseffect niet wat het zou moeten zijn'. Het heeft ook praktische consequenties, bijvoorbeeld voor het schoonhouden van de keuken volgens het gemaakte rooster. Het is voor de andere cliënten bovendien niet altijd duidelijk waarom anderen er niet zijn.

Informatie over de reden van wegblijven, bijvoorbeeld andere re-integrerende activiteiten, of zonder speciale reden, zou helpen. Dus dat wegblijven zonder reden ook als zodanig wordt benoemd. Daarnaast zou het goed zijn om mensen te laten weten dat hun individuele bijdrage aan de groep belangrijk is. Dus op een positieve uitnodigende manier benadrukken dat zij iets toevoegen en gemist worden als zij er niet zijn. Zeker ook in de resocialiserende groep kan dit motiverend werken.

Terugval-beleid

Het terugval-beleid bestaat uit het maken van een terugval-analyse die in de groep wordt besproken, alvorens de draad weer op te pakken. De cliënten geven aan te snappen dat het lastig is hier strenger mee om te gaan, maar vinden het soms voor zichzelf erg ontmoedigend: 'Als alsmaar terugvallen blijktbaar kan, waarom zou ik dan mijn best nog doen'.

Nazorg

In de ondersteuningsplanbespreking worden afspraken gemaakt hoe er langzaam wordt afgebouwd. Daarna kunnen de cliënten terecht bij een herstel-/nazorggroep. Er is behoefte aan divers aanbod. Sommigen voelen zich niet thuis bij Forza of bij de AA en ervaren te weinig alternatief aanbod. Contact met lotgenoten vindt men waardevol.

De cliënten geven aan nog niet echt ervaring te hebben met ervaringsdeskundigen. Wel is bekend dat er na de zomer een herstelgroep zal starten, die door een ervaringsdeskundige zal worden begeleid. De cliënten zijn hier benieuwd naar.

2.4. Overige ervaringen

Informatievoorziening

Wat betreft individuele begeleiding blijkt er veel onduidelijk en/of onbekend te zijn. Een cliënt, die niet vanuit de detox op de deeltijd terecht is gekomen, blijkt een heleboel informatie te missen en weet niet wie zijn persoonlijk begeleider is. Ook blijkt tijdens het gesprek dat er een maatschappelijk werker is, wat niet bij iedereen bekend is. Ook is onbekend voor welke zaken je bij haar terecht kunt. De aanwezige cliënten weten niet of er een vertrouwenspersoon voor hen is. Verder zien de cliënten dat medecliënten individuele vak therapie krijgen en vragen zich af of iedereen daar voor in aanmerking komt.

Cliënten geven aan dat je altijd bij je persoonlijk begeleider kunt aankloppen en dat er dan ook eigenlijk altijd wel tijd voor je is. Volgens de cliënten kan er dus blijkbaar veel, ook aangaande zaken gerelateerd aan of ten gevolge van verslaving, maar moet je overal zelf achteraan. Als je niet heel mondig bent, kom je tekort aan informatie. Je moet alles zelf navragen. Herhaling of beschikbaarheid van informatie om terug te kunnen lezen zou fijn zijn.

Bereikbaarheid

Ook ten aanzien van bereikbaarheid van de begeleiding, met name buiten kantooruren, blijkt dat niet iedereen over alle informatie beschikt en de juiste telefoonnummers heeft. Informatieverstrekking over nieuwe ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de toekomstige nieuwbouw, zou beter kunnen, ook als daar nog dingen onduidelijk in zijn.

Betrokkenheid naasten

Ten aanzien van het betrekken van familie of het persoonlijke netwerk van cliënten bij de behandeling ervaren zij niet zoveel initiatief vanuit de verslavingszorg van GGz Centraal. Terwijl dit wel een van de pijlers van de koers van GGz Centraal is. Je kunt zelf wel vragen om betrokkenheid van je naaste bij de behandeling, 'een systeemgesprek'. Daarover krijg je alleen informatie als je er naar vraagt.

Bejegening detox

Alleen bij de detox ervaren cliënten een bejegening vanuit een heel ongelijkwaardige houding. Cliënten voelen zich vanuit de hoogte behandeld door psychiater en therapeuten die zij als weinig benaderbaar ervaren. Je kunt hen niet rechtstreeks benaderen, dat moet via de groepsleiding. Dat heeft te maken met hun drukke agenda, maar ook met hun houding. Dan kan blijken dat er ruis op het doorgeven van de vraag is gekomen, waardoor je geen antwoord krijgt op je vraag en je zo maar weer een dag verder bent zonder reactie op je vraag. 'Als je 's ochtends koppijn hebt, krijg je pas 's middags na 16.00 uur een reactie of je een paracetamolletje mag gebruiken. Dan kan je koppijn ondertussen zijn uitgegroeid tot barstende koppijn.'

Therapeuten komen zonder aankondiging ineens in je programma inbreken. Dat voelt ongelijkwaardig.

Begeleiders vinden het niet leuk als je zegt waar het op staat en zijn daarin soms ook niet professioneel (niet kunnen schakelen, te snel van hun stuk). De begeleiders dragen niet alles over tussen de diensten. Soms wordt wel eens wat vergeten wat is toegezegd, of afgesproken. Mondelinge afspraken zijn niet altijd terug te vinden in de computer. Je krijgt dan het gevoel dat zij ervan uitgaan dat je staat te liegen. Dat lijkt een soort basis uitgangspunt van de begeleiders.

Bij detox wordt niet flexibel genoeg ingespeeld op wisselingen in de omvang van de groep met het aanleveren van hoeveelheden voor de maaltijden. Daardoor is er soms veel te veel en soms weer veel te weinig eten.

2.5. Wat gaat goed?

- De cliënten zijn erg te spreken over de deskundigheid van de begeleiders. Ze voelen zich gehoord en gezien. De persoonlijk begeleider heeft voldoende tijd voor zijn cliënten. De begeleiding is deskundig, leeft goed mee en velt geen oordelen. 'De begeleiders laten je niet los' en 'je krijgt echt het gevoel dat ze om je geven'. Het is fijn als zij mee-eten met de groep. Dat geeft een fijne ontspannen sfeer.
- Het is goed dat er ook 's nachts iemand is naar wie je toe kunt gaan.
- Het is goed dat je je mobiele telefoon mag houden, zodat je contact kunt houden met je naasten.
- De cliënten zijn tevreden over maatschappelijk werk.
- De cliënten vinden het de steun die zij krijgen van andere cliënten vanuit de groep belangrijk.
- De cliënten zijn tevreden over het nieuwe rooster van het dagprogramma. Er is meer continuïteit en het programma is intensiever en werkt daardoor meer therapeutisch.
- De cliënten zijn erg blij dat ze zolang kunnen blijven als nodig is. En dat dit ook geldt voor de nazorg, die bestaat uit gesprekken met de PB-er en de eindbehandelaar, zo vaak en zo lang als nodig is.
- De cliënten vinden het goed dat er sinds kort een ervaringsdeskundige betrokken is bij de deeltijdgroep. 'Het is fijn dat iemand precies weet waar over je het hebt, omdat diegene daar zelf ervaring mee heeft', geeft een cliënt aan.
- De snelheid waarmee de detox start na de intake. Mocht iemand 'het niet uit kunnen zingen' is er nog de crisesopvang.
- Het is belangrijk om te weten dat je op de ondersteuning terug kan vallen. Door middel van de KOR, TOR en BOR (Koffie-Telefoon-Bed Op Recept).
- De meeste cliënten zouden GGZ Centraal detox, deeltijd en de poli wel aanraden aan bekenden die soortgelijke hulp nodig hebben, ondanks de kritiekpunten die zij ook hebben.

Reactie van de werkgroep:

Er staan veel dingen bij die vlak voor het onderzoek gewijzigd zijn. Prettig is het nieuwe jonge team bij de deeltijd.

2.6. Wat kan beter?

- Betere informatievoorziening. Naast allerlei praktische informatie als telefoonnummers, zou het goed zijn als de cliënten weten wat ze kunnen verwachten. 'Ze hebben hier veel te bieden, maar dat mogen ze beter laten zien!' Een van de cliënten ziet een informatieboekje helemaal zitten.
- Het zou goed zijn nog eens te kijken naar het beleid bij wegblijven en terugval. En de vrijblijvendheid van komen naar groepsbijeenkomsten (poli) mag minder. Het mag strenger of motiverender.
- Een cliënt oppert als idee om zo nu en dan een momentje met beide deeltijd groepen samen in te plannen voor wat afstemming met elkaar.
- Er zou meer kunnen met Karify.
- Meer dokters, zodat zij meer benaderbaar zijn / tijd beschikbaar hebben. Ook na 17.00 uur.
- Bij het inplannen van gesprekken met cliënten rekening houden met hun belastbaarheid en andere programma onderdelen. Niet alleen met agenda van de psychiater/therapeut.
- Extra ventilatoren voor warme dagen. Ook op je eigen kamer en in elke groepsruimte.

Specifiek voor de detox

- Bij de detox: Meer eenduidigheid en duidelijkheid in de regels. En regels aanpassen, zodat ze beter passen bij deze tijd.
- Bij de detox willen cliënten een andere basis houding van de begeleiders en behandelaars, meer van deze tijd, meer gebaseerd op gelijkwaardigheid.
- Bij aanleveren maaltijden/voeding beter inspelen op wisselingen in de groepsgrootte bij detox.
- Betere begeleiding bij zogenaamde trekmomenten bij de detox. Daarover weet de begeleiding te weinig van / kunnen zij zich te weinig bij voorstellen.

Reactie van de werkgroep:

Naar aanleiding van het rapport komt de vraag op of de cliënt weet heeft van de duur van de behandeling.

3. Ervaringen medewerkers

In de periode juli t/m september 2019 hebben we drie teams gesproken (detox, deeltijd en poli/deeltijd). In totaal deden 16 medewerkers mee aan de interviews. Een aantal medewerkers gaf aan voor meer dan één groep te werken. In dit hoofdstuk komen de ervaringen en meningen van de medewerkers aan bod. En wordt verwoord wat zij vinden dat goed gaat en wat beter kan. Daar waar ervaringen over een specifieke groep gaan, wordt dat apart vermeld.

Gefragmenteerde visies

Begrippen als de 7 pijlers en *Mijn positieve gezondheid* zijn bij de meeste teamleden niet bekend. Zij hebben met de hele afdeling (iedereen van de verschillende teams) zelf gesproken over hun visie en werkwijze. De organisatie en de verslavingszorg in Ermelo is in beweging. Er is een frisse blik vanuit de ambulante setting naar een klinisch achtige setting. Er is veel mogelijk in het aanbod, je kunt het zo gek niet bedenken.

Er is veel deskundigheid in huis en cliënten worden gestimuleerd vooral te komen met vragen. De **nieuwe beweging** is nog niet gestold in vast beleid. Dat moet nog wel komen. Er is behoefte aan borging, zodat kennis, het aanbod en de continuïteit daarvan minder kwetsbaar zijn voor vertrek van individuele medewerkers.

De ervaringsdeskundige zou meer willen werken vanuit *Mijn positieve gezondheid*, dit is nog te weinig doorgesijpeld in de teams.

De professionals geven aan dat zij vooral de **landelijke zorgstandaarden** voor verslavingszorg en van hun beroepsgroep als uitgangspunt van de behandelingen nemen. En ook van **persoonlijke voorkeuren** (bijvoorbeeld mindfulness en holistische visie).

Detox

Het team detox werkt vanuit de **visie van GGz Centraal** waarin nadruk ligt op eigen regie van cliënten, zelfmanagement en aansluiten bij behoefte van de cliënt met een individueel op maat aangepast programma. Dit lukt in de praktijk nog niet altijd. De bedoeling is het aanbod op maat steeds meer te realiseren. Volgens sommigen lijkt er een groot verschil te zijn in visie tussen detox en deeltijd in het omgaan met regie van de cliënt. Bij detox moet nog veel meer beweging komen. Daar wordt een wat ouderwetse benadering gehanteerd.

Deeltijd en poli

Bij de deeltijd en poli wordt gewerkt vanuit de **HOZ visie: Herstel Ondersteunende Zorg**. De verantwoordelijkheid voor herstel ligt zo dicht mogelijk bij de cliënt. Medewerkers staan naast de cliënt. In het begin doen teamleden actief navraag bij cliënten hoe het met hen gaat, en in de loop van de tijd moeten zij steeds meer zelf komen. Onduidelijk is gebleven of het hier gaat om vastgesteld beschreven beleid. In de gesprekken met cliënten horen we deze aanpak zeker terug.

Cliënten mogen ook vallen (en weer opstaan). Terugvallen is normaal in het proces. Daar zit geen limiet aan. Benadrukt wordt: je wordt niet veroordeeld, maar er moet wel een zelfanalyse gemaakt worden, die in de groep wordt besproken. En als een cliënt steeds maar terugvalt, wordt het gesprek aangegaan of de behandeling wel zin heeft. En wat eventueel betere alternatieven zijn.

3.1. Doorstroming naar Laren

Bij het team poli/deeltijd en bij detox is de ervaring dat doorstroming van Ermelo naar de kliniek in Laren lang duurt. Vanaf het advies aan een cliënt om naar Laren te gaan, zit vaak al vier weken tot aan de eerste intake en vervolgens duurt het nog eens zes tot acht weken voor de cliënt in Laren terecht kan.

Volgens één van de teamleden is het digitale aanmeldingsformulier voor de kliniek in Laren al het eerste struikelblok; dat werkt niet goed.

Er is wel wat invloed op een vervolg opname in Laren, maar niet zoveel. Meer direct overleg zou volgens de teamleden schelen en misschien is er iets te regelen met een paar 'voorrangsplaatsen' in Laren voor cliënten vanuit Ermelo. Soms is er geen klinische overbrugging mogelijk. Er is wel aanbod in deeltijd en poliklinisch tussentijds. Er is zogenaamd KOR, TOR en BOR aanbod (Koffie-Telefoon-Bed Op Recept).

Teamleden zijn erg te spreken over de gang van zaken als een cliënt terug komt vanuit Laren naar de deeltijd in Ermelo. Er is een erg goede overdracht en een grote betrokkenheid.

3.2. Continuïteit van de behandeling

Volgens de teamleden is er nu geen sprake meer van veel wisselingen in behandelaars. Dat was wel zo twee of drie jaar geleden, toen er vanwege bezuinigingen veel mensen weg moesten en gingen. Op dit moment is de bezetting behoorlijk stabiel. Gangbaar is dat cliënten in deeltijd 9 maanden tot een jaar in behandeling blijven (indicaties zijn voor 6 – 9 maanden) en die periode dezelfde behandelaar hebben. Als de cliënt na de detox op de deeltijd of de poli terecht komt, komt hij weer onder de hoede van dezelfde persoonlijk begeleider/verpleegkundige/behandelaar. Alleen op de detox, waar mensen kort verblijven, wisselen de psychiaters in opleiding elk half jaar.

De artsen zouden wel meer uren willen hebben, zodat zij meer tijd zouden kunnen inplannen per cliënt. Er is nu weinig ruimte in de agenda's (zij werken klinisch en poliklinisch en voor niet-planbare crisisopnames). Cliënten kunnen niet gemakkelijk tussendoor. Begeleiders kunnen er wel achteraan. Cliënten moeten een briefje invullen met een verzoek. Dit is deels omdat de vraag dan niet tussen wal en schip kan raken, deels om cliënten te leren wachten en ordenen en om cliënten zelf verantwoordelijkheid te laten nemen voor hun vragen. Medewerkers vinden dat het systeem met briefjes goed werkt.

De medewerkers herkennen dat als een cliënt 's ochtends paracetamol vraagt voor hoofdpijn, het lang kan duren voor de medicatie wordt verstrekt. Alles moet op doktersrecept en dat kost tijd. Er is in de ochtend geen tijd om te bespreken wat de vraag achter de vraag is, om een alternatief te bieden voor het uitblijven van paracetamol op dat moment. Je moet het als cliënt vaker vragen om aandacht van de verpleegkundige te krijgen. Eigen regie wordt erg gestimuleerd.

Als nazorg is er de poli (1 x per 14 dagen bijvoorbeeld) en de nazorggroep (1 x per week) zo lang als nodig. De medewerkers zien dat (ex)cliënten het erg fijn vinden dat deze mogelijkheid er is en dat zij altijd terug mogen komen.

3.3. Continuïteit van het programma

De begeleiders vinden de bezetting goed op orde en voldoende. Teamleden ervaren voldoende tijd om hun werk te doen. In de ochtenden is het druk, dan moet je veel regelzaken doen, omdat anderen dan bereikbaar zijn. In de avonden en weekenden is meer individuele aandacht mogelijk in gesprekken met cliënten.

Elke woensdagmiddag is het nieuwe programma voor de volgende week duidelijk.

Er wordt bij de deeltijd sinds 1 juli met een nieuw rooster gewerkt. Hoe dat bevalt moet nog geëvalueerd worden, maar de eerste indrukken zijn goed. Het team krijgt complimenten van cliënten voor het nieuwe programma. Aanleiding was dat uren tussen behandelaren anders verdeeld moesten worden. Het levert een intensiever programma / intensievere therapie op met meer verdieping en meer aanbod. Er zijn nu 10 weekse modules, cliënten starten na 10 weken een nieuwe module. Er wordt meer kwalitatief gemeten en met cliënten geëvalueerd, met begin en eind metingen bij de behandelingen. Cliënten hebben niet expliciet om deze veranderingen gevraagd. Er was wel commentaar bij uitval van medewerkers en programmaonderdelen. Het team vangt onderbezetting onderling op. De afgelopen maanden was er geen uitval in het programma.

Tijdens de afbouw in de deeltijdbehandeling kan ook al de opbouw naar re-integratie worden ingezet. Daar wordt vaak gebruik van gemaakt. Dat betekent ook dat de groep op sommige dagen mensen mist, omdat zij elders aan het re-integreren zijn.

3.4. Overige ervaringen

Informatieverstrekking

De verschillende teams hebben een verschillend beeld over de kwaliteit van de informatieverstrekking aan cliënten. Sommige hebben de indruk dat zij goed informatie verstrekken. Andere hebben juist veel behoefte aan verbetering en noemen een gebrek aan goede overzichtelijke informatie (zowel op papier als op de website).

Er is wel informatie op de voorbereidingsgroep die mee naar huis wordt gegeven. Bij de intake wordt alles uitgelegd en krijgen de cliënten werkboeken mee. Elke nieuwe cliënt wordt aan een medecliënt gekoppeld, die overigens ook lang niet altijd alles weet. Mogelijk blijft niet alle informatie hangen. Het team zegt dat cliënten overal naar kunnen vragen en dat zij dat ook aanmoedigen. Waar cliënten aangeven dat je overal zelf achteraan moet, zeggen teamleden dat dat klopt en dat dat ook de bedoeling is.

Het team denkt dat een folder misschien wel handig zou zijn met daarin in ieder geval foto's van alle behandelaars en medewerkers en hun functies en het aanbod/programma voor cliënten op de detox en de deeltijd. Een boekje voor de 4-weeks opname is misschien ook een goed idee. De psychiater is al poosje bezig om alles op papier te zetten, maar dit blijft door andere prioriteiten steeds liggen. Er is irritatie bij medewerkers dat er in het verleden al meer malen informatie is geïnventariseerd, waar veel tijd in is gestoken, maar de verwerking daarvan tot informatievoorziening wordt niet afgemaakt.

Samenwerking en sfeer

De sfeer en de laagdrempeligheid van de samenwerking binnen de teams wordt verschillend ervaren door verschillende medewerkers. Sommigen vinden de sfeer warm en de samenwerking heel gemakkelijk, anderen ervaren juist een hiërarchie en afstand. De mate van ongewenste hiërarchie bij de afdeling verslavingszorg wordt door teamleden heel wisselend ervaren.

3.5. Wat gaat goed?

- Er is veel deskundigheid en expertise om met iedereen te kunnen werken, ook met mensen met zware dubbelproblematiek, bij taalbarrières of met mensen die ook lichamelijk erg ziek zijn.
- Er wordt goed geluisterd en begrensd.
- Het team is verschillend van samenstelling, waardoor je ook goede matches kunt maken tussen individuele medewerkers en cliënten.
- Het nieuwe rooster, met de 10 weekse modules en met meer kwalitatieve metingen.
- Veel respect voor cliënten en regie zoveel mogelijk bij cliënt laten.
- Naast de cliënt staan en samen met hem kijken wat werkt.
- Streven naar kwaliteitsverbeteringen
- De drie-eenheid detox, deeltijd en poli, waarbinnen heel makkelijk geschakeld kan worden en goede ketenzorg.
- Samenwerking tussen collega's. Daar is veel over gesproken. Bij deeltijd doen ze veel aan reflectie, bijvoorbeeld over hoe sturend ze zijn en hoe vrij zij cliënten laten.
- De inbedding van mindfulness in de visie en de werkwijze op de afdeling.
- Overbruggen periode met openstaande vacature voor begeleider zonder uitval van het aanbod.
- Het werken met een ervaringsdeskundige en de uitbreiding daarvan (een tweede en een stagiair).
- Er is weinig overlast van dealers op het terrein / rondom het gebouw. Dat is minder dan vroeger. De veldwachter houdt dit goed in de gaten.

3.6. Wat kan beter?

- Betere samenwerking en uitwisseling van expertise met de kliniek in Laren en andere partners in de verslavingszorg zoals Tactus op uitvoerend niveau. (NB: Op management- en directieniveau wordt dit juist als een van de punten genoemd die men heel goed vindt gaan)
- Actuele informatie op de website. En daarnaast papieren folders. De verslavingszorg in Ermelo goed op de kaart zetten en meer vindbaar maken. Er is nog te weinig bekendheid bij huisartsen over de verslavingszorg bij Veldwijk. Veldwijk zelf is wel bekend. Dit is nodig om voldoende cliënten binnen te krijgen. Momenteel zijn er te weinig cliënten volgens de teams. (NB: Op directie- en managementniveau wordt juist aangegeven dat er voldoende cliënten zijn)
- Veel mensen komen vanuit de detox binnen. Voor instroom bij de detox heb je ook een regie-behandelaar nodig en daar is een tekort aan.
- De drempel verlagen. Bijvoorbeeld door toegang ook via chatten/ What's app. Via e-health verwacht men wel wat meer toekomstige cliënten te kunnen bereiken.
- De bezetting van de artsen verdient aandacht.
- Mensen zijn benieuwd naar het jaarplan GGZ Centraal gericht op positieve gezondheid en hoe die visie zich door vertaalt. Hoe kan die visie van positieve gezondheid meer geïntegreerd worden in de behandeling. Het team detox is heel enthousiast. Zij passen het al toe, maar dat zou nog veel beter kunnen.
- E-health is bij de detox niet goed haalbaar, omdat er teamaccounts zijn, in plaats van individuele. Cliënten bij deeltijd/poli zijn wel gekoppeld aan een vaste persoon die een eigen account heeft.
- Aanschaf goede airco, vooral voor in de slaapkamers op de eerste verdieping. Die worden zo heet dat je er niet kunt slapen en de ramen kunnen er nauwelijks open (veiligheid gesloten afdeling). Omdat dit gebouw nog wel vijf jaar in gebruik zal blijven, is dit echt nodig.
- Ruimte voor cliënten om zich lekker te kunnen terugtrekken en te ontspannen, met een gezellige inrichting, niet zo klinisch als nu.
- Ruimte voor medewerkers om te kunnen ontspannen en zich terug te kunnen trekken.
- Een uitvals- en overlegplek voor de ervaringsdeskundigen.
- Als wensen en ideeën noemen de teamleden een splitsing van de detox, nieuwkomers en terugkomers in verschillende ruimtes. Dat zou de negatieve invloed van de 'draaideur cliënten' op de nieuwkomers voorkomen, waardoor zij zich fijner en veiliger zouden voelen.
- Een andere wens is een dagelijks inloopuurtje met koffie en mogelijkheid tot een praatje voor langlopende cliënten van de poli en ex-clieënten. Dit zou laagdrempeliger zijn dan de KOR (Koffie Op Recept) en een preventieve werking kunnen hebben wat betreft terugval.

4. Visie en beleid verslavingszorg

Dit hoofdstuk geeft weer wat directie en management vertellen over de visie en het beleid op verslavingszorg en wat er tijdens de gesprekken naar voren is gekomen ten aanzien van de in hoofdstuk 1 genoemde hoofdthema's van de kwaliteitstoetsing.

4.1. Gesprek directie

Visie GGz Centraal

De directeur regio Veluwe en Veluwe Vallei vertelt dat GGz Centraal een nieuwe strategische koers heeft ontwikkeld gebaseerd op 7 pijlers. *Mijn positieve gezondheid* wordt verder organisatie breed gebruikt als uitgangspunt en het steunsysteem (de naasten) maakt onderdeel uit van de visie.

Verslavingszorg

De afgelopen jaren is veel bezuinigd in de psychiatrie. Daardoor zijn specialismen geclusterd bij verschillende instellingen. Kleine verslavingscentra zijn opgegaan in één grote: Julianaoord in Laren. Langdurige zorg is in Laren ondergebracht. De deeltijd zorg is behouden in Ermelo. De verslavingszorg in Ermelo kent een lange bestaansgeschiedenis en had en heeft voldoende cliënten om te kunnen blijven bestaan. Er vindt veel kennisuitwisseling plaats tussen de kliniek in Laren en verslavingszorg Ermelo.

Kwaliteitstoetsing

De directeur denkt dat de aanleiding voor dit onderzoek door het LSR inmiddels voor alle drie de punten achterhaald is. Als er problemen spelen, zullen de managers en hoofden dat met haar bespreken en zal zij het op de agenda zetten in het overleg met andere locaties en organisaties. Op dit moment krijgen de onderwerpen *doorstroming naar Laren*, *continuïteit van de behandeling* en het *programma aanbod* geen speciale aandacht.

Reactie van de werkgroep:

Dit vond de werkgroep opvallend en riep herkenning op bij de werkgroep met betrekking tot de reden van het onderzoek. Er zit een verschil tussen strategie (wensgedachte) en beleving/uitvoering/cliëntperspectief.

Wat gaat goed?

- GGZ Centraal werkt nauw samen met andere aanbieders van zorg en ondersteuning in de keten en in het sociale domein (pijler 1 +1 =3). Ze werken aan verdieping en verbreding in uitvoering en samenwerking om cliënten waar nodig hulp en ondersteuning te kunnen bieden (bijv. ook bij schuldenproblematiek of huisvestingsproblemen). Verbinden moet ook vanuit wetgeving en zorgstandaarden tot stand komen. GGZ Centraal heeft een eigen innovatie/opleidingspoot: Inova.
- De verslavingszorg was een koploper in Nederland met de ontwikkeling van ervaringsdeskundigheid. Dit is in GGZ Centraal breed beleid. Er wordt gewerkt met ervaringsdeskundigen en dit krijgt ook uitbreiding.

Reactie van de werkgroep:

GGZ Centraal is geen koploper met betrekking tot de inzet van ervaringsdeskundigen.

Wat kan beter?

- Er is achterstand in actueel bijhouden van beleid. Daarvoor is er altijd te weinig tijd. Veel kennis zit bij mensen in het hoofd, wat kwetsbaar is als mensen vertrekken. Op dit moment worden ondersteunende medewerkers opgeleid om creatief te kunnen schrijven, zodat zij behandelaren kunnen ondersteunen beleid te schrijven. In principe is alles op intranet te vinden.
- Het Cliëntportaal wordt nog niet op elke afdeling / in elk cluster gebruikt of op dezelfde manier gebruikt. Het portaal moet voor meer eenduidigheid gaan zorgen en toegang tot informatie, ook voor cliënten als een bibliotheek die toegang biedt tot informatie om huiswerk mee te kunnen doen met e-learning modules. Het is de bedoeling om daarmee eigen regie van cliënten te faciliteren. Dit wordt echter vertraagd door wat digitale perikelen.

4.2. Gesprek management / clusterhoofden

Visie verslavingszorg

Het clustermanagement noemt niet de 7 pijlers noch *Mijn positieve gezondheid* als uitgangspunten van hun handelen en ook niet het werken in de triade met familie en naasten. Zij noemen vooral de landelijke zorgstandaard als uitgangspunt van de behandelingen. Zij vinden het belangrijk dat cliënten voor behandeling niet of zo min mogelijk worden doorgestuurd van de ene afdeling naar de andere met de bijbehorende wachttijden, ook al vallen die meestentijds binnen de treeknormen, zodat mensen niet tussen wal en schip terecht komen.

Er wordt veel samengewerkt in de regio met andere organisaties en professionals. In de toekomst willen de clusterhoofden in samenwerking met andere partijen werken aan meer bemoeizorg en achtervang in de wijk. Om zo cliënten waar nodig ondersteuning op maat te kunnen bieden bijvoorbeeld ook bij schulden en huisvestingsproblematiek.

Kwaliteitstoetsing

Ten aanzien van de *continuïteit van de behandeling* lijkt er nu geen probleem meer te zijn. Er was vorig jaar wel een periode met veel wisselingen en uitval door ziekte en een arts die niet goed aansloot bij de cultuur van zowel cliënten als collega's. Daar is ingegrepen door de arts niet langer in dienst te houden. Men probeert te borgen dat er niet weer teveel discontinuïteit kan ontstaan, maar dat is lastig, vanwege krapte op de arbeidsmarkt. Met name een specialist verslavingszorg is niet te vinden. Gelukkig is er nu een algemene arts met veel kennis van verslaving en kan de psychiater specifieke taken op zich nemen.

Er wordt geïnvesteerd in het in dienst houden van mensen: boeien en binden krijgt veel aandacht. De insteek is om goed te luisteren naar de wensen van medewerkers en zoeken naar alternatieven die tegemoet komen aan die wensen. Bijvoorbeeld door meer uren aan te bieden dan de vacature heeft, als een sollicitant/kandidaat dat wenst door een combinatie te maken met werken bij een andere afdeling. Mensen die solliciteren en geschikt zijn worden altijd aangenomen. De clustermanager investeert ook door psychologen/artsen/psychiaters persoonlijk te benaderen.

Wat gaat goed?

- Meer externe gerichtheid: De samenwerking met anderen in de keten. Ketenpartners geven aan dat GGz Centraal minder intern gericht is, meer de samenwerking zoekt en dat waarderen zij positief.
- Twee jaar geleden is beleid ontwikkeld op overkoepelend niveau bij GGz verslavingszorg met 16 modules/zorgprogramma's. Dit is ontwikkeld als antwoord op een landelijk gesignaleerd probleem dat je niet goed terecht kon met een duaal probleem, verslaving en psychiatrie.

Wat kan beter?

- Op cliëntniveau geeft Routine Outcome Monitoring (ROM) inzicht in de voortgang van de behandeling. In de praktijk wordt ROM niet door iedereen consequent uitgevoerd. Intern wordt nagedacht over een zinnigere ROM, die meer aansluit bij wat cliënten willen. Er wordt daarbij onder andere gekeken naar de frequentie en op welk moment, bijvoorbeeld na afronden van een module. Het is van belang dat de cliënt terug hoort wat met de evaluatiegegevens wordt gedaan, anders zal die een volgende keer niet meer met alle aandacht een evaluatie doen. In principe is terugkoppeling onderdeel van de behandelplanevaluatie.

4.3. Gesprek teamleiders

Verslavingszorg

Bij Ermelo is een behandeling in principe altijd kort. Er is geen huisvesting. Er zijn alleen klinische opnames voor diagnostiek in nuchtere toestand, in principe volgens een vast schema. Het start met vier weken detox. In de derde week, als iemand nuchter is, volgt diagnostiek voor het vervolg. Dit kan zijn of naar huis met eventueel poliklinische begeleiding, of een deeltijd programma, 1 dag programma, of opname in Laren, of een andere instelling. De helft van de cliënten doorloopt dit traject meerdere malen. 80% van de detox gebeurt in Ermelo, 20% in Laren.

Kwaliteitstoetsing

Bij *doorstroming van Ermelo naar Laren* na die vier weken als mensen klaar zijn met de detox, is er niet standaard een plaats beschikbaar. Er is geen voorrangsbeleid voor mensen vanuit GGZ Ermelo, hetgeen begrijpelijk is. Zowel Laren als Ermelo werken bovenregionaal. Dit is een consequentie van het beleid van de Nederlandse overheid, waardoor er niet meer geld, en dus niet meer plaatsen beschikbaar zijn. De wachttijd kan 3 tot 4 maanden zijn. Voor de intake in Laren is het nodig dat cliënten nuchter zijn. Soms zijn mensen inmiddels in de wachttijd teruggevallen en krijgen zij voorafgaand aan de intake nog een tweede detox in Ermelo.

Wachttijd is onwenselijk, maar realiteit. Er wordt overbruggingszorg aangeboden, met ambulant contact. Soms is er op de deeltijd een 'bed' beschikbaar voor opvang, een zogenaamde 'plakmogelijkheid'. Er is geen onderlinge afhankelijkheid, wel samenwerking/afstemming.

De *continuïteit van de behandeld arts* wordt gewaarborgd. Het is de bedoeling en het streven om een cliënt een vaste behandelaar te geven en niet te wisselen, tenzij het niet klikt tussen behandelaar en cliënt. Het is lastig om psychiaters met het specialisme verslavingszorg te vinden, die zijn er niet veel. Er is nu gelukkig wel een algemene arts met veel kennis van verslaving.

Er wordt gewerkt met ANIO's in vaste dienst voor poli en deeltijd. De vaste psychiater/manager is behandelaar voor mensen op de deeltijd. Na de detox periode behoudt een cliënt zelfde arts.

Om de bezetting ook in de toekomst op orde te houden, wordt veel samengewerkt met de opleidingen. AIO's (arts in opleiding tot specialist) werken zes maanden bij GGZ Centraal, zowel voor de poli als detoxgroepen. Er zijn veel artsen in opleiding en dat is mooi. Er zijn er al ongeveer 40 opgeleid. Dit zorgt niet voor extra wisselingen, omdat de cliënten die zij behandelen er korter zijn dan de artsen.

Reactie van de werkgroep:

Dit is niet correct. Er zijn altijd cliënten die tijdens de wisselingen onder behandeling zijn.

Er is vorig jaar wel een vervelende periode geweest: er was langere tijd een vacante plek voor ANIO's. Deze werd drie maal tijdelijk ingevuld. Toevallig was er in die periode ook geen AIO beschikbaar. Op dit moment zijn er voldoende artsen en is er weer stabiliteit. Om te voorkomen dat er weer gaten gaan vallen in de toekomst, probeert de manager veel reclame te maken voor de leuke werkplek voor AIO's. Voor de komende twee periodes is al een nieuwe AIO gevonden.

Wat gaat goed?

- 'We doen het hier echt met elkaar.' Soms is dat belastend voor collega's. Invallen voor elkaar is extra werk. Het verzuim is laag, er is veel aandacht voor de werkdruk van collega's, o.a. met aanbod op mindfulness.
- GGz Centraal heeft beleid op ervaringsdeskundigen. De aanvullende deskundigheid heeft meerwaarde. Vooral als het gaat om een gediplomeerde HBO geschoolde ervaringsdeskundige. Die kan goed meedraaien in het team. Er komt uitbreiding bij verslavingszorg met nog een extra ervaringsdeskundige en een stagiair.

Wat kan beter?

- We zouden meer vloeiende behandeling willen kunnen bieden (zowel wat betreft overgangen in tijd als wat betreft kennis). Een intake nog een keer overdoen zou niet moeten hoeven in Laren. Dat gebeurt nu wel, overigens soms ook in Ermelo.
- Cliënten merken bij uitval van een medewerker een gat in hun programma of een alternatieve invulling. Dat betekent dan een verarmd programma.

5. Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk staan de conclusies en aanbevelingen van het LSR naar aanleiding van de kwaliteitstoetsing bij de verslavingszorg op Johannesburg in Ermelo. Daarnaast heeft het LSR-onderzoeksteam ook eigen indrukken opgedaan en heeft de Commissie kwaliteitstoetsing vanuit Cliëntenperspectief meegedacht.

5.1. Conclusies

Ten aanzien van de drie hoofdthema's kunnen we het volgende concluderen:

Weinig problemen bij doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren in dit onderzoek

Er worden op dit moment door de cliënten geen problemen ervaren met de doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren. Voor de detox is volgens de cliënten wel een wachttijd van zo'n twee maanden. De ervaring van de cliënten is dat zij al wel deelnamen aan een voorbereidingsgroep, maar zelf navraag moesten doen naar hun opname-datum.

De overgang van de detox naar de deeltijd in Ermelo levert eigenlijk nooit problemen op, dit ging zonder wachttijd, of in geval van een wachttijd wordt dan altijd gekeken naar een tussenoplossing.

Een aantal cliënten had voor de verslavingszorg in Ermelo contact met GGz Harderwijk. Over de onderlinge communicatie zijn sommige cliënten ontevreden. Dan gaat het bijvoorbeeld om onbekendheid met eerdere voorgeschreven medicatie (door vorige psychiater of huisarts) op de deeltijd en detox.

De cliëntenraad plaatst een kanttekening bij deze conclusie. Dit punt zal de CR hoog op de agenda houden. Bij de geïnterviewde groep zat niemand die naar Laren hoefde/wilde. De CR geeft aan dat dit een grote zorg blijft. De dubbele intake zou afgeschaft moeten worden.

Continuïteit van de behandeling; aandacht voor medicatieverstrekking

Momenteel ervaren cliënten continuïteit van de behandeling. Er zijn weinig wisselingen in de personele bezetting van de behandelend arts. Er is een landelijk tekort aan psychiaters met ervaring in verslavingszorg. Dit blijft dus wel een punt van aandacht.

Opvallend is dat er in de gesprekken met cliënten vaak werd verteld dat de behandelaar niet goed op de hoogte was van de medicatie die mensen voor opname gebruikten. Daardoor werden onzorgvuldigheden met betrekking tot medicatie bij de start van behandeling in Ermelo ervaren: de medicatie was niet voorradig na opname; een oude reeds afgebouwde dosis werd opnieuw voorgeschreven.

Continuïteit van het programma aanbod, maar minder van de groep

Ook in het programma-aanbod wordt continuïteit ervaren. In de teams wordt met andere roosters ingespeeld op een betere continuïteit. Begeleiders vangen uitval van collega's en vacatures goed op.

Wisselingen in de samenstelling van de groep en wegblijven van deelnemers, is een kritiekpunt van veel cliënten en de negatieve uitwerking daarvan verdient meer aandacht van de teams. Zeker omdat een groot deel van de behandelingen in de groep plaatsvindt.

Vertrouwen en veiligheid

Zowel cliënten als medewerkers van de detox, deeltijd en polikliniek noemen veel positieve punten. Er is veel vertrouwen in de veiligheid van de geboden ondersteuning. De mogelijkheden van nazorg en tussentijdse opvang worden zeer gewaardeerd. Er wordt goed samengewerkt tussen de drie verschillende verslavingszorg afdelingen. Cliënten en medewerkers zijn positief over de deskundigheid van de behandelaars.

En over de inzet van ervaringsdeskundigen. Er wordt een goede sfeer ervaren bij de groepen. 'Als je behandeling krijgt bij verslavingszorg in Ermelo, én je kunt goed zeggen wat je wilt, dan krijg je heel veel.'

Gefragmenteerde visie

Opvallend is dat wat aan visie en koers wordt ontwikkeld en verteld zeer gefragmenteerd overkomt. De visie en de koers van GGz Centraal worden niet of nauwelijks herkend of als uitgangspunt genomen voor het werk. De medewerkers handelen veelal vanuit hun eigen beroepshouding, volgens de zorgstandaarden van hun beroepsgroep, aangevuld met eigen voorkeuren, zoals bijvoorbeeld mindfulness, en een holistische visie.

Er wordt veel nadruk gelegd bij het naast cliënten staan en hen blijven steunen, ook bij terugval. Er wordt sterk uitgegaan van de eigen regie van cliënten.

Eigen regie en een mate van assertiviteit

Wat in de gesprekken met cliënten en teams opvalt, is dat eigen regie en een mate van assertiviteit en eigen initiatief als belangrijke uitgangspunten worden gezien. In alle teamgesprekken werd dit benadrukt en als zeer stellig uitgangspunt gezien. Uiteraard draagt het LSR eigen regie als uitgangspunt een warm hart toe. Er zit echter ook een schaduwkant aan. Als je minder mondig bent, ben je afhankelijk van informatie die je krijgt van mede cliënten. Mensen die minder assertief zijn, komen mogelijk tekort doordat zij niet zelf naar bepaald behandel aanbod vragen, of niet zelf hun netwerk betrekken bij de behandeling. Mogelijk kan de verslavingszorg van GGz Centraal daar nog eens zorgvuldig naar kijken.

Gebrekkige informatievoorziening

Een ander opvallend aandachtspunt dat veelvuldig werd genoemd, zowel door de cliënten als in de teams, is dat men goede actuele informatievoorziening mist. Dat geldt zowel voor informatie aan cliënten, als aan hun naasten, als ook voor informatie aan derden, met name voor potentiële verwijzers en toekomstige cliënten.

Op de website staat verouderde informatie. Als je bijvoorbeeld op de website leest dat de deeltijdbehandeling 12 tot 18 weken duurt, kan dit mensen bij voorbaat ontmoedigen, 'zo snel kan ik het toch niet voor elkaar krijgen'.

5.2. Aanbevelingen

Het LSR komt voor de aandachtspunten met betrekking tot de hoofdthema's met de volgende aanbevelingen:

Doorstroming naar Julianaoord in Laren

- Breng in een vervolgonderzoek in kaart hoe de doorstroming naar Julianaoord in Laren wordt ervaren bij cliënten in Laren die uit Ermelo kwamen.
- Breng in kaart hoeveel wachttijd zij hebben gehad en hoe zij dat hebben ervaren.
- Ga na of de wachttijd bij doorstroming naar in Laren reden is om mensen niet of minder door te sturen.

Continuïteit van de behandeling

- Onderzoek en analyseer de oorzaken van onzorgvuldigheid bij medicatieverstrekking bij binnenkomst op de detox en deeltijd en tref daarna passende verbetermaatregelen.

Programma aanbod

- Zorg dat het programma voor de volgende week op donderdagen aan het begin van de dag wordt opgehangen.
- Individuele therapie is wel mogelijk maar behoort niet tot het standaard aanbod. Zorg voor meer toegankelijkheid van individuele therapie.
- Communiceer nog beter in de groepen de reden van afwezigheid van andere groepsleden.
- Leg in de groep het beleid uit op ruimte voor terugvallen en niet komen en waarom daar geen sancties op staan.
- Leg uit dat sommige deelnemers in het kader van hun resocialisatie niet alle dagen aanwezig zijn.
- Zorg dat terugvalgesprekken individueel met de eigen persoonlijk begeleider of behandelaar plaatsvinden, en niet in de groep. In de groep kan terugvallen als thema besproken worden.

Overige aanbevelingen

De overige aanbevelingen gaan over visie en koers, informatievoorziening, instroom en huisvesting

Visie en koers

- Voor cliënten is het niet zo interessant vanuit welke visie of pijlers men werkt. Wel belangrijk zijn goede zorg, fijne begeleiding, veiligheid en goede informatie. Het is de vraag of het zinvol is om veel aandacht en middelen te steken in de ontwikkeling van een centrale visie die in de dagelijkse praktijk niet leeft.
- Ondersteun de afdeling met het onderzoeken en borgen van hun gezamenlijke visieontwikkeling. Kies bij nieuwe ontwikkelingen voor een pragmatische aanpak, van onderaf, dicht bij de praktijk. Behoud wat werkt. Borg goede initiatieven.
- Bij detox moet nog veel meer beweging komen. Daar wordt een wat ouderwetse benadering ervaren/gehanteerd.
- Besteed aandacht aan de betekenis van de nadruk op eigen regie voor mensen die minder assertief zijn. Zorg dat zij niet tekort komen doordat zij niet zelf actief vragen naar informatie en zorgaanbod.
- Dat terugvallen en weer opstaan als een normaal onderdeel van het proces wordt gezien, is erg belangrijk voor de cliënten. En ook dat daar geen limiet aan zit en dat je niet veroordeeld wordt. Zoals al bij aanbevelingen voor het programma aanbod is genoemd is een aanbeveling om de zelfanalyse die op een terugval volgt met de individuele begeleider of behandelaar te bespreken, en niet in de groep.

Instroom

Het is onduidelijk of er reden tot zorg is over voldoende instroom van cliënten bij de verslavingszorg in Ermelo. De meningen daarover verschillen bij management en teams.

- Zorg voor duidelijkheid over (on)voldoende instroom en eventueel voor passend beleid. Denk daarbij aan vindbaarheid en actuele informatie voor verwijzers en rechtstreekse uitwisseling van contacten en ervaringen op het niveau van begeleidings- en behandelteams van diverse vestigingen of organisaties.

Informatievoorziening

- Investeer in informatie zowel op papier als digitaal en houd die actueel.
- Verwijder verouderde informatie van de website (bijvoorbeeld over behandelduur van deeltijdbehandeling en de samenstelling van het behandelteam).
- Zorg voor informatie die verschillende doelgroepen dient.
- Maak een cliëntenbrochure, die ook aan familie en andere mensen uit het netwerk van een cliënt meegegeven kan worden.

Neem daarin in ieder geval een overzicht op van:

- Typen behandeling (individueel en groepsmatig);
 - Welke soorten behandelaars er zijn in Ermelo;
 - Hoe de behandeling er globaal uit ziet;
 - Wat de gemiddelde duur van een behandeling is;
 - Wat de mogelijkheden aan nazorg zijn;
 - Welke gedragsafspraken er zijn;
 - Wat er van cliënten wordt verwacht.
- Zorg voor informatie voor toewijzers/huisartsen.

- Zorg voor betere vindbaarheid van de (digitale) informatie over het grote aanbod aan verslavingszorg in Ermelo.
- Maak het werk af. Voorkom dat informatie alleen wordt opgehaald bij medewerkers en niet wordt verwerkt in eindproducten.
- Zorg dat informatie herhaald wordt, want de meeste cliënten komen toch 'nogal wazig' binnen.
- Hang op donderdagochtend het rooster van het nieuwe weekprogramma op, omdat op vrijdag veel mensen er niet zijn.
- Betrek cliënten en/of ervaringsdeskundigen bij de totstandkoming van de informatievoorziening.

Huisvesting

- Zorg voor koelmogelijkheid in de slaapkamers en huiskamers.
- Onderzoek of een gezellige woonmaker te realiseren valt.
- Onderzoek of een werkruimte voor de ervaringsdeskundigen kan worden vrijgemaakt.
- Onderzoek of een gescheiden, laagdrempelige en flexibele inloopplek mogelijk is voor cliënten die regelmatig terugvallen, of die niet van hun verslaving af raken of willen.

5.3. Bevindingen LSR

De cliënten van de verschillende groepen waren zeer bereid om hun ervaringen en meningen te delen met de interviewers. Zij deelden veel persoonlijke ervaringen en stelden zich kwetsbaar op. Tijdens de groepsgesprekken viel het op dat de cliënten elkaar in de groep zeer waarderen en belangrijk vinden.

De gezamenlijke informele lunch na afloop van de gesprekken werd gewaardeerd door zowel de cliënten als het LSR.

Ook de medewerkers en leidinggevenden waren zeer bereid om hun ervaringen te delen en aan te geven wat zij goed vinden gaan en waar zij verbetermogelijkheden zien. Zij vonden de gesprekken prettig en soepel verlopen. Zij ervoeren een open houding van de interviewers. Teamleden gaven aan dat zij het interessant vonden om de meningen en ervaringen van hun teamgenoten te horen. De meeste medewerkers zijn benieuwd naar de resultaten van de toetsing en komen graag naar de presentatie op 21 november.

Zowel bij cliënten als teamleden was veel bereidheid om mee te denken. Er zijn veel verbeterideeën benoemd.

Een aantal cliënten van de detoxgroep heeft achteraf aan hun begeleiders aangegeven dat zij het gesprek in de groep als indringend hebben ervaren. Het gesprek duurde langer dan de andere gesprekken en vond plaats op een zeer hete dag. Het team heeft aandacht besteed aan de ervaringen. Het LSR heeft hieruit geleerd om de duur van het interview binnen de vooraf afgesproken termijn te houden.

Bij alle groepen en teams werd het LSR-team hartelijk ontvangen, waarvoor onze hartelijke dank.

Bijlage Gespreksleidraden

Gespreksleidraad cliënten verslavingszorg en detox

Het gaat om een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief naar het onderdeel verslavingszorg en detox.

Het gaat daarbij om:

1. Inzicht te krijgen in de visie en het beleid rondom het onderdeel verslavingszorg en
2. Het toetsen van de visie en het beleid door het in kaart brengen van achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbetersuggesties van cliënten, de teamleiders en de verpleegkundige teams.

Welke ervaringen, mening, wensen en verbetersuggesties hebben cliënten?

Wat gaat er goed en wat kan er beter?

Doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren:

- Sinds wanneer ben je cliënt van GGz Centraal, verslavingszorg?
- Van welk aanbod (detox/ deeltijd/ kliniek/ poli) maak(te) je gebruik?
- Heb je met andere organisaties die verslavingszorg bieden te maken (gehad)? Ken je Julianaoord in Laren?
- Hoe ging de overgang van de ene naar de andere organisatie/ behandelaar?
- Hoeveel tijd zat er tussen detox, en verdere behandeling? (deeltijd en/ of de kliniek)
- Welke hulp en begeleiding kreeg je in de overbruggingstijd?

Continuïteit van de behandeling

- Met wie heb je te maken in je behandeling?
- Heb je vaste psychater/ psycholoog/ therapeuten?
- Hoeveel?
- Hoe gaat het in zijn werk als jij je psychiater wilt bereiken?
- Hoe is de nazorg? Heb je daar ervaring mee? Wensen voor? (zelfhulpgroepen?)

Programma aanbod

- Volg je een programma overdag? (een dag? vijf dagen?)
- Hoe ziet dat programma eruit?
- Heb je vaste begeleiders per onderdeel?
- Hoe gaat dat als iemand vakantie heeft, of door ziekte ofzo uitvalt?
- Wat zijn dan de afspraken?
- Hoe gaat dat in de praktijk?
- Er zijn digitale is een e-health programma's met verschillende huiswerkopdrachten. Heb je daar ervaring mee? Hoe denk je hierover?

**Wachttijd**

Hoe lang moest je wachten?



Informatie/ Keuze Wist je aan het begin wat je kon verwachten? Kon je zelf je behandeling kiezen?

**Plan/ Doel**

Wat wil je bereiken? Wat levert de behandeling (niet) op

**Overgang/ nazorg**

Wat gebeurt er als je klaar bent met detox/ behandeling?

- Maak de zin af: Een behandeling is goed als ...
- Welke behandeling krijg je?
- Waar helpt de behandeling bij? Wat gaat goed?
- Wat mis je nog? Wat kan beter?

Hulpverleners/ (vak)therapeuten: rondje

- Maak de zin af: Een hulpverlener is goed als hij/zij ...
- Welke hulpverleners heb je?
- Wat doen ze goed?
- Wat kan beter? (Hulpvraag: Kan je eens voor doen hoe dat gaat?)

Toelichting op gespreksleidraad:

Doelen leidraad:

- De drie thema's bespreken.
- Boven tafel krijgen wat belangrijk is voor de cliënten.
- Beschrijven wat er goed gaat, wat er beter kan en waarom iemand dat vindt.
- Hoe kan het beter?

De drie thema's zijn:

- Doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren: wachttijden, aansluiting, overbruggingszorg?
- Continuïteit van de behandeling door psychiater
- Programma aanbod: continuïteit bij uitval van medewerkers

Gespreksleidraad verpleegkundige teams verslavingszorg en detox

Het gaat om een kwaliteitstoetsing vanuit cliëntenperspectief naar het onderdeel verslavingszorg en detox. Het gaat daarbij om:

1. Inzicht te krijgen in de visie en het beleid rondom het onderdeel verslavingszorg en
2. Het toetsen van de visie en het beleid door het in kaart brengen van achterliggende meningen, ervaringen, wensen en verbetersuggesties van cliënten, de teamleiders en de verpleegkundige teams.

Voorstellen en inleiding

- Wat is jouw werk/ taak bij GGz Centraal en met welke locaties/afdelingen/cliënten heb je te maken?
- Vanuit welke visie werk je? Hoe ga je om met cliënten?
- Hoe weet je dat je je werk goed doet?

Doorstroming en afstemming tussen deeltijd Ermelo en de kliniek in Laren

- Wat is je ervaring met wachttijden bij doorstroming cliënten? IN het bijzonder naar Laren?
- Hoe gaat de overgang van de ene naar de andere organisatie/ behandelaar?
- Hoeveel tijd zat er tussen detox, en verdere behandeling? (deeltijd en/ of de kliniek)
- Welke hulp en begeleiding bied je in de overbruggingstijd?

Continuïteit van de behandeling

- Welke informatie krijgen cliënten (en hun naasten) over de behandeling? Hoe gaat dat in zijn werk?
- Hoe ziet jullie overdracht onderling eruit?
- Hoeveel is de bezetting op een dag?
- Hoe is het contact met de psychiaters/ andere behandelaren/ therapeuten?
- Hoe gaat het in zijn werk als een client een psychiater wil bereiken?
- Hoe is de nazorg?



Programma aanbod

- Hoe ziet dat programma eruit?
- Welke informatie geef je aan cliënten over het programma?
- Hoe zorg je voor continuïteit in het programma?
- Hoe gaat dat als iemand vakantie heeft, of door ziekte ofzo uitvalt?
- Wat zijn dan de afspraken?
- Hoe gaat dat in de praktijk?
- Er zijn digitale is een e-health programma's met verschillende huiswerkopdrachten. Heb je daar ervaring mee? Hoe denk je hierover?

Tot slot

- Zou je een vriend of vriendin aanraden naar GGz Centraal te gaan voor behandeling?
- Wat gaat er goed en wat kan er beter?