

Intramuraal Motivatie Centrum

een handboek

Utrecht, maart 2003

A.Diepraam(Jellinek)

Voorwoord

Voor u ligt het handboek Intramuraal Motivatie Centrum. Het belang van de IMC's heeft zich sinds het ontstaan bewezen, aangezien een doelgroep wordt bereikt, die nauwelijks aansluiting vindt bij de traditionele verslavingszorg*.

Wij zijn dan ook blij dat het ministerie van VWS op grond van de conclusies van dat evaluatie-onderzoek, de reacties daarop vanuit de IMC's en een door GGZ Nederland uitgebrachte adviesnota besloot de tijdelijke vergunningen voor de exploitatie van de IMC's om te zetten in een definitieve vergunning, bedoeld als in artikel 6 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Een van de algemene voorwaarden die hierbij werd uitgevaardigd was het verder uitwerken van de te hanteren methodieken op het IMC.

Wij denken met het neerleggen van dit handboek aan deze voorwaarde te hebben voldaan en zijn VWS erkentelijk voor de extra subsidieruimte die zij daarvoor heeft weten te creëren.

De stuurgroep van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid is verheugd over de ideaaltypische aanpak die voor de totstandkoming van dit handboek IMC is gevolgd. Samen met de IMC's is de praktijkontwikkeling op de IMC's verder gestandaardiseerd.

Er zijn werkconferenties aan voorafgegaan, er is een redactieraad ingesteld en alle IMC's hebben hun input kunnen leveren op het handboek zoals u het nu voor u ziet.

In het proces van verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering gaat Novadic in opdracht van het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid een benchmark rond de motivatie(-verandering) van cliënten op het IMC starten, waarvan de resultaten input zijn voor de interventies op de IMC's en het handelen van de medewerkers en er periodieke vernieuwing van het handboek zal plaatsvinden.

Het is zorg om al deze ontwikkelingen zowel onderzoeksmatig als door middel van praktijkontwikkeling voort te zetten om zodoende te komen tot een zo hoog mogelijke kwaliteitsstandaard.

Ruud Rutten

Portefeuillehouder deelproject IMC

Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid

* bron: evaluatie-onderzoek uitgevoerd door HH&M, 2001)

Inhoud

1. INLEIDING	
1.1 Ontstaan van het IMC en oorspronkelijke doelstelling	7
1.2 Evaluatieonderzoek: doelstelling en doelgroep	8
1.3 Voortzetting van IMC's	10
1.4 Opdracht ontwikkeling 'Handboek IMC'	11
1.5 Benchmark IMC	12
2. KARAKTERISTIEKEN VAN HET IMC	
2.1 Inleiding	15
2.2 Doelgroep	15
2.3 Positionering in de zorgketen	15
2.4 Interne processen	18
2.5 Sfeer en uitstraling	26
3. INHOUDELIJKE VISIE OP HET IMC	
3.1 Visie op verslaving	28
3.2 Visie op de cliënt	31
3.3 Visie op de hulpverlening	33
4. DOELEN EN WERKWIJZE BINNEN HET IMC	
4.1 Inleiding	36
4.2 Doelen	36
4.3 Specifieke doelgroepen	37
4.4 Werkwijze per doelstelling	38
• Primaire doelstelling: continuïteit van zorg waarborgen	39
• Medisch-psychiatrische screening en lichamelijke verbetering	42
• Basale woon- en verblijfsvaardigheden leren	45
• Psychiatrische diagnose (indien van toepassing)	48
• Zicht op het patroon en functie van middelgebruik	49
• Verbetering basale sociale vaardigheden	54
• Maatschappelijk functioneren verbeteren	56
• Relaties systeem verbeteren	59
4.5 Organisatie	61
5. VERVOLGTRAJECTEN NA HET IMC	62
6. GERAADPLEEGDE LITERATUUR	64

1 Inleiding

De inleidende tekst beschrijft de ontstaansgeschiedenis van de IMC's en bevindingen die richtinggevend zijn geweest voor de ontwikkeling van het handboek. De eindrapportage evaluatie IMC's (2001) heeft als uitgangspunt gediend, daar dit rapport een breed beeld geeft van de verschillende IMC's en de basis vormde voor erkenning van de IMC's.

1.1 ONTSTAAN VAN HET IMC EN OORSPRONKELIJKE DOELSTELLING

In 1994 heeft de overheid opdracht gegeven voor het opzetten van 11 experimentele intramurale motivatiecentra (IMC) met in totaal 140 bedden¹. De aanleiding hiertoe is terug te vinden in de nota "vermindering van de door verslaafden veroorzaakte overlast" uit 1993. Hierin werd gesteld dat het terugdringen van overlast eisen stelt aan de geboden opvang, zodat de kans op voortijdig afbreken van de behandeling wordt beperkt. "Voor de geboden zorg betekent dit, dat ze meer dan tot nu toe, aan moet sluiten op de mogelijkheden en de behoeften die de verslaafden hebben".² Later is ook een motivatiecentrum van Stichting De Hoop van start gegaan, zodat het totaal aantal IMC's nu 12 is.

Eenzijds zijn IMC's ontstaan vanuit de constatering dat problematische verslaafden niet adequaat werden bereikt. Een andere doelstelling voor het oprichten van IMC's vormde het terugdringen van overlast en het motiveren van justitiële cliënten tot verandering van het middelengebruik.

¹ Het IMC-Amsterdam is in 1990 gestart als Intercultureel Motivatiecentrum. Hierbij wordt culturele herkomst als opnamecriterium gehanteerd om de hulpverlening op allochtone verslaafden af te stemmen. Doelstelling is om allochtone verslaafden, die aansluiting met de reguliere hulpverlening missen en overlast veroorzaken, te ondersteunen en tot behandeling te motiveren. Het IMC-Amsterdam heeft de aanleiding gevormd voor het realiseren van de Intramurale Motivatie Centra in Nederland. Het IMC-Amsterdam is niet betrokken geweest bij de experimentele fase van deze nieuwe IMC's. In 1994 is aan de Jellinek ten behoeve van het IMC een uitbreiding in capaciteit toegekend.

² Brief staatssecretaris WVC en nota gericht op vermindering van overlast, Tweede kamer, vergaderjaar 1993-1994, 22684, nr. 12

De gestelde eisen ten aanzien van de functie van het IMC zijn gericht op het motiveren tot gedragsverandering en zijn in twee opzichten innovatief vergeleken met de destijds bestaande intramurale verslavingszorg:

- cliënten zijn niet verplicht volledig af te kicken en gebruik van methadon is toegestaan
- cliënten zijn niet verplicht therapie te ondergaan.

De beperkte doelstellingen hebben gevolgen voor het karakter van de opname. Zo geeft de beschrijving van de overheid bij de start van het experiment reeds aan dat het voorschrijven van vervangende stoffen, ondersteuning van het sociaal functioneren, aandacht voor resocialisatie en brede assessment onderdeel van de opname vormen. Daarnaast is een opnameduur van ongeveer drie maanden genoemd. Het nastreven van deze doelen is vanuit de reguliere verslavingsbehandeling beperkt te noemen, maar is binnen de rehabilitatie en motivatie van de cliëntpopulatie van cruciaal belang (Rutten & Hulshoff, 2001).

1.2 EVALUATIEONDERZOEK: DOELSTELLING EN DOELGROEP

Sinds de oprichting van de landelijke IMC's zijn de doelgroep en de doelstelling per IMC nader uitgekristalliseerd. De beoogde doelgroep van de IMC's is omschreven als: "Overlast veroorzakende, langdurig problematische drugverslaafden met weinig motivatie en intrinsieke mogelijkheden om het gebruik snel en volledig af te bouwen³."

Voor een deel van de doelgroep is het doel van de opname beperkt tot verlening van onderdak, schadebeperking of een periodieke opname ter herstel. Het rapport van Hoeksma, Homans & Menting (2001) stelt dat de IMC's zich in de loop der jaren zijn gaan richten op:

- stabiliseren van de cliënt
- inventariseren van wensen en vervolgmogelijkheden
- voorbereiding van vervolgbehandeling
- verbinding tussen straat en zorg

In deze onderzoeksrapportage worden conclusies getrokken ten aanzien van de functie en de doelstelling van het IMC. Zo wordt geconcludeerd dat de IMC's niet uitsluitend een rol kunnen vervullen als voortraject van een klinisch of ambulantly traject, maar tevens een

zelfstandige functie kunnen vervullen door met de opname stabilisatie te bereiken en achteruitgang te voorkomen. In het rapport van de Gezondheidsraad wordt gesteld dat 90 tot 95% van de cliënten na detoxificatie terugvalt in illegaal opiaatgebruik. Om terugval in gebruik van illegale opiaten te voorkomen, wordt het voorschrijven van medicatie geadviseerd en methadon als eerste keus genoemd⁴.

Rutten & Hulshoff (2001) concluderen dat voor het IMC drie belangrijke doelstellingen onderscheiden kunnen worden. Ten eerste dient het IMC behandeling en 'harm-reduction' samen te brengen. Daarnaast is het de taak om een groep te bereiken die door reguliere zorg niet wordt bereikt. Tot slot vervult het IMC een functie voor cliënten die in het kader van een strafrechtelijke maatregel worden geplaatst.

Er wordt geconstateerd dat de intensiteit van het aanbod een zeer grote variatie vertoont. Zo worden onder meer een time-out, farmacologische behandeling, motivatieontwikkeling en voorbereiding op behandeling geboden. Hierbij wordt als mogelijk gevaar benoemd dat het samengaan van een groot aantal diverse doelstellingen de vooruitgang kan remmen en drop-out kan verhogen. Er wordt gepleit voor een zekere mate van differentiatie naar doelgroepen en doelstellingen, zodat de doelstellingen binnen het IMC werkbaar zijn.

Wat betreft de doelstelling om de overlast van justitiabelen te verminderen en tot een verslavingsgerichte behandeling te motiveren, wordt geconstateerd dat het IMC een beperkt percentage justitiële cliënten (21%, HH&M, 2001) bereikt en dat bij dit percentage veelal een dalende tendens is te zien. Als mogelijke verklaringen voor deze tendens wordt in dit onderzoek genoemd dat reguliere detentie de voorkeur krijgt bij ernstige delicten en de IMC-opname vanuit justitiële titel kan bovendien problemen opleveren wat betreft de bedbezetting. Directe plaatsing is een voorwaarde bij justitiële opnames, en dit dwingt de IMC's om voor deze doelgroep bedden te reserveren. De instroom van justitiële cliënten is dermate onvoorspelbaar dat volledige bedbezetting niet gegarandeerd kan worden. Hoewel justitiële toepassing van de IMC-opname bovenstaande problemen kan

³ Eindrapportage Evaluatie IMC's (Hoeksma, Homans & Menting in opdracht van VWS, 2001)

⁴ Gezondheidsraad: Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/10

opleveren, lijkt het waardevol om deze vorm te handhaven. Er zijn aanwijzingen dat drang een gunstig effect kan hebben, aangezien hierbij een langere opnameduur en een grotere kans op regulier ontslag worden geconstateerd (Rutten & Hulshoff, 2001). Verbetering van de coördinatie tussen zorginstellingen en verschillende fasen in het justitiële proces zou genoemde problemen gedeeltelijk onderwerpen, en wordt dan ook van belang geacht.

Het belang van IMC's heeft zich sinds het ontstaan bewezen, aangezien een doelgroep wordt bereikt, die nauwelijks aansluiting vindt bij de traditionele verslavingszorg. Door de betrokken instellingen wordt bovendien een vermindering van de overlast gesignaleerd (HH&M, 2001).

1.3 VOORTZETTING VAN IMC'S

Het ministerie van VWS heeft op grond van de conclusies van het evaluatieonderzoek, de reacties daarop vanuit de IMC's en een door GGZ Nederland uitgebrachte adviesnota besloten de tijdelijke vergunningen voor de exploitatie van de IMC's om te zetten in een definitieve vergunning, bedoeld als in artikel 6 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

Aan de afgifte van deze definitieve vergunning zijn de volgende algemene, voor elk IMC geldende voorwaarden, verbonden:

- De functie van het IMC dient als zodanig behouden te blijven.
- Verdere methodiekontwikkeling is noodzakelijk
- Specifieke aandachtspunten zijn verwerkt binnen de methodiekontwikkeling:
 - maken van afspraken met vervolgvoorzieningen over het gebruik van methadon;
 - vormgeven van trajectbegeleiding;
 - vastleggen van een minimale doelstelling;
- Uitgangspunt blijft dat IMC's cliënten op justitiële titel kunnen opnemen.
- De doelgroep vormt overlast veroorzakende, langdurig problematische drugverslaafden met weinig motivatie en intrinsieke mogelijkheden om het gebruik snel en volledig af te bouwen.

Oorspronkelijk had het IMC een belangrijke (zij het niet unieke) plaats in het kader van drangtrajecten. Naast de toepassing in het

kader van drangtrajecten, is het IMC aan het begin van de zorgketen actief en fungeert deze als 'scharnier tussen straat en zorg' voor de doelgroep.

Tot en met de experimentele periode van de IMC's, was het de verschillende IMC's niet verplicht alcoholcliënten op te nemen. In de huidige situatie vormt de opname van zowel drugs- als alcoholcliënten geen punt van discussie meer.

1.4 OPDRACHT ONTWIKKELING 'HANDBOEK IMC'

In 2002 heeft het Ontwikkelcentrum Sociale Verslavingsbeleid, vanuit het project Resultaten Scoren (GGZ Nederland), de afdeling Kwaliteit en Innovatie Jellinek de opdracht gegeven tot het samenstellen van één handboek IMC. Hierin wordt consensus over de doelgroepen, doelstelling en methodieken vastgelegd.

In één handboek wordt geëxpliciteerd *wat* de IMC's beogen en *hoe* dit methodisch is vormgeven voor verschillende doelgroepen. Het handboek beschrijft de 'grote gemene deler' van de huidige doelgroepen en methodieken, waarbij geen nieuwe methodieken ontwikkeld worden. De beschrijving gaat uit van de ketenbenadering en maakt expliciet op welke manier het IMC haar rol binnen de zorgketen vervult.

Om het Handboek IMC te ontwikkelen is een redactieraad samengesteld, waarin zeven IMC's zitting namen. De IMC's zijn een afspiegeling van de verschillende methodieken en werkwijzen, die landelijk aanwezig zijn. In de redactieraad wordt op kernpunten gekomen tot consensus over het beleid. Dit gemeenschappelijke beleid wordt vervolgens vastgelegd in het handboek. Zowel de IMC's in de redactieraad als de overige vijf IMC's zijn benaderd om ten behoeve van het handboek materiaal te leveren over visie, werkwijze en interne notities. Deze informatie is gebundeld in een reader en vormde een waardevol document voor de ontwikkeling van het handboek. In het handboek zijn overeengekomen methodieken in essentie beschreven en mede op basis van het materiaal in de reader uitgewerkt. Wanneer een uitgewerkte methodiek een waardevolle illustratie vormde, is deze niet geheel in het handboek opgenomen maar wordt de naam en de betreffende instelling vermeld.

De redactieraad heeft in drie bijeenkomsten de doelgroep, doelstel-

lingen, werkwijze en methodiek van het IMC systematisch besproken. Hierbij is een procedure gevolgd waarbij de eerste bijeenkomst zich richtte zich op de praktijk binnen de verschillende IMC's, wat betreft doelgroep, doelstelling en specifieke verschillen tussen de IMC's. De tweede en derde bijeenkomst richtten zich met name op de werkwijze, waartoe de verschillende theoretisch kaders en de beschrijving van de werkwijze werden gebundeld.

Bij het ontwikkelen van het handboek is zo breed mogelijk gedacht. De volgende gezichtspunten zijn hierbij onderscheiden: (a) de markt, (b) de cliënt en het systeem, (c) de hulpverlener, (d) de verwijzer en ontvanger ofwel de 'keten', (e) de stakeholders zoals het ministerie van VWS, (f) de wetenschap, (g) de ethiek, (h) de kosten en (i) de resultaten die we wensen te meten.

De conceptversie van het handboek is naar de IMC's gezonden, waarna aanvullingen en kritiek zijn verwerkt.

Bovenstaande procedure heeft geresulteerd in dit handboek. Het handboek IMC dient als standaard voor de processen en werkwijze van de verschillende IMC's.

1.5 BENCHMARK IMC

Motivatie speelt in het IMC een cruciale rol en komt in dit handboek aan de orde in paragraaf 3.2 (visie op de cliënt). De verschillende fasen die in de motivatie van de cliënt worden onderscheiden, zijn in sterke mate bepalend voor de aard van de hulpverlening. Motivatie zou als cruciaal thema in de IMC's niet uitsluitend met behulp van (subjectieve) inschattingen van de hulpverleners vastgesteld moeten worden. Het is dan ook wenselijk om de cliëntengroep van het IMC uitgebreid te 'monitoren' op het gebied van de motivatie. De behandelende staf van het IMC krijgt op deze manier systematisch –in plaats van anekdotisch– informatie over het verloop van de motivatie binnen hun cliëntengroep. Met behulp van systematische metingen, vergelijkingen en terugkoppeling van uitkomstinformatie kunnen de bestaande methodieken, zoals beschreven in dit handboek, op een zorgvuldige manier geëvalueerd en verbeterd worden.

Vergelijkingen middels 'observatieonderzoek' in meerdere IMC's zullen, door gebrek aan interne validiteit, nooit kunnen leiden tot wetenschappelijke uitspraken over de effectiviteit van de behande-

ling. Benchmarking kan dan ook, in tegenstelling tot experimenteel onderzoek, geen (wetenschappelijke) uitspraak omtrent het effect van een behandeling opleveren. Benchmarking bestaat uit een regelmatige terugkoppeling van uitkomsten aan behandelaars, waarbij uitkomsten van verschillende instellingen worden vergeleken. Aan de hand van regelmatige terugkoppeling van uitkomsten kunnen behandelaars hun werkwijze systematisch evalueren en aanpassen. Pas na interpretatie van de uitkomstgegevens door behandelaars –waarin de context(en) helder worden– zijn voorlopige conclusies (werkhypothesen) mogelijk. Op basis van deze werkhypothesen kan de behandelmethodiek aangepast worden en leidt bestudering van het resultaat bij volgende terugkoppelingen tot stelligere conclusies. Idealiter bevordert benchmarking een sterke partnership tussen de verschillende IMC's, het systematisch leren van behandelaars en de kwaliteit van de zorg voor de cliënt.

Aangezien de benchmark IMC in ontwikkeling is, is deze nog niet ingebed in het handboek. Dit handboek IMC beoogde slechts de doelgroepen, doelstellingen en methodiek vast te leggen op basis van de huidige situaties in de IMC's. Het handboek volgt hierbij de eisen die het Ministerie van VWS bij de afgifte van de definitieve vergunning stelde. Er wordt aanbevolen om het ontwikkelde benchmark-instrument in een tweede versie van het handboek IMC te integreren.

2 Karakterisering van het IMC

2.1 INLEIDING

Er is vastgelegd welke positie het IMC binnen de zorgketen dient in te nemen. In dit hoofdstuk wordt het IMC gekarakteriseerd aan de hand van de vier volgende punten:

- de doelgroep
- de positie van het IMC in de zorgketen;
- de interne processen van het IMC
- de sfeer en uitstraling van het IMC

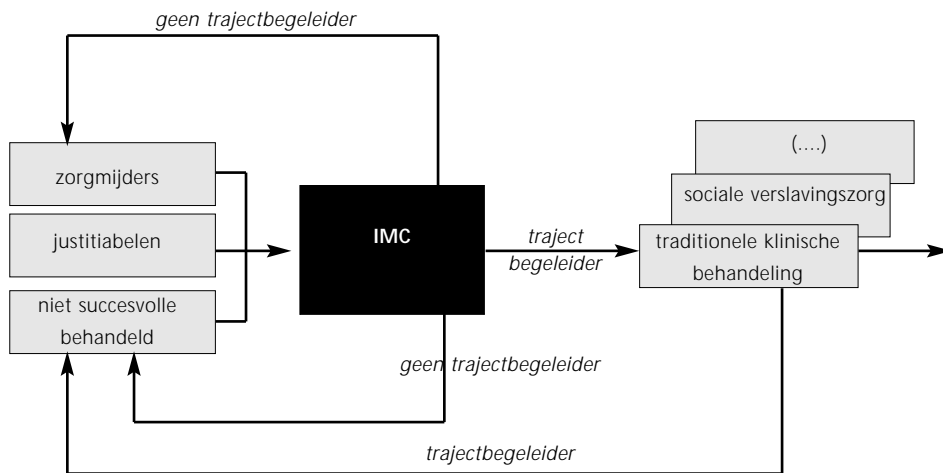
2.2 DOELGROEP

Uitgaande van de door VWS gehanteerde definitie, wordt de doelgroep van het IMC omschreven als "overlast veroorzakende, langdurig problematisch verslaafden met weinig motivatie en intrinsieke mogelijkheden om hun middelengebruik snel en volledig af te bouwen. Het gaat om zowel drugs- als alcoholcliënten en om zowel justitiële als niet-justitiële cliënten."

Binnen deze doelgroep is een onderscheid te maken naar behandelgeschiedenis van de cliënt. Het IMC kan 'zorgmijders' die weinig ervaring met hulpverlening hebben hiertoe motiveren. Daarnaast is het IMC bij cliënten met onsuccesvolle behandelingen in het verleden gericht op herstel van het vertrouwen.

2.3 DE POSITIONERING IN DE ZORGKETEN

Het IMC vervult binnen de zorgketen bovenal de functie als schakel met verschillende vormen van zorg. De afstand tussen straat en zorg wordt overbrugd, waarbij de cliënt onder meer in contact kan komen met sociale verslavingszorg, ambulante behandeling en reguliere klinische behandeling. Onder de doelgroep bevinden zich zorgmijders en verslaafden met onsuccesvolle behandelingen in het verleden. Het IMC is dan ook gepositioneerd aan het begin van een zorgketen, aan het einde van een behandelketen of onderdeel van rehabilitatie binnen de sociale verslavingszorg. In figuur 1 wordt dit weergegeven.



FIGUUR 1 : POSITIONERING

Gezien de functie van het IMC als schakel in de zorgketen, is de samenwerking met andere instanties essentieel voor de positionering van het IMC. Verschillende instanties zijn van belang binnen deze zorgketen: de politie, het openbaar ministerie, de maatschappelijke opvang, de crisisafdelingen en natuurlijk de (eventuele) vaste begeleiders van de cliënt.

Indien trajectbegeleiding (externe hulpverlening) nog niet deugdelijk is georganiseerd, wordt toewijzing aan een "trajectbegeleider"⁵ nagestreefd. Deze functie kan vervuld worden door verschillende disciplines binnen de zorg, zoals een huisarts, hulpverlener van de ambulante zorg of een reclasseringsmedewerker (indien sprake is van een justitieel traject).

Verschillende IMC's hebben ervaring met hulpverlening aan specifieke doelgroepen, die binnen de algemene doelgroepomschrijving vallen. Hierbij kunnen justitiabelen, vrouwen (eventueel met kinderen) en allochtonen onderscheiden worden. Voor deze doelgroepen gelden echter geen afwijkende uitstroomniveaus (zie 2.4).

Om de beschreven doelgroep te kunnen bedienen is het noodzakelijk dat het (aanbod van het) IMC een positie inneemt vóór het aanbod van (vervolg)klinieken en desgewenst binnen een tot de Strafrechtelijk Opvang voor Verslaafden (SOV) leidend drangtraject.

⁵ Voor het Handboek IMC is de term "trajectbegeleider" gekozen, aangezien deze term reeds in verschillende IMC's wordt gehanteerd. Zoals uit een literatuurstudie (Resultaten Scoren, 2002) naar voren komt, wordt deze functie elders ook wel omschreven als "casemanager".

Het IMC in de justitiële keten

Een IMC-opname kan onderdeel vormen van een justitiële keten, waarbij zowel van een drangmaatregel als een vrijwillige vervanging van straf sprake kan zijn. Voorwaarde hierbij is dat de cliënt nadere ondersteuning van de motivatie behoeft.

Petra is 43 jaar en heeft vanwege mishandeling van haar moeder 6 maanden in detentie doorgebracht. Petra heeft een lange geschiedenis van middelengebruik, waarbij het gebruik van alcohol en cocaine had geleid tot hoge schulden en problematische relaties. Op eigen verzoek verbleef zij op de drugvrije afdeling en gaf ze aan de detentie te willen gebruiken om haar leven te veranderen. Gedurende detentie heeft zij met het maatschappelijk werk haar schulden geïnventariseerd en de benodigde procedures voor schuldsanering opgestart. Voor Petra is vervolgonname in een reguliere verslavingskliniek gerealiseerd.

Jim is 31 jaar en is ruim 12 jaar verslaafd aan alcohol. De afgelopen 9 maanden heeft hij vanwege brandstichting en diefstal in detentie doorgebracht. Twee maal bleek Jim gedurende zijn verlof te hebben gebruikt. De tweede maal heeft het gebruik geleid tot ernstige lichamelijke klachten. Hierna heeft Jim weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid om met verlof te gaan. Jim wil niet over zijn middelgebruik spreken en zegt 'helemaal geen behoefte meer aan alcohol te hebben'. Aangezien Jim tijdens detentie reeds is afgekickt, is een reguliere detoxafdeling niet geïndiceerd. Jim heeft nog geen duidelijke beslissing genomen over zijn gebruik en is onvoldoende in staat om aan de programma-eisen van een reguliere kliniek te voldoen. Hij wordt verwezen naar het IMC.

Een IMC-opname kan als drangmaatregel strafrechtelijk toegepast worden in de vorm van een voorwaardelijk sepot, voorwaardelijke schorsing van voorlopige hechtenis, voorwaardelijke veroordeling, alternatieve straf of voorwaardelijke gratieverlening. Daarnaast kan in het kader van artikel 43 van de Gevangenismaatregel in de laatste fase van straf een IMC opname ter vervanging van detentie worden ingezet.

Een drangopname in het IMC betekent altijd dat de cliënt de keuze houdt ofwel in het IMC te verblijven (en daar al dan niet mee te doen

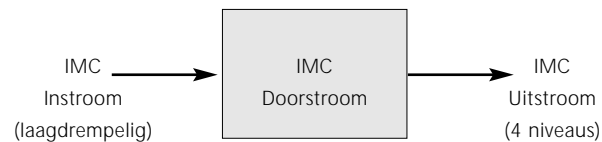
aan behandeling, zie paragraaf 1.1. punt 2), ofwel in detentie te verblijven. Een drangopname in het IMC houdt in dat de cliënt bij voortijdig afbreken van het verblijf (weer) detentie ondergaat.

Er is een aantal belangrijke verschillen tussen het IMC en strafrechtelijke maatregelen met een zwaarder justitieel karakter, zoals bijvoorbeeld leerstraffen, taakstraffen en de strafrechtelijke opvang verlaafden (SOV). Ten eerste heeft het IMC geen justitiële uitstraling. Ten tweede zijn in het IMC geen negatieve consequenties verbonden aan de beslissing om niet deel te nemen aan behandeling. Tot slot is de duur van de IMC-opname hooguit drie tot vier maanden, zonder gestelde voorwaarden aan de inhoud van de vervolgbehandeling. De duur van strafrechtelijke maatregelen kan aanzienlijk langer zijn en veelal worden voorwaarden gesteld aan het gedrag gedurende deze periode.

Dit betekent dat het IMC gezien kan worden als een, zoveel mogelijk op de cliënt afgestemde, kans. Het IMC is evenals verschillende taakstraffen en leerstraffen opgenomen in het "standaardpakket" aan mogelijkheden, de SOV is wettelijk nog experimenteel.

2.4 INTERNE PROCESSEN

Bij de bespreking van de interne processen worden de beoogde doelen van het IMC besproken aan de hand van het processchema in figuur 2.



FIGUUR 2 : INSTROOM, DOORSTROOM EN UITSTROOM IMC'S

Door met name de instroom en uitstroom helder te definiëren kunnen cliënten, verwijzers en overige betrokkenen afleiden wat het IMC hen kan bieden.

De bespreking van de doorstroom in dit hoofdstuk vindt plaats vanuit een besturingsperspectief. Het inhoudelijk perspectief komt in hoofdstuk 4 aan de orde. Binnen het besturingsperspectief zijn de beslismomenten tijdens de doorstroom van cliënten, de verantwoordelijke voor deze beslismomenten en de informatie die noodzakelijk is voor de beslissing van belang.

INSTROOM

In abstracte bewoording bestaat gemeenschappelijkheid over de karakteristieken van de cliënten die in het IMC instromen (zie vorige paragraaf). Het IMC is uitdrukkelijk bestemd voor cliënten met de minimale intentie om hun gebruik te overdenken. Voor deze doelgroep wordt een beperkte 'time-outdoelstelling' niet als maximaal haalbaar gehanteerd. Het IMC is er altijd op gericht om de cliënt te verleiden tot het stellen van een hulpvraag, die verbetering in zijn/haar situatie kan brengen.

Voor het IMC gelden de volgende instroomindicaties en contra-indicaties die recht doen aan de eisen van het ministerie wat betreft laagdrempeligheid.

Lage drempel

1. Van de cliënt wordt geen blijvende gedragsverandering geëist ten aanzien van het middelengebruik. Gedurende de opname in het IMC wordt de cliënt ingesteld op voorgeschreven medicatie.
 2. Meervoudige problematiek van de doelgroep vormt aanleiding voor overlastsituaties. Het gedrag dat uit deze problematiek voortkomt kan maken dat deelname aan traditionele behandelprogramma's niet haalbaar is. Het dagprogramma van het IMC stelt beperkte eisen aan de cliënt door het aantal verplichte onderdelen en de bijbehorende doelstellingen beperkt te houden.
 3. Bij plaatsing behoeft de cliënt geen hulpvraag geformuleerd te hebben.
 4. De opnameprocedure dient zo ingericht te zijn dat deze laagdrempelig is, een beperkte duur heeft en wordt gekenmerkt door 'korte lijnen' (tussen betreffende hulpverlener en de omgeving van de cliënt). Indien sprake is van een indicatiecommissie, dient ervoor te worden gewaakt dat deze de toegankelijkheid en efficiëntie van de indicatiestelling negatief beïnvloedt.
- Het laagdrempelige karakter van het IMC maakt de opnames gewild

bij cliënten en verwijzers, hetgeen kan leiden tot wachtlijsten die de toegankelijkheid en de effectiviteit van het IMC verminderen.

Contra-indicaties voor instroom:

Om laagdrempeligheid te realiseren en toegankelijkheid voor de beoogde doelgroep te waarborgen, is slechts een beperkt aantal contra-indicaties geformuleerd.

- ≤ 17 jaar
- acute psychose
- ernstig cerebrale aandoeningen
- noodzaak tot intensieve bedverzorging / verpleegzorg
- ernstige zwakzinnigheid (noodzaak tot gespecialiseerde intensieve begeleiding)
- cliënten die in het kader van artikel 43 naar een verslavingsbehandeling worden verwezen, kunnen beter elders geplaatst worden wanneer zij relatief gemotiveerd zijn of wanneer de opnameduur in het IMC te beperkt is.
- te 'goede' cliënten (kunnen naar traditionele intramurale zorg verwezen worden) bij:
 - Enkelvoudige problematiek
 - Relatief korte verslavingsduur
 - Ontbreken van langdurige zorgmijding/behandelgeschiedenis
 - Maatschappelijke integratie

Stellen van de indicatie

Bewaking van de indicatiestelling dient, met name ten aanzien van de bovengrens, nauwkeurig te gebeuren. In de praktijk kunnen indicatiestellingcommissies ongewild leiden tot drempelverhoging tot het IMC. Er moet voorkomen worden dat cliënten ten onrechte de kans onthouden wordt om gemotiveerd te raken voor elke vorm van verbetering. IMC's dienen in dit opzicht de schakelfunctie tussen straat en kliniek te vervullen.

Indien de indicatiecommissie, de duur van de indicatieprocedure beperkt, kan in verschillende situaties een positieve bijdrage geleverd worden. Dit zal met name het geval zijn wanneer:

- De indicatiecommissie binnen de regio een functie vervult als centrale plaats waar een goed inzicht bestaat in de mogelijkheden van maatschappelijke opvang/begeleiding en klinische vervolgbehandelingen binnen en buiten de verslavingszorg.

- De indicatiecommissie zijn werk kan doen zonder face-to-face contact met de cliënt.
- De commissie een plaats vormt waar kennis aanwezig is voor de trajectbegeleider die de cliënt nog motiveert voor een opname in het IMC of -wanneer de cliënt reeds op het IMC is geplaatst- de indicatiecommissie een meer toetsende functie heeft.

Een IMC kan zeer goed functioneren zonder een indicatiecommissie aan de voordeur, mits een aantal zaken geregeld is. Er dient sprake te zijn van een directe medisch-somatische en medisch-psychiatrische screening, waarbij zo nodig snelle doorverwijzing plaatsvindt. Daarnaast dient in een latere fase van de opname een zorgvuldige screening (met behulp van de ASI, Addiction Severity Index) en zo nodig nadere diagnostiek plaats te vinden.

Indien een indicatiecommissie vóór een IMC functioneert dient deze:

- Vast te stellen of contra-indicaties aanwezig zijn.
- Vast te stellen of een reguliere kliniek (eventueel met aanpassingen van het behandelplan) hetzelfde resultaat kan halen.

DOORSTROOM

De doorstroom van cliënten is geïndividualiseerd en ligt op het moment van instroom niet vast. Gezien vanuit het perspectief van besturing bestaat de doorstroom van cliënten door het behandelproces uit een aantal beslismomenten waarvoor de behandelcoördinator verantwoordelijk is. De mentor van de cliënt bereidt deze beslismomenten voor met de cliënt en trajectbegeleider, waarna een advies in de casuïstiekbespreking van het IMC wordt ingebracht.

Bij opname worden met de cliënt afspraken gemaakt over minimale duur en doelstelling van de opname. Als minimale duur van een opname wordt een week gehanteerd. Voor de eerste opnameweek gelden lichamelijk herstel en herstel/opbouw van relatie met hulpverlening altijd als minimale doelstelling.

Onafhankelijk van de gestelde opnameduur volgt na de eerste opnameweek een evaluatie. In het eerste evaluatiegesprek worden afspraken gemaakt ten aanzien van het vervolg en moeten binnen de eerste twee weken van de opname, minimale doelstelling en bijbehorende behandelduur vastgesteld zijn. Het falen van de opname is afhankelijk van het al dan niet behalen van de gestelde opnameduur en doelen (zorg/hulp). Gedurende de opname wordt de behandeling

per cliënt op meerdere momenten geëvalueerd en bijgesteld.

Het IMC is er in eerste instantie op gericht een opname dusdanig af te sluiten dat de cliënt de opname positief ervaart. Hiertoe stelt het IMC zich ten doel aan te sluiten bij de mogelijkheden van de cliënt en de opname optimaal te benutten om een gunstig resultaat te behalen. Afstemming tussen mogelijkheden van de cliënt enerzijds en duur en doelstelling van de opname anderzijds is hierbij cruciaal. Er kan gestreefd worden naar een eenmalige opname waarin verschillende doelstellingen worden bereikt, of er kan sprake zijn van een korte opname die onderdeel vormt van een serie opnames. Met de positieve beleving van een korte opname, die beperkt is in duur en doelstelling, wordt beoogd de cliënt te motiveren tot een vervolgonpame. Indien korte opnames aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt, kan een dergelijke serie opnames een succesvolle afronding mogelijk maken.

Pierre is midden veertig en leidt al zo'n 25 jaar een bestaan aan de zelfkant van de maatschappij. Hij is een rustig type, dat met name methadon en alcohol gebruikt. Als hij een tijdje rust wilde, zette hij in de regel een onhandige kraak waardoor hij dan enige tijd achter 'de muren' verdween. Driemaal is hij opgenomen in het IMC. De eerste keer duurde de opname slechts een paar dagen. Hij was lichamelijk aangesterkt en had een paar dagen rustig geslapen en verdween weer uit beeld, zijn doelen waren behaald. Een jaar later klopte hij weer aan en bleef een paar weken langer. Hij was benieuwd naar wat hij op het IMC kon bereiken, maar was er nog niet aan toe om verdere stappen te zetten. Hij vertrok in goed overleg en meldde zich een paar maanden later weer aan. Gedurende zijn laatste opname heeft hij zich aangemeld voor het project 'Begeleid wonen' in zijn woonplaats. Daarnaast heeft hij een gesprek gehad met de arbeidsconsulent van de ambulante zorg, die zal helpen een zinvolle dagbesteding te vinden. Tijdens de activiteiten in het programma heeft hij laten zien dat hij behoorlijk handig is in het werken met hout.

Voor een succesvolle opname is tenminste het behalen van niveau 1 (dit is het laagste niveau en wordt in de volgende paragraaf gedefiniëerd) en een opnameduur van een week vereist. Uitstroom beneden dit niveau wordt dan ook gezien als een falen van het IMC. Een bepaald

(per IMC vast te stellen) niveau van falen wordt gezien als 'noodzakelijk' om de motivatiedoelstelling waar te kunnen maken en om te voorkomen dat een IMC alleen 'goede' cliënten gaat selecteren.

Voortzetting van de opname na deze individueel vastgestelde periode wordt zinvol geacht als de cliënt bereid is om zich tijdens de opname te onthouden van het gebruik van illegale middelen, het gebruik te overdenken, persoonlijke doelen te stellen en doelen te behalen.

UITSTROOM

De doelgroep van het IMC wordt gekenmerkt door negatieve ervaringen, die veelal beperkt vertrouwen in de hulpverlening en demoralisatie tot gevolg hebben gehad. Het IMC stelt een positieve afsluiting van de opname en herstel van dit vertrouwen als belangrijke doelstelling. Hiertoe kunnen onder andere korte opnameperiodes ingezet worden, met per periode reëel haalbare doelen voor de cliënt. Elke periode kan worden afgesloten met regulier ontslag of met nieuwe afspraken over voortzetting van de opname. Met name de doelstelling van rehabilitatie (zie 3.3) onderscheidt het IMC van reguliere klinieken en detoxafdelingen. Er wordt met nadruk aandacht besteed aan ondersteuning op alle leefgebieden, het stimuleren van zelfstandig functioneren, het versterken van de emancipatie en ondersteuning van de maatschappelijke omgeving. Aangezien het IMC geen 'kale' time-out functie vervult, is aansluiting bij een zorgsysteem het belangrijkste uitstroomcriterium van het IMC. Het zorgsysteem dient passend te zijn bij de mogelijkheden van de cliënt.

Wil het IMC zichzelf duidelijker positioneren in de zorgketen, en met name ten opzichte van andere intramurale zorginstellingen, dan moet de uitstroom geëxpliciteerd zijn. Voor bovenstaande doelen worden vier niveaus van uitstroom onderscheiden. De cliënten die op niveau één tot en met drie uitstromen kunnen omschreven worden als de groep binnen de sociale verslavingszorg, waarbij in toenemende mate rehabilitatie (zie 3.3) wordt nagestreefd. De cliënten die op niveau vier uitstromen vormt de groep waarbij verslavingsbehandeling tot doel wordt gesteld. Wat betreft het medicatiebeleid (in bijzonder het methadonbeleid) bestaat een duidelijk verschil tussen de cliëntgroepen die op niveau één tot en met drie uitstromen versus de cliëntgroep die op niveau vier uitstroomt. Dit verschil is uiterst relevant voor de afspraken t.a.v. het medisch beleid met de samenwer-

kingspartners in de regio. De verschillende 'ketenpartners' moeten in gezamenlijkheid definiëren 'wat' goede (medische) cliëntenzorg is en 'hoe' hier concreet invulling aan wordt gegeven.

Voor cliënten die uitstromen op niveau vier (waarvoor een verslavingsbehandeling tot doel is gesteld) gaat een detoxificatie van methadon aan de verslavingsbehandeling vooraf. Deze detoxificatie kan of in de behandelkliniek zelf plaatsvinden of in een detoxificatiekliniek of als toegevoegde fase in de IMC-opname (indien er voldoende medische en verpleegkundige zorg aanwezig is). Essentieel is een goede aansluiting tussen IMC, de locatie waar de detoxificatie plaatsvindt en de klinische behandeling. De vier niveaus van uitstroom worden hieronder onderscheiden.

Niveau 1 tot en met 3

Cliënt is gedurende de opnameperiode ingesteld op medicatie, lichamelijk hersteld en heeft binnen de structuur van de afdeling een aantal minimale vaardigheden getoond. De cliënt heeft gedurende de opname het contact met de trajectbegeleider verbeterd, of er is -indien de cliënt nog geen externe begeleider had- een trajectbegeleider toegewezen.

Voor de continuering van het medicatiebeleid is voor de cliënt een medisch vangnet opgebouwd. Bij uitstroom op dit niveau vindt een cliëntoverdracht plaats tussen de verslavingsarts van het IMC en een externe arts (of verpleegkundige onder de verantwoordelijkheid van een arts). Bij voorkeur wordt in een vroeg stadium van de IMC-opname het medische beleid t.a.v. de cliënt overlegd met de arts die de cliënt gaat overnemen.

Niveau 1 (laagste niveau):

De cliënt is na de opname, dus zonder de geboden structuur, NIET in staat de vooruitgang vast te houden. (bijv.: het lichamelijk herstel geldt alleen gedurende de opname). Uitstroom op dit niveau kan eveneens betekenen dat de cliënt gezondheidsrisico's vermindert door de wijze van gebruik te veranderen. In speciale gevallen, voorziet een IMC-opname in de behoefte palliatieve/terminale zorg te bieden aan cliënten binnen de doelgroep, die deze zorg elders niet kunnen verkrijgen.

Niveau 2:

Cliënt kan het behaalde resultaat na de opname voor een bepaalde

periode aantoonbaar vasthouden. Uitstroom op dit niveau kan onder meer betekenen dat de cliënt na de opname excessief middelengebruik (enigszins) vermindert of het dag- en nachtritme handhaaft.

Niveau 3:

Cliënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een vervolgtraject te ondergaan dat, in meer of mindere mate gestructureerd, gericht is op het bereiken van specifieke reïntegratiedoelen t.a.v. wonen, werken, dagbesteding en eventueel middelengebruik. De cliënt is in staat om aan de noodzakelijke voorwaarden voor het volgen van dit traject te voldoen.

Niveau 4 (hoogste niveau):

Cliënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een verslavingsbehandeling te ondergaan die gericht is op abstinentie en/of drastische verandering van het verslavingsgedrag en leefstijl. De cliënt is in staat om aan de noodzakelijke voorwaarden voor het volgen van deze behandeling te voldoen. Daarnaast heeft de cliënt het contact met de trajectbegeleider verbeterd, of er is -indien de cliënt nog geen externe begeleider had- een trajectbegeleider toegewezen.

Voor de aanpassingen van het medicatiebeleid na het IMC is een detoxificatie noodzakelijk. De cliënt wordt overgedragen aan de hiervoor verantwoordelijk arts.

Er wordt aandacht besteed aan de voorbereiding van de cliënt op de eisen in vervolgbehandeling. Met name IMC's die zich op specifieke doelgroepen richten (qua geslacht, etniciteit of comorbiditeit) dienen hier binnen het programma van het IMC aandacht aan te besteden. Dit kan door informatie-overdracht, trainingen en/of bezoeken aan vervolgvoorzieningen.

Indien een cliënt op een van genoemde niveaus uitstroomt, heeft het IMC zijn doelstelling voor de betreffende cliënt gerealiseerd. Per IMC kan, gezien de hulpverleningsalternatieven in de regio, vervolgens worden vastgesteld hoeveel cliënten per niveau dienen uit te stromen. Het behalen van de doelstelling kan een maat vormen voor de kwaliteit van zorg die het IMC in de betreffende regio levert. Het management van de organisatie kan jaarlijks prestatie-afspraken maken over het aantal cliënten dat het circuit in een regio per niveau laat uitstromen.

Bij uitstroom op de vier bovengenoemde niveaus is bij succesvolle uitstroom altijd sprake van werkbaar contact met een externe trajectbegeleider. Daarnaast dient bij een aantal uitstroomniveaus van het IMC (niveau 3 en 4) de overgang naar vervolgzorg of behandeling uiteraard goed te verlopen. In de praktijk is er sprake van wederzijdse afstemming tussen de uitstroomcriteria van de IMC's en de eisen van het (intramurale) vervolg.

2.5 SFEER EN UITSTRALING IMC

TYPING VAN DE SFEER

De sfeer binnen het IMC wordt bepaald door het belang dat wordt gehecht aan rehabilitatie (zie 3.3) van de cliënt. Het versterken van de autonomie en ondersteuning op verschillende leefgebieden zijn hierbij van grote invloed. Zo stelt het programma in vergelijking met detoxafdelingen en behandelklinieken beperkte eisen aan de cliënt. Het IMC geeft ruimte voor afstemming op de individuele cliënt ten aanzien van het gebruik van (vervangende)middelen en invulling van het programma. Bovendien dient de bejegening aan te sluiten bij de verslechterde gezondheidstoestand en beperkingen van de doelgroep, die gevolg zijn van het langdurig middelengebruik.

Daarbij wordt de sfeer in het IMC gekenmerkt door laagdrempeligheid, aangezien potentiële cliënten, hulpverleners en ex-clianten relatief gemakkelijk het IMC moeten kunnen bezoeken. De overgang van het straatleven naar het functioneren binnen het IMC, wordt dan ook als minder ingrijpend ervaren dan bij opname in een kliniek met hogere eisen. Ter ondersteuning van deze sfeer wordt een omgeving gecreëerd die ruimte geeft voor persoonlijke voorkeuren en gebruiken. Afstemming op specifieke doelgroepen, cultuur en religie is hierbij met name van belang.

De omgang op de afdeling heeft een relatief informeel karakter, waarbij de lage drempel tussen cliënten en staf wordt ingezet als middel om cliënten feedback te geven over hun sociale vaardigheden. Er is aandacht voor het aanleren van basale fatsoensnormen en het optimaliseren van integratie en het functioneren in de samenleving, maar aansluiting bij de individuele cliënt en erkenning van (cognitieve/sociale) beperkingen wordt eveneens van belang geacht. Tot slot hebben beperkte doelstellingen ten aanzien van de opname en

het ontbreken van een vooropgesteld veranderingsgerichte houding een gunstige invloed op het herstellen/opbouwen van een vertrouwensrelatie met de hulpverlening.

PROGRAMMA EN VEREISTE FACILITEITEN

In vergelijking met de traditionele klinieken, biedt het IMC de cliënt meer mogelijkheden ervaring op te doen met het vinden van een daginvulling. Hiertoe vertoont het dagprogramma veel ruimte voor eigen invulling en worden verschillende activiteiten mogelijk gemaakt. Een IMC dient te beschikken over ruimtes voor sport en verschillende ontspannings- en groepsactiviteiten. Cliënten hebben de mogelijkheid deel te nemen aan arbeidsgerelateerde activiteiten, hetzij binnen het IMC, hetzij door georganiseerd vervoer naar externe projecten.

Indien het IMC zich op specifieke doelgroepen richt, dient dit ook in de inrichting van het gebouw tot uitdrukking te komen. Voor verschillende etnische groepen dient gelet te worden op specifieke beleving van hygiëne (bijvoorbeeld de betekenis van "wassing" voor Surinamers), eisen ten aanzien van de ruimtes met het oog op religieuze verplichtingen, e.d. Indien vrouwen een specifieke doelgroep zijn, dient het IMC over voorzieningen voor hun kinderen te beschikken.

De plaatsing van het IMC binnen een landelijke dan wel stedelijke omgeving is niet bepalend voor de geboden behandeling.

3 Inhoudelijke visie op het IMC

Alvorens de methodieken van het IMC worden beschreven, wordt nader ingegaan op de visie van het IMC. De visie op verslaving en de visie op de cliënt bepalen tezamen de visie op de hulpverlening. Vanuit deze visie wordt de uiteindelijke uitwerking in methodieken vormgegeven.

3.1 VISIE OP VERSLAVING

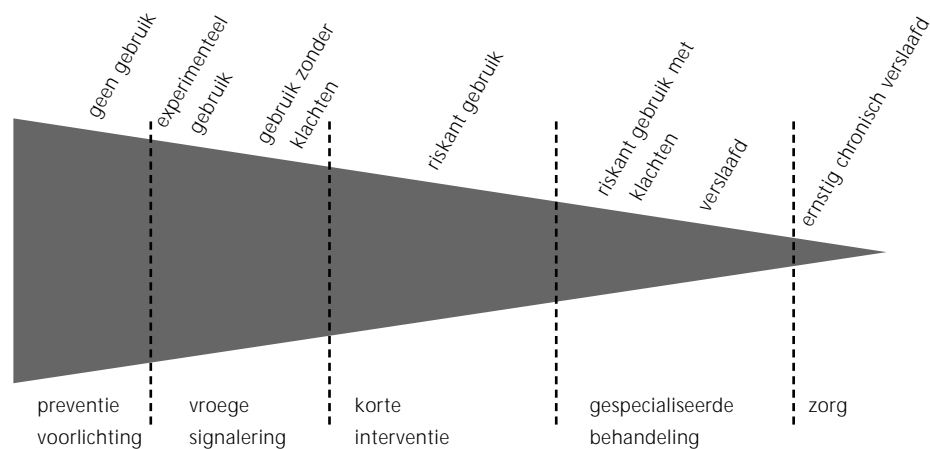
Verslaving wordt in toenemende mate beschreven als een hersenaandoening met een chronisch karakter (Leshner, 1997; Nutt, 1999, uit NISPA 2001). De visie op verslaving wordt dan ook mede gevormd door het model van disease management (ziektebeheersing). Het model van disease management beschrijft middelengebruik binnen de totale bevolking als gezondheidsprobleem met diverse maten van ernst, bijbehorende prevalentie en benodigde interventies.

Het model beschrijft de verdeling van gebruik en verslavingsproblemen onder de totale bevolking. De figuur geeft weer dat het grootste gedeelte van de bevolking geen problemen heeft met verslaving, een kleiner deel enige problemen heeft en een nog kleiner deel met ernstige verslavingsproblemen kampt.

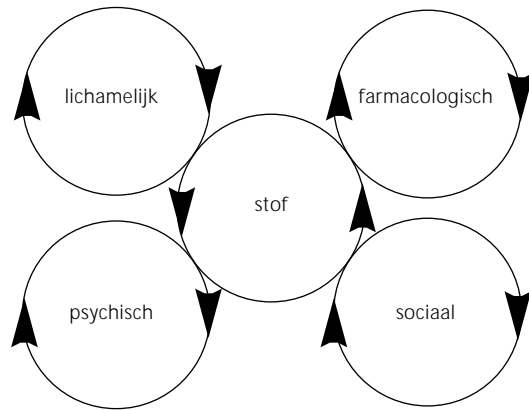
De geschetste situatie vraagt om een diversiteit aan interventies, die het spectrum van preventie tot zorg aan chronisch verslaafden dekt. Het merendeel van de gebruikers ondervindt weinig- of geen gezondheids- of andere problemen (Gezondheidsraad, 2002). Het model veronderstelt een passend aanbod voor de verschillende mate van problematiek en erkent het bestaan van een kleine groep cliënten waarbij sprake is van een ernstige chronische aandoening. Met name voor de populatie die ernstig chronisch verslaafd is, kan vanuit de rehabilitatietheorie een waardevolle hulpverleningsbijdrage geleverd worden. Rehabilitatie wordt omschreven als het proces waarbij psychisch gehandicapte personen worden ondersteund resterende vermogens zo goed mogelijk te gebruiken en het dagelijks functioneren te optimaliseren met zo min mogelijk professionele hulp (Bennett, 1978 en Anthony, 1990; in Wilken & den Hollander, 1999). Centraal in deze theorie staan bevordering van de zelfstandigheid en praktische hulp (zie 3.3). Het IMC kan een cruciale rol vervullen om relatief beperkte doelstellingen voor deze groep te behalen en om te voorkomen dat deze cliënten buiten de zorg vallen.

Herhaald en intensief gebruik kan veranderingen in de cellulaire functies van bepaalde hersenstructuren teweeg brengen, die in combinatie met een aangeboren biologische kwetsbaarheid, persoonlijke ontwikkelingen en specifieke omstandigheden kunnen leiden tot verslaving (Gezondheidsraad, 2002). Verslaving dient opgevat te worden als een complex probleem, dat alleen vanuit een multidimensioneel model begrepen kan worden (NISPA, 2001). Naast bovenstaand model van disease management, wordt verslaving gezien vanuit het biopsychosociaal model (Engel, 1980). De biologische, psychologische en sociale dimensie beïnvloeden elkaar; de toestand of verandering op een van de dimensies heeft een reflectie of uitwerking op de andere dimensies. Zo kan verandering worden tegengewerkt door een andere dimensie of de verandering kan juist op een andere dimensie doorwerken (Visiedocument Tactus, 2002).

Verslaving wordt dan ook beschouwd als multifactorieel bepaalde psychiatrische aandoening met een chronisch, recidiverend en intermitterend verloop: genetische, biologische, farmacologische, psychologische, sociale, sociaal-maatschappelijke en culturele aspecten spelen hierin een rol. In de praktijk van de IMC's worden de cirkels van van Dijk (ook voor de cliënt) vaak gebruikt als referentiekader.



FIGUUR 3. DISEASEMANAGEMENT (SKINNER, 1988)



FIGUUR 4: CIRKELMODEL NAAR VAN DIJK (1979)

De cirkels van van Dijk geven aan dat de balans op verschillende gebieden verstoord raakt, wanneer sprake is van overmatig middelengebruik. Op het moment dat de cirkels in beweging komen, beïnvloeden zij de snelheid van andere cirkels en daarmee de mate van het middelengebruik.

De centrale cirkel van de stof beweegt wanneer sprake is van (overmatig) middelengebruik. De cirkel is verbonden met vier cirkels, die activiteit van de centrale cirkel kunnen veroorzaken en tevens onder invloed van de 'stof-cirkel' in beweging kunnen komen:

- 1 Lichamelijke cirkel: het middel wordt veelal gebruikt om lichamelijke klachten weg te nemen, maar op lange termijn verergert dit de lichamelijke klachten.
- 2 Farmacologische cirkel: controleverlies wat betreft gebruik wordt veroorzaakt doordat de lichamelijke reactie op het middel in twee opzichten verandert: gebruik van een kleine hoeveelheid versterkt de trek en na verloop van tijd moet een grotere hoeveelheid van het middel gebruikt worden om het gewenste effect te verkrijgen. Gebruik van kleine hoeveelheden wordt minder waarschijnlijk.
- 3 Psychische cirkel: fysiologische verschijnselen waaronder slaap raken verstoord en psychiatrische klachten (depressie, angst) als gevolg van het gebruik nemen toe. Daarnaast kunnen schaamte ten aanzien van

verslaving en het negatieve beeld over verslaafden als gevolg maken dat het verslavingsprobleem niet wordt erkend.

4. Sociale cirkel: door het gebruik raakt men meer vervreemd van 'normaal' gedrag en wordt de weg terug bemoeilijkt.

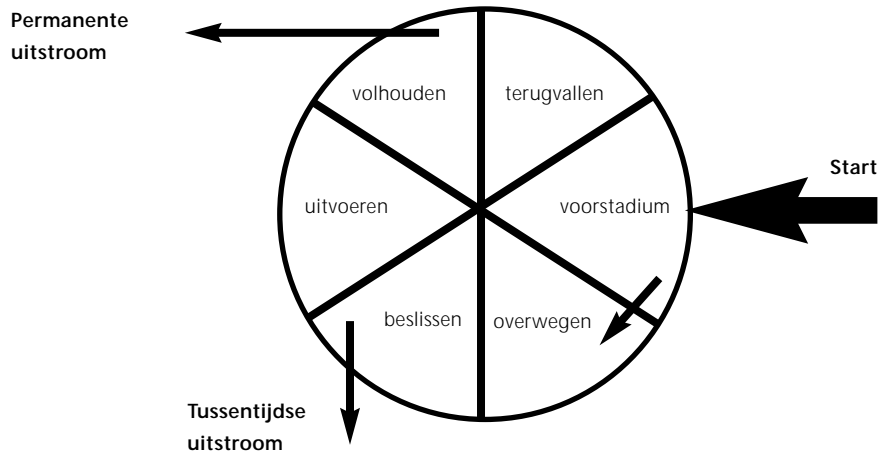
De theorie van van Dijk heeft implicaties voor de behandeling van problematisch middelengebruik. De behandeling van verslaving richt zich niet op de oorzaak van de verslaving, maar op het doorbreken van dit gebruik. Uit bovenstaand model komt eveneens naar voren dat het zinvol is het verslavingsprobleem weg te nemen, ongeacht de ernst van overige problemen. Verandering van het middelengebruik zal ook op andere gebieden positieve gevolgen kunnen hebben.

Bovenstaande visie impliceert niet dat vermindering van middelengebruik voorwaarde is voor een succesvolle opname in het IMC. Persoonlijke afstemming van de behandeldoelen staat centraal in de IMC-opname en farmacologische behandeling maakt hier veelal een belangrijk onderdeel van uit. Er wordt uitdrukkelijk gestreefd naar positieve, desnoods beperkte, resultaten op verschillende probleemgebieden. Hierbij wordt altijd aandacht besteed aan de relatie tussen deze problemen, maar wordt niet per definitie aangestuurd op verandering van dit gebruik.

3.2 VISIE OP DE CLIËNT

De cliënt wordt gezien als een persoon die verantwoordelijk is voor zijn eigen gedrag en in staat is dit gedrag te beïnvloeden. De cliënt wordt beschouwd als iemand met keuzemogelijkheden en in staat geacht tot het nemen van beslissingen. Vooronderstelling is dus dat de cliënt een zekere vrijheid van denken, voelen en handelen heeft. De cliënt wordt gezien vanuit de beperkingen als gevolg van het middelengebruik en de complexiteit van de problematiek. Cognitieve, psychiatrische, medische en sociale problematiek verdienen hierbij specifieke aandacht.

De cliënt wordt gezien als onderdeel van een systeem en cultuur. Elke cliënt heeft zijn eigen specifieke historie en heeft recht op zijn eigen culturele identiteit welke met respect wordt benaderd. Het veranderproces van de cliënt wordt begrepen vanuit het model van Prochaska & DiClemente (1984). In dit model wordt er van uitgegaan dat een veranderproces in fasen verloopt.



FIGUUR 5: STADIA VAN VERANDERING (PROCHASKA, DICLEMENTE & NORCROSS, 1992)

Het eerste stadium is het *voorstadium*: in dit stadium is de cliënt zich niet bewust van het problematische karakter van het gebruik. De cliënt ervaart vooral voordelen van het gebruik. Er zijn mogelijk klachten, zorgen of problemen, maar de cliënt koppelt deze niet aan het middelengebruik.

Het volgende stadium is het stadium van *overwegen*. De cliënt is zich bewust van het problematische karakter van het middelengebruik. Hij ervaart nadelen aan dit gebruik, maar er zijn tegelijkertijd ook voordelen. De cliënt twijfelt over het wel of niet veranderen van het gebruik. Cliënten kunnen lange tijd in dit stadium verkeren.

Indien de cliënt een afweging maakt van deze voor- en nadelen, komt hij tot een *beslissing*. De cliënt kan beslissen het middelengebruik niet te veranderen. De beslissing kan ook verandering van het gebruik betreffen: de cliënt begint dan met het *uitvoeren* en vervolgens met het *volhouden* van deze verandering. *Terugval* is als apart stadium in dit model opgenomen. Het merendeel van de cliënten die het middelengebruik probeert te veranderen valt immers vroeg of laat terug. De cirkel kan dan opnieuw doorlopen worden. Essentie van het model is dat per fase specifieke interventies van de hulpverlener noodzakelijk zijn (zie 3.3).

Deze cirkel wordt in het IMC toegepast op het verslavingsgedrag, maar is ook goed bruikbaar om elke vorm van verandering te begrijpen en te begeleiden. Zo is het model ook bruikbaar voor het proces

rond de opname in het IMC en het volhouden van deze beslissing. De doelgroep van het IMC bevindt zich wat betreft het gebruik over het algemeen in het 'voorstadium' waarbij mogelijk een aantal aspecten van het 'overweeg-stadium' van toepassing zijn. Het theoretisch model voor motivatie, dat impliciet als uitgangspunt genomen wordt in de IMC's is het Trans Theoretisch Model van verandering (Stages of Change Model, Prochaska en DiClemente 2001; Kramers, 1992). Dit model neemt een belangrijke positie in binnen de verslavingszorg en het belang van motiverende gesprekstechnieken wordt algemeen onderschreven. Op enkele punten wordt het model bekritiseerd. Zo wordt onder meer theoretisch bezwaar gemaakt tegen de scheiding tussen verschillende fasen (Sutton, 2001) en de gebleken correlatie tussen de schalen die de aparte fasen beogen te meten. Daarnaast wordt verondersteld dat andere processen, zoals de lichamelijke afhankelijkheid, meer bepalend zijn dan de fase waarin iemand verkeert. Specifiek voor toepassing binnen het IMC, vullen Rutten & Hulshoff (2001) hierbij aan dat het model met name is gericht op verandering van de verslaving. Zoals beschreven, wordt binnen het IMC evenzeer waarde gehecht aan rehabilitatie en instelling op vervangende medicatie. Gezien het toegenomen inzicht dat verslaving een chronische hersenziekte is, is het van belang in hoeverre chronisch disfunctioneren van het brein invloed heeft op de motivatie tot verandering en behandeling.

3.3 VISIE OP DE HULPVERLENING

BEJEGENING

De bejegening van de cliënt is te karakteriseren als niet-moraliserend, acceptierend en respectvol. Ondanks een complex aan problemen en de problematiek op diverse fronten, is er hoop en vertrouwen dat de cliënt kleine verbeteringen in zijn situatie aan kan brengen, dan wel dat verergering van de problemen of klachten kan worden voorkomen. Het uiten van optimisme en het bekrachtigen van de cliënt zijn belangrijke aspecten in de bejegening, aangezien voor de cliënt vaak het geloof en vertrouwen in mogelijke verandering beperkt is en het zelfbeeld laag is. Het is van belang om negatieve kritiek te doseren, aangezien dit bij het veelal lage zelfbeeld van de cliëntpopulatie een demoraliserende werking kan hebben. De bejegening van de cliënt

sluit aan bij het referentiekader, de belevingswereld en de mogelijkheden van de cliënt. Het is van belang om in te spelen op blijvende medische en psychiatrische tekorten van de cliënt en na te streven dat deze zo min mogelijk beperkingen opleveren. Er wordt zo goed mogelijk rekening gehouden met cultuurspecifieke aspecten, aangezien de belevingswereld in sterke mate gevormd kan zijn door cultuur en religie.

HULPVERLENINGSRELATIE

De hulpverleners tonen oprechte interesse in de persoon van de cliënt en werken aan het opbouwen van een vertrouwensband. Gezien de doelgroep van het IMC, heeft het contact tussen de hulpverlener en de cliënt een belangrijke plaats: de hulpverleningsrelatie kan beschouwd worden als een 'bindmiddel'. Het herstellen/opbouwen van een vertrouwensrelatie met de hulpverlening vormt dan ook de primaire doelstelling van de opname. Taak van de hulpverlener is de cliënt te motiveren en te ondersteunen. De hulpverleningsrelatie komt mede voort uit de breed georiënteerde ondersteuning, in het kader van rehabilitatie van de cliënt en versterking van de zelfeffectiviteit. Het stellen van grenzen en het maken van afspraken met de cliënt vormen onderdeel van de hulpverleningsrelatie.

INHOUD VAN DE HULPVERLENING

- a) Individueel en vraaggestuurd. Er wordt gewerkt vanuit een individuele benadering: uitgangspunt vormen de hulpbehoefte en mogelijkheden van de cliënt. Specifieke aandacht gaat hierbij uit naar medisch-psychiatrische beperkingen, de individuele geschiedenis van de cliënt en zijn/haar beleving van cultuur, sekse en religie. De cliënt wordt zoals gezegd beschouwd als een persoon functionerend binnen een sociaal systeem. De individuele problematiek en hulpvraag, staat echter centraal bij de afstemming van de hulpverlening.
- b) Gericht op hier-en-nu. Niet het verleden, maar de problemen en het gedrag in de huidige situatie en omstandigheden staan centraal tijdens de behandeling.
- c) Gericht op verschillende problemen op meerdere leefgebieden. Specifieke ondersteuning wordt per probleemgebied (wonen, sociale problemen, middelengebruik, ondersteuning van de omgeving) ingezet.
- d) Gedragsgericht. Er wordt gewerkt vanuit een gedragsgerichte benadering

- e) Afgestemd op het stadium van verandering. In de hulpverlening worden de interventies afgestemd op het stadium van verandering waarin de cliënt zich bevindt.

Basaal is de IMC-opname gericht op rehabilitatie van de cliënt, waarbij praktische hulp en bevordering van zelfstandigheid centraal staan. De zelfstandigheid wordt bevorderd met psychosociale interventies en biomedische hulp, die het functioneren van de cliënt beogen te optimaliseren. Doelstellingen kunnen hierbij ook beperkt blijven tot beheersing van het gebruik en beperking van gezondheidsrisico's. De geboden structuur geeft hierbij voldoende mogelijkheden om aan positieve verwachtingen tegemoet te komen en het zelfgevoel te versterken. De cliënt doet ervaring op met onderhandelen, het aanbrengen van structuur en het maken van keuzes. Het programma is samengesteld uit verschillende activiteiten, die als aangenaam worden ervaren, de vaardigheden van de cliënt vergroten en daarmee de motivatie bevorderen.

4 Doelen en werkwijze binnen het IMC

4.1 INLEIDING

Om de doelgroep van het IMC vanuit de beschreven visie te benaderen en de verschillende uitstroomniveaus te behalen, zijn concrete doelen beschreven. Allereerst wordt aangegeven welke primaire doelstelling voor alle cliënten wordt gehanteerd en welke concrete doelen per individuele cliënt gesteld kunnen worden. Vervolgens wordt kort geschetst welke specifieke doelgroepen binnen het IMC aanwezig kunnen zijn en specifieke aandacht behoeven. In het vervolg van het hoofdstuk wordt de werkwijze binnen het IMC geschetst en wordt per concrete doelstelling een methodische uitwerking gegeven.

4.2 DOELEN

Om de specifieke doelgroepen van het IMC te kunnen bedienen is een aantal hoofddoelen benoemd. Per cliënt wordt bepaald welke doelen van toepassing zijn en in welke fase deze worden nagestreefd.

Bij de invulling van de opname staat afstemming op de ontweningsfase van de cliënt centraal en wordt de continuïteit van zorg nagestreefd. In overleg met de cliënt wordt vastgesteld welke overige doelen worden gesteld. De volgende doelen zijn onderscheiden:

Primaire doelstelling: Relatie met hulpverlening is tot stand gekomen/verbeterd, waarbij continuïteit van zorg is gewaarborgd (externe trajectbegeleider).

De langdurig verslaafden die tot de doelgroep van het IMC behoren, zijn veelal in aanraking geweest met (verslavings)hulpverlening of hebben langdurig iedere vorm van zorg gemeden. Gezien het ontbreken van hulpverleningsrelaties en de waarschijnlijkheid van mislukte behandelingen, is het van belang de relatie tussen hulpverlening en cliënt op te bouwen dan wel te herstellen. Dit vormt de primaire doelstelling voor alle cliënten die in het IMC verblijven. Elke opname in het IMC dient aangegrepen te worden als unieke kans om de hulpverleningsrelatie te herstellen of om verbetering na te streven op verschillende leefgebieden. Immers een groot deel van de cliënten keert niet voor herhaalde opname terug (Welland 2001, interne notitie).

Doel 1: Lichamelijke verbetering (door rust, ritme, eten, verzorging);

Doel 2: Medisch/psychiatrische screening en instellen op medicatie (o.a. methadon);

Doel 3: Leren van basale verblijfs- en woonvaardigheden;

Doel 4: Psychiatrische diagnostiek, indien sprake is van psychiatrische problematiek;

Doel 5: Zicht verkrijgen op aard en functie van het middelengebruik
Subdoelen:

A Zicht krijgen op patronen van problematisch middelengebruik

B Problematisch middelengebruik beperken: zelfcontrole

Doel 6: Basale sociale vaardigheden verbeteren;

Doel 7: Maatschappelijk functioneren verbeteren en, zo nodig, aanvang maken met integratie in de Nederlandse samenleving;

Doel 8: Relaties met het niet-gebruikende systeem verbeteren;

Voor iedere cliënt zijn tenminste de primaire doelstelling, doel één en doel twee van toepassing. Doel drie wordt zo mogelijk bereikt en de overige doelen worden afgestemd op de duur van de opname en de wensen/mogelijkheden van de cliënt. Uitgangspunt hierbij vormt het streven om alle cliënten hun gebruik te laten overwegen en de mogelijkheden om het gebruik te veranderen zoveel mogelijk wordt benut.

4.3 SPECIFIEKE DOELGROEPEN

Hierbij staat flexibiliteit ten aanzien van de hulpvraag van de individuele cliënt centraal. Ten aanzien van specifieke doelgroepen (allochtonen, justitieel verwezen cliënten en vrouwen) worden doelen bovendien toegespitst.

Zo wordt in het IMC-Amsterdam geïnventariseerd door welke factoren een drempel tot hulpverlening en gedragsverandering wordt ervaren. Met de cliënt wordt nagegaan hoe de cliënt dit kan doorbreken en er wordt besproken of een cultuurspecifiek vervolg wenselijk is.

Enkele IMC's hebben ervaring met hulpverlening aan vrouwen door middel van seksespecifieke hulpverlening. Daarnaast wordt algemeen de regel gehanteerd dat vrouwen met kinderen uitsluitend gezamenlijk worden opgenomen wanneer dit de situatie van het kind gunstig zal beïnvloeden. Indien het kind zich reeds in een zorgtraject bevindt, wordt dit niet doorbroken met een opname in het IMC. De hulpverleningsstructuur rondom het kind is richtinggevend voor de beslissing om het kind al dan niet bij de opname te betrekken.

Bij justitiële doelgroepen dient het IMC een aantal zaken geregeld te hebben.

- Afspraken met justitie ten aanzien van vertrek van de cliënt uit het IMC worden nagekomen.
- Het vervoer naar het IMC past bij de mogelijkheden van de cliënt en is praktisch ook mogelijk. Cliënten onder verantwoordelijkheid van het penitentiair systeem, zouden door justitie vervoerd moeten worden.
- Afspraken met justitie ten aanzien van reservering van plaatsen kunnen worden nagekomen.

Goed participeren in een ingewikkelde justitiële keten vraagt een voortdurende alertheid van een groot aantal betrokken partijen. De verslavingsreclassering is in dit traject onmisbaar.

Teneinde de doelstellingen van het IMC te kunnen behalen en cliënten op de genoemde niveaus te laten uitstromen, zijn verschillende programmaonderdelen benoemd. Voor alle cliënten wordt tenminste het behalen van de primaire doelstelling (continuïteit van zorg waarborgen), doel 1 (lichamelijke verbetering) en doel 2 (screening en instellen op medicatie) nagestreefd.

Onderstaand wordt per doel aangegeven welke methodieken aanbevolen worden om de cliënten op de beoogde niveaus te laten uitstromen. De beschrijving van de werkwijze dient als kader voor de IMC's en hun personeel. Bij verschillende onderdelen zullen uitgewerkte methodieken van instellingen als illustratie dienen.

4.4 WERKWIJZE PER DOELSTELLING

PRIMAIRE DOELSTELLING: RELATIE MET HULPVERLENING HERSTELLEN EN CONTINUÏTEIT VAN ZORG WAARBORGEN

Voor alle cliënten binnen het IMC wordt herstel van vertrouwen in de hulpverlening als primaire doelstelling gehanteerd. Iedere cliënt krijgt een mentor toegewezen, die zorg draagt voor individuele begeleiding, communicatie met omgeving van de cliënt en begeleidt bij de vormgeving van het vervolg.

De opname start met een periode van twee weken waarin de cliënt lichamelijk herstelt en doelen ten aanzien van de opname overweegt. Motiverende gespreksvoering en de theorie van Prochaska en DiClemente zijn bepalend voor de visie op de cliënt en de visie op hulpverlening binnen het IMC (zie 3.2 en 3.3). Met behulp van motiverende gesprekstechnieken worden cliënten gestimuleerd het gebruik te overwegen en de opname voort te zetten, tenzij de cliënt aangeeft dat slechts een time-out werd nagestreefd en deze doelstelling met de korte opname is bereikt. De cliënt wordt naar reguliere verslavingszorg verwezen wanneer hij/zij een behandeling behoeft die gericht is op verandering van het verslavingsgedrag. In dit geval wordt nagegaan aan welke voorwaarden voldaan moet zijn om dit vervolg mogelijk te maken.

Na de eerste twee weken van de opname volgt een evaluatie; in de casuïstiek wordt de voortgang geëvalueerd en brengt de mentor de wensen/verwachtingen van de cliënt in. Voortzetting van de opname wordt zinvol geacht wanneer:

- De cliënt bereid is zich gedurende de opname te onthouden van illegale middelen
 - De cliënt bereid is het gebruik te overdenken
- Nauwkeurige afstemming en heldere communicatie met de trajectbegeleider (externe verwijzer) is hierbij van groot belang.

MENTOR

Gedurende de opname in het IMC zijn verschillende disciplines belast met de begeleiding van de individuele cliënt. Zo vervullen onder andere maatschappelijk werkers en maatschappelijk dienstverleners een belangrijke rol bij de inventarisatie van problematiek en het herstel van de relatie met de hulpverlening. Om de verkregen informatie en resultaten van activiteiten bij één individuele begeleider samen

te laten komen, wordt per cliënt een mentor toegewezen. Bij de beschrijving van verschillende methodieken in dit hoofdstuk, zal de mentor dan ook als uitvoerder van deze gezamenlijke activiteiten genoemd worden.

- Relatie met hulpverlening opbouwen/herstellen

De mentor bewaakt de continuïteit in de zorg door structureel individueel contact te bieden, die afgestemd is op de fase van behandeling/zorg en de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Daarnaast worden mogelijkheden ten aanzien van het vervolgtraject geïnventariseerd en voorbereid. De mentor vormt het eerste aanspreekpunt voor de cliënt, de externe verwijzer (trajectbegeleider) en het systeem van de cliënt.

- Communicatie met externe verwijzer

Voor het merendeel van de cliënten is een trajectbegeleider (in principe de externe verwijzer) aan de cliënt verbonden. De trajectbegeleider wordt gedurende de opname bij het IMC geïnformeerd over de voortgang. Het behoort tot de taken van de mentor om de knelpunten tot herstel/opbouw van de relatie met externe hulpverlening te inventariseren. De mentor is verantwoordelijk voor de communicatie met de trajectbegeleider en de overdracht bij ontslag.

Indien de cliënt geen trajectbegeleider heeft, geldt het aanwijzen van een externe begeleider als primaire doelstelling van de opname. Deze doelstelling dient bij uitstroom gerealiseerd te zijn. Het IMC dient afspraken te maken met de omgeving van de cliënt, waarbij gedacht kan worden aan de huisarts, een hulpverlener van een ambulante zorginstelling e.d.

- Exploreren van hulpvraag en voorlopig behandelplan opstellen

De mentor inventariseert de geschiedenis van het gebruik en gaat na op welke gebieden de cliënt professionele ondersteuning behoeft. Alle cliënten worden hierbij gestimuleerd hun gebruik te overwegen. In het behandelplan worden concrete doelen voor de opname geformuleerd. Het verkregen beeld en het voorlopige behandelplan worden door de mentor ingebracht bij het casuïstiekoverleg. Het behandelplan dient een dynamisch karakter te hebben. Het behandelplan beschrijft concrete doelen, het uitstroomniveau dat wordt nagestreefd en de termijn waarin dit behaald wordt. Gestelde doelen dienen Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en binnen bepaalde Tijd realiseerbaar te zijn (SMART).

Regelmatig vindt afstemming tussen het behandelplan en het stadi-

um van verandering, zoals omschreven door Prochaska & DiClemente (zie 3.2), plaats. Naast de periodieke bijstelling van doelen kan in acute situaties eveneens het behandelplan voorlopig worden bijgesteld.

- Haalbare doelen opstellen ten aanzien van het vervolgtraject

De mentor bespreekt met de cliënt wensen ten aanzien van het vervolgtraject. Hierbij wordt ten aanzien van alle ASI-leefgebieden (Addiction Severity Index) nagegaan of het stellen van doelen wenselijk is. Waar mogelijk worden reeds voorbereidende acties geïnventariseerd en voorbereid. Van de cliënt wordt verwacht dat hij/zij in toenemende mate mogelijkheden ten aanzien van het vervolg aandraagt.

- Evaluatie van voortgang

De opname wordt periodiek met de cliënt en de trajectbegeleider geëvalueerd. Hierbij worden gestelde doelen uit het behandelplan en ervaringen met gedragsverandering besproken. Doelen worden getoetst op haalbaarheid en bijgestelde doelen worden opnieuw vastgelegd in het behandelplan. De mentor is verantwoordelijk voor de voortgangsrapportage en brengt de evaluatie in bij de casuïstiek.

- Beëindiging van opname

De verantwoordelijkheid voor het nazorgtraject of de vervolgbehandeling wordt aan de trajectbegeleider overgedragen. Zo nodig onderhoudt de mentor na opname nog contact met de cliënt en/of begeleider (met name wanneer er geen vervolgtraject is).

Vorm van de individuele begeleiding:

- Frequentie: individuele gesprekken zijn standaard een maal per week en kunnen daarnaast op aanvraag van cliënt en/of betrokkenen plaatsvinden. Het eerste evaluatiegesprek is in de eerste week van de opname. Evaluatiegesprekken met de mentor vinden daarna om de vier weken plaats.

- Duur van individuele gesprekken: 30-45minuten

- Toewijzing van de mentor: Indien mogelijk en gewenst wordt een poging gedaan afstemming tussen cliënt en mentor te bereiken wat betreft geslacht en culturele afkomst e.d.

MEDISCH-PSYCHIATRISCHE SCREENING, INSTELLEN OP VERSLAVINGS-MEDICATIE EN LICHAMELIJK VERBETEREN (DOEL 1 EN 2)

Voor alle cliënten binnen het IMC, geldt lichamelijke verbetering en instelling op verslavingsmedicatie als belangrijke doelstelling. Hiertoe worden constante medische begeleiding en een duidelijk gestructureerde omgeving geboden.

A. MEDISCHE BEGELEIDING

De doelgroep van het IMC wordt gekenmerkt door langdurige verslavingsproblematiek en slechte lichamelijke conditie. Het is dan ook van groot belang dat tijdens de opname intensieve medische begeleiding wordt geboden. In het kader van rehabilitatie vormt educatie over excessief en onveilig gebruik een waardevol onderdeel van de opname in het IMC.

- Medisch-psychiatrische screening bij opname
Cliënten worden bij opname altijd gezien door een arts. Er wordt vastgesteld hoe de lichamelijke conditie van de cliënt is en welke medicatie bijdraagt aan lichamenlijk herstel. Met behulp van een verkorte versie van de DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental diseases) wordt vastgesteld of aanwijzingen bestaan voor psychiatrische problematiek en nadere diagnostiek gewenst is. Tevens worden afspraken gemaakt over voedsel- en vochtinname.
- Medicatieverstrekking en observatie
De medicatie wordt op vaste tijden conform de BIG-normen verstrekt. Bij de medicatieverstrekking worden standaard verpleegkundige controles uitgevoerd en wordt een beeld gevormd van de lichamelijke conditie. Gedurende de dag wordt constante observatie verricht wat betreft voedsel- vochtinname, en lichamelijke conditie.
- Spreekuur
Gedurende de opname kunnen cliënten zich aanmelden voor een artsspreekuur.
- Medische voorlichting
Cliënt wordt gedurende de opname geïnformeerd over verschillende thema's omtrent gezondheidsrisico's bij middelengebruik. Er wordt onder ander voorlichting gegeven over excessief gebruik, wondverzorging, HIV, medicatie en besmetting.
- Medische screening en medicatiebeleid
Tijdens de opnameperiode wordt gestreefd het bijgebruik van illega-

le middelen te reduceren. Het gebruik van illegale middelen (niet-voorgescreven opiaten, cocaïne, stimulantia) is gedurende de opnameperiode niet toegestaan. Indien het gebruik van illegale middelen gedurende het verloop aan de leiding wordt gemeld, kan dit aanleiding vormen voor nieuwe afspraken en behoeft niet noodzakelijk direct ontslag te volgen. Over het gebruik van legale middelen (alcohol, cannabis) worden afspraken met de cliënt gemaakt. IMC's kunnen echter van elkaar verschillen wat betreft toelaatbaarheid van dit middelengebruik en geboden begeleiding.

Voor uitstroomniveau één (herstel), twee (minimale vaardigheden) en drie (beperkt vervolgtraject) fungeert medicatie veelal als 'bindmiddel' tussen het IMC en de cliënt. Vanuit de literatuur bestaat evendatie dat het terugvalpercentage hoger is wanneer methadon wordt afgebouwd. Bij deze cliënten wordt gedurende de opname in het IMC dan ook niet gestreefd naar ontgiftiging van methadon. Voor alle cliënten geldt dat een stabilisatieperiode in het IMC waardevol is door de geboden kansen om verschillende vaardigheden te leren. Ter ondersteuning van het doorbreken van opiaatverslaving is het verstrekken van een onderhoudsdosis (veelal methadon) dan ook wenselijk. Binnen de IMC's wordt geconstateerd dat het aantal heroïneverslaafden afneemt en vaak sprake is van een verslaving aan cocaïne in combinatie met methadon. Voor cocaïneverslaving zou een ander "bindmiddel" gezocht moeten worden. Het is uiteraard van groot belang dat het medicatiebeleid bij beëindiging van de IMC-opname door de verslavingsarts wordt overgedragen aan een externe arts.

B. STRUCTUUR

De opname in het IMC is er op gericht om de cliënt een omgeving te bieden waarin herstel wordt ondersteund. Cliënten komen over het algemeen uit een leefsituatie waarin regelmaat is verstoord door het middelengebruik en gerelateerde problemen. De geboden ondersteuning is gericht op basale onderdelen van het dagelijks leven en hierbij wordt zelfstandigheid bevorderd.

Binnen het IMC wordt regelmaat bereikt door een programma te bieden dat op vastgestelde tijden een beperkt aantal dagactiviteiten biedt. De vaste structuur met regelmatige activiteit en voldoende ontspanning ondersteunt het herstel van de cliënt

- **Dag- en nachtritme**
Op de afdeling wordt met het rooster onderscheid aangebracht tussen dagelijkse activiteiten en nachtelijke rust. Binnen gestelde marges kan de cliënt leren te bepalen wanneer nachtrust is gewenst.
- **Maaltijden**
De cliënten komen op vaste tijden bijeen voor maaltijden. Het IMC maakt het nuttigen van maaltijden tot een zinvolle en prettige activiteit, waarbij cliënten leren hier gedurende de dag tijd voor te reserveren.
- **Ontspanning**
Door wandelen, sport, groepsactiviteiten en creatieve therapie in het programma op te nemen leert de cliënt regelmatig ontspanning te vinden en aan activiteiten deel te nemen die prettig zijn en het zelfbeeld versterken. De activiteiten zijn intrinsiek belonend en kunnen een gunstige werking hebben op de motivatie van de cliënt.
- **Hygiëne**
De cliënt heeft de verantwoordelijkheid voor de persoonlijke hygiëne en verzorging van de leefomgeving.

BASALE VERBLIJFS- EN WOONVAARDIGHEDEN LEREN

Bij opname in het IMC hebben cliënten door de langdurige verslavingsproblematiek de structuur van het dagelijks leven verloren. De geboden structuur en het programma in het IMC bereiden de cliënt in verschillende opzichten voor op vervolgzorg/vervolgbehandeling. De geboden structuur dient prikkels te reduceren, aangezien het midde-
lengebruik voorheen veelal deze werking had. Daarnaast kan met structuur de verleiding tot gebruik worden beperkt. Het is tevens van belang gedurende de opname in het IMC de interne motivatie en interne controle uit te dagen. Er dient dan ook sprake te zijn van een optimaal niveau van structurering, daar een hoge mate van externe structuur de intrinsieke motivatie negatief kan beïnvloeden. Cliënten hebben de gelegenheid om vaardigheden te leren die functioneren binnen een leefgroep en zelfzorg bevorderen. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen het leren van verblijfsvaardigheden (doelstelling op korte termijn) en woonvaardigheden (doelstelling op langere termijn).

VERBLIJFSVAARDIGHEDEN

Cliënten wordt binnen een beperkte periode geleerd om binnen de leefgroep te functioneren.

- **Duidelijkheid en structuur**
Een duidelijke structuur is enerzijds van belang om grensoverschrijdend gedrag te voorkomen, anderzijds heeft het een stimulerende, bekrachtigende werking ten aanzien van gewenst gedrag. Cliënten leren om persoonlijke en algemeen geldende afspraken na te komen. Het IMC biedt de mogelijkheid om binnen een veilige marge te experimenteren met grenzen, waarbij fouten gemaakt mogen worden en dit als leermoment wordt benoemd. Het aantal regels binnen het IMC beperkt zich tot algemene veiligheids- en fatsoensregels. Het gedrag van de cliënt dient binnen de afdeling beheersbaar te zijn, waarbij geweld, dreigen/intimideren en roken op de afdeling kunnen leiden tot direct ontslag, indien dit gedrag niet te corrigeren is en de opname van medecliënten verstoort.

Bruce is 32 jaar en heeft de eerste zes weken op het IMC vooral onderuit hangend in de stoel doorgebracht. Televisie kijken was een van zijn favoriete activiteiten. Hij heeft de staf en medebewoners verzekerd dat hij actief zou worden als de tijd rijp was, dat wil zeggen als hij door zijn afkickperiode heen was. Ondertussen maakte hij zich nuttig door het doen van boodschappen en het verzorgen van warme maaltijden voor de groep. Verder nam hij alleen deel aan de elementaire en dus verplicht gestelde programma-onderdelen. Bruce bezorgde niemand last en werd getolereerd. Na zes weken heeft hij laten zien dat hij zijn woord kan houden. Zonder enige aansporing is hij na zes weken gaan deelnemen aan het programma.

Wanneer cliënten zich niet voegen naar de structuur en/of algemene (fatsoens)regels volgt geen gedwongen ontslag. Met de cliënt wordt, conform de doelstelling om de relatie met de hulpverlening te herstellen, besproken welke veranderingen hij/zij mogelijk acht. De verantwoordelijkheid voor het grensoverschrijdend gedrag ligt bij de cliënt en hem/haar wordt de mogelijkheid geboden hier verandering in aan te brengen. De bespreking is gericht op suggesties van de cliënt en de hulpverlener bewaakt dat voornemens ten aanzien van gedragsverandering haalbaar zijn. Bij evaluatie zal veelal verbetering op enkele punten geconstateerd kunnen worden en worden resterende punten opnieuw in haalbare doelen gevat.

WOONVAARDIGHEDEN

Naast de basale verblijfsvaardigheden leren cliënten woonvaardigheden, die het functioneren na opname gunstig beïnvloeden.

- Feedback
Het klimaat op het IMC draagt bij aan het opdoen van corrigerende ervaringen. Hiermee worden ervaringen bedoeld die bijdragen aan het herstel van vertrouwen van de cliënt in zichzelf en zijn mogelijkheden. Het is van belang dat hier bovendien een uitnodiging van uitgaat tot het ontwikkelen van alternatieve gedragspatronen.
- Groepsactiviteiten
Medecliënten spelen een belangrijke rol: zij kunnen elkaar helpen en steunen. Cliënten leveren met elkaar een bijdrage aan het klimaat en zijn binnen hun individuele mogelijkheden verantwoordelijk voor hun

(tijdelijke) leefomgeving. Het voeren van een gezamenlijke huishouding maakt daar onderdeel van uit. Hiermee wordt geleerd afspraken na te komen en doen cliënten ervaring op met samenwerken. De leefgroep en de gezamenlijke verantwoordelijkheden worden als oefensituatie gezien om woon- en verblijfsvaardigheden te leren.

- Specifieke woonvaardigheden
Hygiëne, voedingsleer, koken en omgaan met geld, vormen belangrijke thema's in het verbeteren van de zelfzorg. Uitleg over de woonvaardigheden wordt gecombineerd met de gelegenheid om hier ervaring mee op te doen.

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSTIEK, INDIEN SPRAKE IS VAN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK (DOEL 4)

Bij cliënten binnen het IMC is frequent sprake van psychiatrische problematiek. Het is dan ook van belang dat vroegtijdig in de opname een beeld is verkregen van psychiatrische problematiek. Daarnaast is het van belang dat op indicatie een psychiatrisch consult kan plaatsvinden.

PSYCHIATRISCH/PSYCHOLOGISCH CONSULT

- Op indicatie kunnen naar aanleiding van de medisch/psychiatrische screening bij binnenkomst (verkorte DSM-IV, Diagnostic and Statistical Manual), casuïstiek of observaties verwezen worden naar een psychiatrisch en/of psychologisch consult.

Functie van psycholoog binnen doelstelling van psychiatrische diagnostiek en behandeling

- Bijdrage in het team varieert over de verschillende IMC's
- Diagnostiek met behulp van vragenlijsten
- Psychologisch testmateriaal is veelal niet geschikt voor toepassing bij de doelgroep

ZICHT KRIJGEN OP AARD EN FUNCTIE VAN HET MIDDELENGEBRUIK (DOEL 5)

Bij cliënten uit de doelgroep van het IMC is sprake van langdurige en ernstige verslaving, waarbij inzicht in het eigen middelengebruik nagenoeg afwezig is. Cliënten worden gedurende de opname dan ook gemotiveerd om het gebruik in kaart te brengen en te overwegen. Door middel van constante afstemming wordt per cliënt bepaald welk subdoel (A,B) haalbaar is en aansluit bij de wensen van de cliënt en het stadium van verandering. De subdoelen verschillen wat betreft mate van gedragsverandering, waarbij subdoel A beperkt blijft tot zicht krijgen op het gebruik en subdoel B gericht is op het vergroten van zelfcontrole. Ten aanzien van het middelengebruik wordt een niet-afkeurende benadering van terugval gehanteerd. Terugval wordt benaderd als leermoment en de ondersteuning hierbij is gericht op het voorkomen van herhaling en/of beperking van schade. Bij de bespreking van het middelengebruik worden mogelijke aangrijpingspunten voor de motivering van de cliënt benut. Zo wordt de relatie tussen middelengebruik en klachten expliciet gemaakt en de cliënt ondersteund om (minimale) doelen ten aanzien van het gebruik te stellen en hierbij succes te ervaren.

A ZICHT KRIJGEN OP PATRONEN VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK

De cliënt brengt het gebruik in kaart en wordt begeleid bij zijn/haar beslissing ten aanzien van verandering. Hiertoe worden de volgende onderdelen behandeld:

- Gebruik inventariseren
Met de cliënt wordt nauwkeurig in kaart gebracht welke middelen de cliënt gebruikt, om welke hoeveelheden het gaat en op welke momenten zich dit voordoet.
- Verband tussen klachten en gebruik
Cliënten inventariseren klachten en gaan na of er een verband bestaat met het middelengebruik. Op deze manier wordt getracht de bezorgdheid van de cliënt over het gebruik te vergroten. De interventie kan gezien worden als een manier om cliënten die zich in het voorstadium bevinden te begeleiden richting het stadium van overwegen.
- Voor- en nadelen van gebruik
Cliënten geven aan welke voor- en nadelen van gebruik zij ervaren.

Individueel schrijven cliënten voor- en nadelen van gebruik op en gaat na welke voor- en nadelen eventuele verandering van gebruik zou hebben. Deze interventie helpt de cliënt zijn gebruik expliciet te overwegen en zo mogelijk te beslissen om al dan niet te veranderen.

- Educatie over middelen

Cliënten krijgen informatie over de werking van middelen, de risico's en de verschijnselen van ontwenning.

Mark is 26 en is sinds zijn zeventiende een stevige drinker. Hij heeft mislukte behandelingen achter de rug en heeft geruime tijd geen contact meer gehad met de verslavingszorg. "Dat leidt toch nergens toe". Sinds twee jaar is hij overmatig alcoholgebruik gaan combineren met speed. Anderhalf jaar geleden is hij ontslagen en is korte tijd daarna eveneens zijn relatie verbroken. De eerste maanden kon hij nog bij vrienden verblijven, maar nu leeft hij op straat. Zijn gezondheid is ernstig verslechterd. Verschillende keren heeft de politie hem opgepakt wegens verstoring van de openbare orde. In de groep wordt gesproken over de voor- en nadelen van middelengebruik en van clean zijn. Wanneer hij de voordelen van het gebruik benoemt, is een glinstering in zijn ogen te zien. Zo noemt hij het gevoel alles aan te kunnen en de aangename roes wanneer hij heeft gedronken. Hoewel hij belangrijke voordelen van clean zijn kan benoemen, zoals het vinden van een baan, verbetering van zijn gezondheid en minder geldproblemen, heeft hij ook angst voor het clean zijn. Zo geeft hij aan dat de slechte gedachten over zichzelf weer terug zullen komen en hij weer zal gaan gebruiken.

B PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK BEPERKEN: ZELFCONTROLE

Zelfcontroletraining en terugvalpreventie vormen na de eerste twee weken van de opname een specifiek onderdeel van het programma. Daarnaast komt dit thema regelmatig aan bod in overige programmaonderdelen. De mate van verandering die wordt nagestreefd varieert per cliënt en de mate van zelfcontrole wordt dan ook nauwkeurig afgestemd op zijn/haar wensen en mogelijkheden.

- Risicosituaties inventariseren

Cliënten inventariseren situaties waarin zij geneigd zijn te gebruiken.

- Trek

Er wordt psycho-educatie gegeven over trek. Daarnaast wordt besproken hoe trek wordt ervaren en op welke momenten cliënten veel trek ervaren.

- Doelen stellen

Cliënten stellen doelen om het gebruik te beperken en leren vaardigheden om gestelde doelen te behalen. Het stellen van haalbare doelen, die aansluiten bij het stadium van verandering is hierbij van belang.

- Sociale druk

Aan de hand van sociale risicosituaties wordt geoefend met het weigeren van middelen en leren cliënten weerstand te bieden tegen sociale druk.

- Zelfcontrolemaatregelen

Met de cliënten wordt nagegaan welke risicosituaties de cliënt verwacht. Er wordt besproken op welke manier gestelde doelen ook in deze situaties behaald kunnen worden. Het weekendverlof wordt voorbereid en eerdere ervaringen tijdens het verlof worden besproken. De cliënt leert zelfcontrole te versterken door met zichzelf afspraken te maken omtrent het vermijden van bepaalde risicovolle situaties, alternatief gedrag en beloning bij het behalen van gestelde doelen.

- Noodplan

Met de cliënt wordt nagegaan hoe de cliënt om kan gaan met controleverlies ten aanzien van het gebruik. Hierbij wordt de cliënt geleerd zelfcontrole te hervinden en schade als gevolg van controleverlies te beperken.

- Structuur

Cliënt leert vaardigheden om in het dagelijks leven structuur aan te brengen.

VOORBEELDEN:

Motiverings- en zelfcontroletechnieken

(volgens "Cursus Grip op je leven" van de Grift en het Trimbos-instituut).

Doel: opbouw van de motivatie en stellen van concrete doelen. In de training zijn zes bijeenkomsten beschreven met bijbehorende informatie voor de trainer en opdrachten. De zes bijeenkomsten hebben een duur van 90 minuten.

1. Motivatie: introductie en persoonlijk beschrijving van cliënten waarom voor het IMC is gekozen.

Huiswerkopdrachten: lezen van 'Het afkickproces, een spiraal naar boven',

2. Zelfcontrole: stelling over afkicken bespreken, uitleg over motivatie en gedragsverandering (Prochaska & DiClemente)

Huiswerkopdrachten: aangeven waar de cliënt aan wil werken, voor- en nadelen van gebruik inventariseren.

3. Doelen stellen: discussie over voor- en nadelen van gebruik, uitleg over het stellen van haalbare en duidelijke doelen.

Huiswerkopdrachten: doelen stellen, vragenlijsten invullen (Self-efficacy-lijst voor druggebruikers, Alcohollijst of Goklijst) om risicosituaties in kaart te brengen.

4. Risicosituaties: Ervaringen met vragenlijsten bespreken en doelenformulier invullen.

Huiswerkopdracht: sociale relaties evalueren (onvrede, tevredenheid en gewenste verandering)

5. Eigen regels: regels opstellen bij zelfgekozen doelen (duidelijke regels en bijbehorende beloning bepalen), herkennen en hanteren van risicosituaties bespreken aan de hand van vragenlijsten. Specifieke aandacht voor druk van familie of vrienden

Huiswerkopdracht: opkomen voor jezelf, nagaan op welke momenten je onvoldoende voor jezelf opkomt en alternatieven bedenken.

6. Gezondheidsrisico's: Uitleg over gezondheidsrisico's van seks/gebruik en manieren om deze risico's te verminderen of te voorkomen. Kennisvragenlijst als groepsopdracht en informatie verstrekken.

Terugvalpreventie (volgens "Cleanteam" van IMC Brijder)

Terugkeer naar de thuissituatie wordt tijdens de opname in het IMC voorbereid. Deze begeleiding vindt plaats naast de aandacht voor

zelfcontrole en terugvalpreventie in het programma van het IMC.

Doelstelling: Creëren van veilige situatie gedurende en na het verlof

Doelgroep: Op vrijwillige basis voor cliënten van IMC

Voorafgaand aan het eerste verlof wordt met de cliënt zijn/haar woonruimte bezocht: Alle gebruik gerelateerde spullen worden verwijderd en benodigde reparaties/schoonmaak worden geïnventariseerd

Vorm: Eenmalig huisbezoek en indien noodzakelijk enkele vervolgbesochten voor reparaties/schoonmaak. De duur van huisbezoek: maximaal 1 uur en de duur van reparaties/schoonmaak is maximaal enkele dagdelen.

BASALE SOCIALE VAARDIGHEDEN VERBETEREN (DOEL 6)

Bij de doelgroep van het IMC zijn werk, relaties en vriendschappen veelal afwezig als gevolg van het problematisch middelengebruik en het ontbreken van sociale vaardigheden. Het is dan ook van belang om bij deze cliënten aandacht te besteden aan sociale vaardigheden. Hierbij kan sprake zijn van resocialisatie, echter in veel gevallen is behoefte aan meer basale socialisatie. Dit gebeurt door middel van een specifieke training voor sociale vaardigheden, maar sociale vaardigheden worden eveneens geregistreerd en gecorrigeerd door de mentor en de begeleider van groepsactiviteiten.

A. Feedback van het multidisciplinair team

Het (individuele) contact met leden van het multidisciplinair team, en de mentor in het bijzonder, draagt bij aan het opdoen van corrigerende ervaringen. De cliënt ontvangt feedback wat betreft zijn/haar sociale omgang en wordt hierbij gestimuleerd tot het ontwikkelen van alternatieve gedragspatronen.

B. Feedback van de leefgroep

De cliënt bevindt zich gedurende de opname veelal tussen medecliënten en groepsleiders. Hierbij is constant de gelegenheid tot onderling contact met medecliënten. Tijdens groepsbesprekingen en bij groepsactiviteiten wordt expliciet ruimte geboden voor het geven en ontvangen van feedback. Daarnaast doen cliënten gedurende het verblijf in de groep impliciet ervaring op met sociale situaties.

C. Sociale vaardigheidstraining

Cliënten leren gedurende de opname basale sociale vaardigheden ter verbetering van het sociale contact met de directe omgeving. De training is een gedragsgerichte groepstraining waarin theorie, oefening en transfertraining (uitbreiding van het gedragsrepertoire door praktijkoefening) worden behandeld. Daarbij wordt een belevingsverandering nagestreefd, die angst en onzekerheid in sociale situaties vermindert.

VOORBEELDEN:

Training sociale vaardigheden: (volgens "Cursus sociale vaardigheden" van De Griff)

Doelen: bewust worden van eigen aandeel in omgang met anderen, positief zelfbeeld

Zes bijeenkomsten met een duur van 75 minuten.

1. Verbale en non-verbale communicatie:

Uitleg over communicatie (onderscheid verbale en non-verbale communicatie), gevolgd door oefeningen gericht op bewustwording en herkenning van non-verbaal gedrag.

2. Kijken en luisteren:

Theorie over luisteren (aankijken, interesse tonen, open vragen stellen), waarna in rollenspel wordt geoefend.

3. Training van les 1 en 2:

Korte herhaling van theorie, rollenspel (communicatie met verschillende personen en met afzonderlijke doelen), observatie door medecliënten en nabespreking.

4. Feedback geven en ontvangen:

Uitleg over feedback als hulpmiddel om de communicatie te verbeteren, bijbehorende regels voor gever en ontvanger, waarna een rollenspel en nabespreking.

5. Heldere communicatie:

Uitleg over het belang van duidelijke communicatie en manieren om dit te bereiken (spreken in ik-vorm, duidelijk zeggen wat je wil, mening geven), rollenspel en nabespreking

6. Assertiviteit:

Uitleg over communicatiestijlen; assertief (direct, respectvol), agressief (dominant, egocentrisch), subassertief (indirect, onderdanig) en rollenspel waarin de verschillende stijlen worden aan bod komen.

Sociale vaardigheden Groep (volgens "Sociale vaardigheden Groep" van de Maliebaan

Open groep met wekelijkse bijeenkomsten, waarbij theorie wordt gegeven wat betreft vier onderwerpen:

- Luisteren: Cliënten krijgen uitleg over het belang van luisteren binnen de communicatie.
- Feedback geven: Uitleg over (non)verbale reacties op anderen en manieren om effectief feedback te geven.
- Iets vertellen: uitleg over het belang om dingen die belangrijk voor je zijn bespreekbaar te maken en tips om dit te doen (goede moment kiezen, aandacht vragen, non-verbale communicatie, duidelijk zijn)
- Reageren op feedback: Er worden manieren besproken om op feedback te reageren

Naast theorie is aandacht voor oefening en transfertraining. Ieder onderwerp wordt gevolgd door oefeningen waarbij wordt ervaren op welke manier zij met anderen communiceren. Daarbij worden alternatieve manieren aangedragen om te luisteren en op (non)verbale informatie te reageren. In vervolgbijeenkomsten wordt besproken of met de nieuwe vaardigheden is geoefend en is ruimte voor nabespreking.

**MAATSCHAPPELIJK FUNCTIONEREN VERBETEREN EN ZO NODIG AAN-
VANG MAKEN MET INTEGRATIE IN DE NEDERLANDSE SAMENLEVING
(DOEL 7)**

Bij cliënten die behoren tot de doelgroep van het IMC, is veelal sprake van maatschappelijke problemen, zoals wekloosheid, huisvestingsproblemen en schulden. Tijdens de IMC-opname worden deze problemen in kaart gebracht en zijn interventies gericht op verbetering van de situatie.

Gedurende de opname wordt aandacht besteed aan verschillende maatschappelijke gebieden, zoals inkomen, dagbesteding, werk en wonen.

Afhankelijk van de duur van de opname en het verwachte vervolgtraject, wordt individueel bepaald welke acties de maatschappelijke situatie kunnen verbeteren en in hoeverre het leren van vaardigheden gewenst en haalbaar is.

A. Inventarisatie van maatschappelijke problemen

De mentor bundelt gegevens over de maatschappelijke situatie van de cliënt en bespreekt op welke gebieden de cliënt veranderingen wenst. De mentor geeft aan welke cursussen en vormen van ondersteuning mogelijk zijn en stelt met de cliënt doelen op. De cliënt wordt hierbij gezien als onderdeel van zijn sociale, culturele en religieuze omgeving.

B. Aanpak van maatschappelijke problemen

De mentor kan fungeren als intermediair tussen cliënt en externe instanties. Op deze manier kan de mentor ondersteunen bij de aanvraag van een uitkering of inschrijving voor huisvesting. Bij specifieke doelgroepen wordt eveneens geïnventariseerd welke obstakels zij ervaren ten aanzien van bestaande hulpverlening.

C. Leren van vaardigheden ter verbetering van maatschappelijk functioneren

• Nederlandse les

Gezien de grote achterstand in Nederlandse taalvaardigheid die bij de doelgroep wordt geconstateerd, wordt het bieden van lessen op dit gebied van groot belang geacht. Binnen het IMC wordt cliënten met problemen wat betreft de Nederlandse taal, de mogelijkheid

geboden taallessen te volgen

De taallessen zijn gericht op verbetering van het begrip en de uitdrukkingsvaardigheid.

• Cursus budgetteren

VOORBEELD:

Cursus budgetteren (Volgens "Cursus Budgetteren" van de Grift)

Doel: meer inzicht krijgen in het omgaan met geld

De volgende onderwerpen worden in zes wekelijkse bijeenkomsten van 75 minuten behandeld:

1. Introductie: uitleg over het bijhouden van een wekelijks kasboek en het maken van een maandbegroting.
2. Schulden: inventariseren van schulden, onderscheid maken tussen verschillende schulden en de urgentie bepalen.
3. Omgaan met geld: manieren van betalen bespreken en behandeling van rekeningen
4. Eigen administratie bijhouden: uitleg en oefening aan de hand van een casus. Stellingen over geld, schulden en uitgavepatronen bespreken.
5. Gastspreker: spreker van de gemeentelijke kredietbank en gelegenheid tot het stellen van vragen
6. Eindtoets: vragen over de behandelde stof

D. Bevorderen van zelfkennis en zelfontplooiing

Cliënten in de doelgroep van het IMC, hebben veelal geen duidelijk zelfbeeld en/of zicht op hun mogelijkheden. Cliënten worden bewust gemaakt van hun kwaliteiten.

Cliënten van het IMC, die de intentie hebben om na de opname een opleiding te volgen of arbeid te verrichten, kunnen aan een arbeidsproject deelnemen. Hiermee wordt het vervolgtraject voorbereid en is sprake van arbeidsgewinning. Indien sprake is van een taakstraf, kan deze eveneens ingezet voor het behalen van deze doelstelling.

• Zelforiëntatie

Cliënten vormen een zelfbeeld door na te gaan welke eigenschappen, kennis en vaardigheden zij bezitten. Hierbij ervaart de cliënt welke bezigheden hij/zij plezierig vindt. Met de cliënt wordt onder andere nagegaan hoe hij/zij programmaonderdelen als creatieve

therapie, vrijetijdsbesteding, het uitvoeren van verschillende taken e.d. ervaart.

Mirna meldde zich voor de eerste keer bij het IMC. Zij gebruikte al 4 jaar heroïne en methadon. Zij vond zelf dat ze beeldend kunstenaar was en haar abstracte schilderijen oogstten veel bewondering. Ze stelde zelf voor om zich tijdens de blokken arbeid in het IMC-programma bezig te houden met haar schilderwerk. Na haar verblijf op het IMC keerde ze terug naar haar woonplaats, waar ze gesterkt met het nodige zelfvertrouwen heeft meegedongen naar een aanbesteding van een openbaar kunstwerk. Het werd haar eerste betaalde opdracht. Ze bewoont nu een appartement met atelierruimte en is zeer productief. Ze bluft stevig, maar heeft andere middelen al anderhalf jaar laten staan en het prostitutiecircuit volledig achter zich gelaten.

58

- Arbeidsoriëntatie
Cliënten gaan na welke werkzaamheden en/of functies aansluiten bij hun wensen en mogelijkheden. Deelname aan verschillende projecten stelt de cliënt in staat na te gaan welke functies op de arbeidsmarkt aansluiten bij zijn/haar interesse en mogelijkheden. Hierbij kan bijvoorbeeld sprake zijn van houtbewerkingprojecten of hoveniersactiviteiten. Arbeidsgewenning is tevens een belangrijke doelstelling van deelname aan deze projecten, waarbij onder andere wordt geleerd samen te werken met collega's en afspraken na te komen. Ervaringen opdoen en leren staan bij deze arbeidsprojecten centraal. Daarbij wordt het afleveren van een product veelal als stimulerend ervaren.
- Arbeidsuitvoering
Cliënten verrichten in groepsverband en onder begeleiding arbeid. Cliënten doen werkervaring op binnen een arbeidssituatie die in hoge mate gelijkend is aan betaalde arbeid. Ervaring opdoen met het uitvoeren van de werkzaamheden en tegemoet komen aan gestelde eisen staat hierbij centraal. Cliënten wordt de gelegenheid geboden om capaciteiten te ontwikkelen en ervaring op te doen binnen een bepaald werkgebied.

RELATIE MET HET NIET-GEBRUIKENDE SYSTEEM VERBETEREN (DOEL 8)

In verband met de ingrijpende gevolgen van langdurige verslaving voor het contact met de directe omgeving, is het van belang om directe relaties te informeren over de werking van middelen en de behandeling. In het kader van de rehabilitatie van de cliënt is het van belang om de maatschappelijke omgeving te ondersteunen. Wanneer in de omgeving van de cliënt een ondersteunende persoon aanwezig is, wordt deze altijd uitgenodigd voor een gesprek en wordt onderling contact gestimuleerd. Hierbij wordt het systeem tevens geïnformeerd over behandeling en ondersteund bij het hanteren van verslavingsproblemen. Indien sprake is van een verstoorde communicatie en er mogelijkheden bestaan tot het begeleiden van de onderlinge communicatie, vinden enkele gesprekken plaats. Deze gesprekken zijn er op gericht om het contact met direct te verbeteren en vervolgbehandeling in een later stadium mogelijk te maken.

De behoefte om naast de directe relaties, het systeem in brede zin bij de behandeling te betrekken wordt met name bij allochtone cliënten aangetroffen. Hierbij wordt de wens van de cliënt gevolgd en beperkt de begeleiding zich eveneens tot bovengenoemde doelstelling.

59

A. Inventarisatie van het sociale netwerk

De stafleden inventariseren hoe het sociaal netwerk van de cliënt is opgebouwd, welke personen hierin een ondersteunende rol hebben en welke contacten in de loop der tijd verbroken zijn. De mentor bundelt het overzicht van het sociale netwerk. Hierbij wordt de persoonlijke omgeving van de cliënt in kaart gebracht, maar wordt eveneens aandacht besteed aan de maatschappelijke omgeving.

B. Voorlichting aan het systeem en/of maatschappelijke omgeving: standaard

- Directe relaties informeren over de opname en verwachtingen bespreken
- Directe relaties van de cliënt worden, indien de cliënt hier mee instemt, uitgenodigd voor een eenmalige bespreking in aanwezigheid van de cliënt. De cliënt en de relatie worden gevraagd aan te geven welke verwachtingen zij hebben ten aanzien van de opname

en het vervolgtraject. Irreële verwachtingen worden genuanceerd en benodigde informatie wordt verstrekt.

- Educatie over verslaving

De cliënt en de relatie wordt expliciet gevraagd naar de informatie-behoefte op het gebied van verslaving en hantering van verslavingsproblemen. Enkele basisinformatie over de werking van middelen, verslaving en terugval, wordt afhankelijk van deze behoefte verstrekt. Voor uitgebreide informatie wordt verwezen naar schriftelijk materiaal en/of informatiegroepen binnen de instelling.

C. Begeleiding van systeem

De begeleiding van het systeem beperkt zich gedurende de opname in het IMC tot het vergroten van wederzijds begrip en het nagaan van mogelijke problemen in de onderlinge communicatie.

Hierbij wordt ten eerste contact met het sociaal netwerk gestimuleerd door gelegenheid te bieden om bezoek te ontvangen. Indien hiertoe mogelijkheden zijn, vindt daarnaast systeembegeleiding plaats in de vorm van enkele gesprekken met het systeem. Wensen ten aanzien van vervolgbehandeling met het systeem worden geïnventariseerd en de mogelijkheid geboden om tijdens de opname na te gaan of systeembehandeling in het vervolgtraject gewenst is. De systeembegeleiding kan gericht zijn op de voorbereiding tot systeembehandeling na de IMC-opname.

4.5 ORGANISATIE

De beschreven werkwijze van het IMC stelt verschillende eisen aan de kennis en vaardigheden bij het personeel. In de eerste plaats zijn medewerkers bekend met motivatietheorieën. Hiertoe beschikken zij bovendien over motiverende technieken, die gedurende de opname frequent worden ingezet en afgestemd worden op de individuele cliënt. Daarnaast beschikt het personeel van het IMC over kennis van de specifieke doelgroepen en kunnen zij vaardigheden inzetten, die begeleiding van deze groepen vereist. Uiteraard wordt van de medewerkers verwacht dat zij affiniteit met de doelgroep hebben.

Het IMC dient over verschillende disciplines te beschikken om de vereiste begeleiding te kunnen bieden. De verschillende disciplines behoeven geen vast onderdeel te vormen van de staf in het IMC. Om de gestelde doelstellingen en professionaliteit te realiseren kunnen immers afspraken met organisatieonderdelen gemaakt worden.

Een arts en psychiater dienen ten minste in de opnamefase snel beschikbaar te zijn. Disciplines ter begeleiding van activiteiten zijn relatief sterk vertegenwoordigd. Ten aanzien van etniciteit, wordt bij de staf gestreefd naar een afspiegeling van de culturele achtergrond van de cliëntpopulatie. Bij opname van vrouwen dient bovendien kennis van vrouwenhulpverlening aanwezig te zijn.

5 Vervolgtrajecten na het IMC

Het IMC vervult een belangrijke functie als schakel binnen de zorgketen (zie 2.3). Een keten kan echter alleen goed functioneren, wanneer alle schakels op elkaar zijn afgestemd.

Dit impliceert dat niet alleen de vervolgbehandelingen eisen aan het IMC kunnen stellen t.a.v. de uitstroom, maar ook het IMC eisen kan stellen aan de vervolgbehandelingen, opdat deze beter passend worden bij hun uitstroombmogelijkheden.

Hierbij zijn de volgende punten onder meer van belang:

- Drop-out tussen IMC en vervolgtraject.
- Gegevens over het verloop van de vervolgtrajecten
- Verwijzing bij drop-out tijdens de IMC-opname
- Mogelijke oplossingen voor geconstateerde obstakels en verbetering van deze aansluiting
- Specifiek culturele, seksespecifieke of justitiële aspecten in de vervolgbehandelingen.

Een goede afstemming met partners van de GGZ is wenselijk vanwege de ervaring met de doelgroep en de gelegenheid om van deze ervaringen te leren. Eerder (zie 2.4.3) is aangegeven dat het IMC de cliënt op verschillende uitstroombniveaus kan voorbereiden op het vervolg.

Voor het behalen van de primaire doelstelling (waarborgen van continuïteit van zorg), staat een goede overdracht aan de trajectbegeleider centraal. Bij succesvolle uitstroom op één van de vier genoemde niveaus is dan ook altijd sprake van werkbaar contact met een externe trajectbegeleider. Daarnaast verdient de overgang naar vervolgzorg bij de hogere uitstroombniveaus specifieke aandacht. De verschillende niveaus worden nogmaals kort beschreven:

Niveau 1:

Cliënt is gedurende de opnameperiode ingesteld op medicatie, lichamelijk hersteld en heeft binnen de structuur van de afdeling een aantal minimale vaardigheden getoond.

Niveau 2:

Cliënt heeft gedurende de opnameperiode een aantal minimale vaardigheden geleerd, die de cliënt na de opname voor een bepaalde periode (aantoonbaar) kan vasthouden.

Niveau 3:

Cliënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een vervolgtraject te ondergaan dat in meer of mindere mate gestructureerd gericht is op het bereiken van specifieke doelen t.a.v. wonen, werken, dagbesteding en eventueel middelengebruik.

Niveau 4:

Cliënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een verslavingsbehandeling te ondergaan die gericht is op abstinentie en/of drastische verandering van het verslavingsgedrag en leefstijl.

Bij niveau 1 tot en met 3 dient het medicatiebeleid overgedragen te worden aan een externe arts. Bij voorkeur wordt dit beleid reeds in een vroeg stadium besproken met de betreffende arts (of verpleegkundige onder verantwoordelijkheid van een arts).

Bij niveau 3 en 4 is het van belang dat de cliënt in staat is om aan de noodzakelijke voorwaarden voor vervolgbehandeling te voldoen. Uitstroom op deze niveaus maakt concrete samenwerkingsafspraken met partners in de keten, bijvoorbeeld op het terrein van huisvesting, dagactiviteiten en scholing, noodzakelijk. Hierbij is het van belang in te spelen op de beperkte mogelijkheden om blijvende verandering van het middelengebruik te bereiken.

Uitstroom op niveau 4 vraagt specifieke aandacht voor de overgang naar vervolgbehandeling. In de praktijk is er sprake van wederzijdse afstemming tussen de uitstroombcriteria van de IMC's en de eisen van het (intramurale) vervolg. Concrete afspraken ten aanzien van doorstroom en medicatiebeleid zijn hierbij onmisbaar.

6 Geraadpleegde literatuur

- Drouven, L.E., S.J.M. Schutte & M. Kingma (2001). Eindrapportage Evaluatie IMC's. Hoeksma, Homans & Menting i.o.v. VWS, Enschede
- Geerlings, P.J., W. van den Brink & G.M. Schippers (1996). Behandelingsstrategieën bij alcoholproblemen. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Gestel, B. van (1999). Tussen straat en kliniek, evaluatie van vier intramurale motivatiecentra voor harddrugverslaafden. Regioplan, Amsterdam.
- Gezondheidsraad: Medicamenteuze interventies bij drugverslaving. Den Haag: Gezondheidsraad, 2002; publicatie nr 2002/10
- GGZ Nederland (2000) IMC, scharnier tussen straat en zorg. Verslag van de conferentie op 13 april 2000 over de Intramurale Motivatie Centra. Utrecht
- Hulshoff, A. (1999). Het intramuraal motivatiecentrum (IMC): een overlastbestrijdingsproject binnen de verslavingszorg. In Loth, Rutten, Huson-Anbeek & Linde, Verslaving en de verpleegkundige praktijk. Maarssen.
- Miller, W.R. & S. Rollnick Motivational interviewing: preparing people for change. New York: Guilford press, 1991.
- Nijmegen Institute for Scientist Practitioners in Addiction (NISPA); onderzoeksgroep verslaving en verslavingszorg van het Academisch Centrum Sociale Wetenschappen. Aanzet tot een meerjarig beleidsprogramma. Oktober 2001.
- Prochaska, J.O., & C.C. DiClemente (1986). Toward a comprehensive model of change. In W.R. Miller & Heather, Treating addictive behaviors: processes of change, pp. 3-27. New York: Plenum Press.
- Rutten, R. (1998). Ervaringen bij de start van een IMC; enkele stereotypen tegen het licht gehouden. TADP.
- Rutten, R. & A. Hulshoff (2001). Het Intramurale Motivatie-Centrum (IMC), klinische revalidatie tussen straat en systematische hulp. Handboek verslaving 27, B6235, 1-26.
- Schippers, G.M. Motiverende gespreksvoering, Handboek verslaving, september 1996, B43401-25.
- Nota inzake het beleid gericht op het verminderen van de door verslaafden veroorzaakte overlast. Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 22 684, nr. 12.
- Wilken, J.P. & D. den Hollander (1999). Psychosociale revalidatie, een integrale benadering. Utrecht: Uitgeverij SWP
- Wolf, J., C. Mensink, P. van der Lubbe, M. Planije (2002). Casemanagement voor langdurig verslaafden, een systematisch overzicht van interventie en effect. Utrecht: Trimbos Instituut i.o.v. GGZ Nederland.