



Missie- en Visiedocument  
Duurzaam Verblijf Beilen

J. Plaisier &  
V. Hoetjes  
i.s.m.  
W. Mulder &  
G. van Kranenburg

# **Kliniek Duurzaam Verblijf: 'Uitzondering is de regel'**

*Achtergrondinformatie*

*Visie en missie*

*Behandelinhoud*

## Inhoudsopgave

	<b>pagina</b>
1. Inleiding	3
2. Doel, missie en visie	6
3. De patienten	8
4. Uitgangspunten van de behandeling	11
5. Inhoud van de behandeling	15
6. De mogelijkheden op langere termijn	23
7. Het kwaliteitsbeleid	25

<b>Bijlagen</b>	<b>28</b>
1. Procedure bij plaatsing en ontslag	29
2. Expertise van de betrokken organisaties en medewerkers	31
3. Wetenschappelijk onderzoek: de beloopstudie	33
4. Veiligheid	34
5. Verantwoording	35

# 1. Inleiding

## **Inleiding**

In 2007 werd Duurzaam Verblijf geopend. Een nieuwe en bijzondere behandelinstelling voor patiënten met zeer langdurige en complexe problematiek. De patiënten hebben ernstige psychiatrische stoornissen, waaronder schizofrenie en chronische verslaving, zijn vaak vanaf hun vroegste jeugd in een onveilige omgeving opgegroeid en zijn vaak dakloos geweest. Ze waren meestal werkloos, hebben schulden, zijn het contact met hun familie kwijt, beschikken niet over een sociaal netwerk en zijn niet bereid tot behandeling.

Ondanks veelvuldige en intensieve bemoeienissen van diverse hulpverleningsinstanties is er geen enkele betekenisvolle vooruitgang geboekt. De problematiek bleef bestaan of kwam steeds weer terug en de mensen gaven vaak grote overlast in hun woonomgeving. De grote steden, waar de meeste patiënten vandaan komen, zochten nieuwe methoden waarmee de patiënten geholpen zouden zijn. Want als ze niet behandeld zouden worden, zou hun conditie steeds verder verslechteren. Een aantal patiënten was besmet met ernstige infectieziekten, was er zo slecht aan toe dat er sprake was van ernstige lichamelijke verwaarlozing en voor allen dreigde een vergaande maatschappelijke teloorgang. Bovendien zochten ze naar nieuwe mogelijkheden om de overlast te verminderen.

Voor deze patiënten was een nieuwe behandelaanpak nodig. Daarom is Duurzaam Verblijf gestart: Een behandelinstelling voor langdurige zorg met perspectief op een betere toekomst en meer verbinding met de samenleving. Duurzaam Verblijf is gelegen in Beilen, Drenthe. Er kunnen in totaal 130 patiënten worden opgenomen, uit Amsterdam, Groningen en Rotterdam.

## **Voor wie**

De informatie in dit boekje is bedoeld voor patiënten, familieleden, buurtbewoners, belangstellenden en samenwerkingspartners van Duurzaam Verblijf, zoals vervolginstellingen, gemeenten, GGD's en zorgverzekeraars.

## **Leeswijzer**

In dit boekje wordt de belangrijkste informatie over de behandeling in Duurzaam Verblijf in grote lijnen beschreven. In hoofdstuk 2 worden het doel, de missie en visie van Duurzaam Verblijf toegelicht. Hoofdstuk 3 gaat in op de patiënten en hun problematiek. Hoofdstuk 4 behandelt de verschillende onderdelen van de behandeling. In hoofdstuk 5 is beschreven wat de mogelijkheden voor patiënten op langere termijn zijn. Hoofdstuk 6 beschrijft de manier waarop gezorgd wordt

voor een hoge kwaliteit. Voor lezers die meer willen weten is in de bijlagen achtergrondinformatie opgenomen.

In de tekst voor Duurzaam Verblijf soms verkort 'DV' genoemd.

**Hospitality is not to change people,  
but to offer them a space where change can  
take place**

(Henry Nouwen)

## **2. Doel, missie en visie**

### **Doel**

De opdracht aan Duurzaam Verblijf is het bieden van een ondersteunende zorg- en behandelomgeving. Deze omgeving is bedoeld voor patiënten die in de gemeentelijke instellingen van Amsterdam, Groningen en Rotterdam tot nog toe geen baat hebben gehad bij de daar geboden zorg. Vanwege de ernstige psychiatrische aandoeningen zijn deze patiënten op straat beland. Op straat proberen ze te overleven door verwervingscriminaliteit, veroorzaken ze overlast en brengen ze zichzelf in gevaar door persoonlijke verwaarlozing. Deze teloorgang uit zich vaak in bedelen, lawaai maken, op straat alcohol en drugs gebruiken en zichzelf en hun omgeving bevuilen. We hebben ons als doel gesteld om de kwaliteit van leven van de patiënten te verbeteren door de psychiatrische stoornissen te behandelen en deze mensen een veilige plek te bieden waardoor bovenbeschreven neergaande spiraal doorbroken wordt.

De opname binnen Duurzaam Verblijf heeft als doel patiënten perspectief te bieden op een betere toekomst, hun kwaliteit van leven te verbeteren en overlast in de genoemde gemeenten te verminderen. Het einddoel van de behandeling verschilt per patiënt. Terugkeer naar de samenleving kan op langere termijn mogelijk zijn, maar is niet in eerste instantie het doel. De patiënten worden ondersteund om de kwaliteit van hun leven zo veel mogelijk te verbeteren. Sommige patiënten kunnen na enige tijd Duurzaam Verblijf verlaten en in een vervolgvoorziening opgenomen worden waar de patiënt zich prettig voelt (bijvoorbeeld een voorziening voor begeleid wonen), sommigen kunnen op langere termijn zelfstandig terugkeren naar de samenleving. Sommigen zullen lange tijd in Duurzaam Verblijf blijven.

### **Missie**

De Missie van Duurzaam Verblijf luidt:

- Mensen die lijden aan een combinatie van ernstige psychiatrische stoornissen (waaronder in ieder geval verslaving) en geen vertrouwen hebben in de hulpverlening, behoren tot de kwetsbaarste groep van de samenleving. In Duurzaam verblijf worden zij opgenomen met als doel perspectief op verbetering.
- Omdat deze mensen op grond van de psychiatrische stoornissen veelvuldig in botsing met de samenleving zijn gekomen (door overlast, dakloosheid en gedragsproblemen) waardoor zij tussen wal en schip vallen en geen sociaal netwerk meer bezitten, vangt Duurzaam Verblijf deze mensen op. Zij worden allen opgenomen met een rechterlijke machtiging (BOPZ).

- In Duurzaam Verblijf worden ze behandeld voor de stoornissen. Bovendien wordt hen een sociaal netwerk aangeboden in de kliniek en wordt getracht, waar mogelijk, samen met de patiënt het netwerk buiten de kliniek te herstellen of nieuw op te bouwen.
- Duurzaam Verblijf streeft naar verbetering van de kwaliteit van leven en biedt hen in ieder geval een menswaardig bestaan binnen de kliniek en waar mogelijk een kans op herstel met overplaatsing naar een zo zelfstandig mogelijke leefomgeving.
- Duurzaam Verblijf wil door het bieden van langdurige zorg aan deze groep mensen, kostenbesparend zijn voor de samenleving en dit ook door onderzoek aantonen.

## **Visie**

De visie waarmee Duurzaam Verblijf haar missie wil nastreven:

1. Duurzaam Verblijf biedt zorg aan een groep patiënten voor wie tot nu toe in de GGZ geen passende behandelmogelijkheden waren binnen de psychiatrie: mensen die op straat leven, met ernstige psychiatrische stoornissen (schizofrenie en verslaving) en gedragsproblemen. Duurzaam Verblijf wil die groep zorg bieden en daarmee aanvullende zorg bieden in de GGZ-keten.
2. Duurzaam Verblijf accepteert niet dat overlastgevend gedrag voortkomend uit de ernstige psychiatrische stoornissen leidt tot uitstoting en toont aan dat er interventies en behandelingen zijn die de gedragstoornissen en daarmee de overlast verminderen. Overlastgevend gedrag wordt niet opgelost door de veroorzaker de nodige zorg te onthouden. Het is zelfs waarschijnlijker dat het overlastgevende gedrag dan toeneemt.
3. De basis van behandeling in Duurzaam Verblijf is, dat waar mensen normaal gesproken worden uitgestoten vanwege hun gedrag, zij in deze instelling juist opgenomen worden vanwege dat gedrag. Doel is om de patiënten een veilige omgeving te bieden en ze een nieuw netwerk te bieden.
4. Duurzaam Verblijf wil de zorg voor haar doelgroep laten slagen, door de patiënten uit de maatschappij te halen, waar zij vastgelopen zijn, met als voornaamste doel terugkeer in diezelfde maatschappij, maar dan met beter perspectief.
5. Duurzaam Verblijf biedt integrale behandeling op alle levensgebieden. In de kliniek wordt vanuit de herstellvisie gewerkt, gebruik makend van de rehabilitatietechnieken en interventies uit de bemoezorg.
6. Duurzaam Verblijf zal gedurende de vaak langdurige gedwongen opnames doorgaan met behandelen en zoeken naar nieuwe behandelvormen. Deze mensen als uitbehandeld betitelen, betekent dat je ze opgeeft.
7. Duurzaam Verblijf wil iedere patiënt, van instroom tot en met uitstroom zorg op maat bieden. De behandeling en begeleiding zijn gericht op het individu. Een protocol voor de uitstroomprocedure bestaat niet, voor iedere patiënt wordt een individuele procedure nagestreefd. Duurzaam Verblijf stelt dat wanneer maatschappelijke instellingen en zorginstellingen zich flexibel opstellen ten aanzien van de patiënten, zij op termijn zelfstandiger kunnen functioneren dan aanvankelijk gedacht werd.
8. Omdat Duurzaam Verblijf gespecialiseerd is in begeleiding en behandeling van deze doelgroep wil zij in de toekomst ook voor (zeer kwetsbare ) patiënten buiten de drie grote steden behandeling en begeleiding bieden.



### **3. De patiënten**

#### **Geschiedenis van de patiënten**

De patiënten in Duurzaam Verblijf hebben een lange geschiedenis van zeer frequente, maar even vaak mislukte hulpverleningscontacten. Allerlei vormen van begeleiding zijn al aangeboden, zonder dat zij daarvan blijvend hebben geprofiteerd. Van ambulante tot klinische behandeling, van ondersteuning tot Assertieve Community Treatment, van vrijwillige deelname tot opname met een Rechterlijke Machtiging; niets leidde bij hen tot blijvende significante verbetering van het toestandsbeeld. Een aantal van hen weigerde elke aangeboden hulp. Redenen daarvoor zijn: alle vertrouwen in de hulpverlening is verloren, zowel door hulpverleners als patiënt: patiënten hebben een fundamenteel gebrek aan ziekte-inzicht of er is geen lijdensdruk. Gegeven is bovendien dat patiënten uit deze lastige maar ook zeer kwetsbare groep soms lijden aan een persoonlijkheidsstoornis of gedragsstoornissen vertonen. De zorg die voor deze problematiek nodig is kan niet worden geboden zonder dwingend ingrijpen. Gevangenissen kunnen onvoldoende behandelmogelijkheden bieden, en vrijwillige behandeling werkt niet goed omdat er geen stok achter de deur is die voor deze patiënten nodig is.

#### **Kenmerken van de patiënten**

Vijf van de zes patiënten is man. Bij opname is de gemiddelde leeftijd 39, variërend van begin twintig tot halverwege de zestig. Iets minder dan de helft is geboren in Nederland, de andere patiënten zijn geboren in Suriname, de Antillen, Marokko of andere landen. Het opleidingsniveau van patiënten bij DV is lager dan het gemiddelde opleidingsniveau van daklozen uit de vier grote steden. ( Straaten, van, B., Laan, van, der, Schrijvers, Boersma, Maas, Wolf & Mheen, van de, 2012 ) Uit de aanmeldingsgegevens bij DV blijkt dat vrijwel alle patiënten een psychotische stoornis hebben in combinatie met problematisch drugsgebruik. Ruim een derde heeft een persoonlijkheidsstoornis en een op de vijf patiënten een verstandelijke beperking. Deze problemen / beperkingen gaan gepaard met dakloosheid, variërend van een korte periode op straat tot een jarenlang zwervend bestaan en met contacten met politie en justitie. De meeste patiënten zijn ooit veroordeeld; het kan gaan om een diefstal maar ook om vele jaren detentie, een veelplegersstatus en een SOV/ ISD-traject.

Van vrijwel alle patiënten is bekend dat zij in hun jeugd hebben blootgestaan aan een of meerdere risicofactoren die de kans op psychiatrische problematiek vergroten, zoals een gebroken gezin, uithuisplaatsing, misbruik / mishandeling, emigratie op kwetsbare leeftijd etc. Psychische- en / of gedragsproblemen manifesteren zich bij veruit de meeste patiënten voor hun 18<sup>e</sup> jaar. Het eerste contact met de GGZ, incl. verslavingszorg, is bij de helft van de patiënten voor hun 25<sup>e</sup> jaar. De hulpverleningsgeschiedenis voorafgaand aan de opname bij DV bestaat bij alle patiënten uit een of meerdere opnames bij de GGZ, waarvan ten minste een in een gedwongen kader ( BOPz ). Twee derde van de patiënten woonde een periode in een beschermde woonvorm of in een vorm van begeleid wonen.

Samengevat kenmerkt de hulpverleningsgeschiedenis van de patiënten van DV zich door een gevarieerd aanbod van zorgverlening, opnames, trajecten in een woonvoorziening, bemoeizorg van bijv. Een ACT-team, medicatieposten en nachtopvang. Deze hulpverlening was soms zeer lang of van heel korte duur, maar het leidde nooit tot blijvende verbetering in de situatie van de

patiënt. ( Beloopstudie DV, zie bijlage 3 )

### **Ontstaan van de problematiek**

Uit de voorgeschiedenis blijkt dat bij veel patiënten in de vroege jeugd al kwetsbaarheden zijn ontstaan: erfelijke factoren en combinaties van ingrijpende gebeurtenissen ('childhood adversities' ) leiden tot *scheefgroei in de persoonlijkheidsontwikkeling* en tot *hechtingsproblematiek*. Het belangrijkste symptoom van deze scheefgroei is een basaal wantrouwen in de omgeving.

Mensen die onveilig gehecht zijn hebben vaker dan anderen te maken met *gedragsproblemen*. Het ontstaan van de gedragsproblematiek heeft bij veel patiënten al vroeg geleid tot schooluitval, een zeer laag opleidingsniveau, het ontbreken van een diploma en verdere ontwikkeling van de gedragsproblematiek.

De gedragsproblematiek maakt dat het accepteren van hulp en zorg voor deze mensen moeilijk kan zijn.

Ook het basale wantrouwen maakt dat ze moeilijk toegankelijk zijn, zeker voor behandelaren. Ze zijn hierdoor vaak niet genegen en gemotiveerd om behandeling te accepteren, terwijl ze wel problemen hebben en ook wel 'last' van de ziekte ( inclusief verslaving ) ervaren.

Vroegkinderlijke trauma's en sociale factoren leiden mogelijk ook tot een verhoogde biologische kwetsbaarheid voor *verslaving* en kunnen de ontwikkeling van de dopaminehuishouding in de hersenen veranderen, wat het risico op schizofrenie vergroot (Selten & Cantor-Graae, 2007). De werking van gebruikelijke antipsychotica is door deze dopaminehuishouding vaak minder effectief dan bij anderen. Veel patiënten met deze getraumatiseerde achtergrond bevinden zich daarom in een vicieuze cirkel: hun achtergrond maakt ze emotioneel en biologisch kwetsbaarder voor verslaving, wat hen kwetsbaarder maakt voor psychoses. Maar die psychoses zijn ook moeilijker te behandelen met medicatie, door dezelfde biologische achtergrond (Franken & Van den Brink, 2013; Brenhouse, Lukkes & Anderson, 2013).

In de loop der jaren hebben zich ook vaak grote *juridische en financiële problemen* opgestapeld bij de patiënten. Ze veroorzaakten overlast in de gemeente van herkomst en zijn daarvoor flink beboet, zonder dat zij die boetes konden betalen. Ook hebben patiënten vaak hun naam tegen betaling beschikbaar gesteld voor het ontvangen van andermans boetes (katvangers). De patiënt heeft op die manier een enorme schuld bij de overheid opgebouwd die hij of zij niet meer kan aflossen.

### **Selectie en diagnostiek van de patiënten**

Met drie gemeenten zijn afspraken gemaakt over het aantal te plaatsen patiënten: 60 patiënten uit Rotterdam, 60 patiënten uit Amsterdam en 10 patiënten uit Groningen.

Patiënten kunnen bij Duurzaam Verblijf opgenomen worden op indicatie van de genoemde gemeenten en na akkoordbevinding door een toelidingscommissie waarin zowel de gemeenten, afvaardiging van de zorginstellingen als een behandelaar van Duurzaam Verblijf vertegenwoordigd zijn.

Patiënten komen in aanmerking voor opname in Duurzaam Verblijf wanneer zij aan de volgende selectiecriteria voldoen:

- Ernstige comorbide psychiatrische stoornissen (in het bijzonder schizofrenie en andere chronisch psychotische aandoeningen) waaronder tenminste chronische (poly)middelenafhankelijkheid.
- Een geschiedenis van meerdere en intensieve behandel pogingen door verschillende zorginstellingen (waaronder gedwongen opname), die niet tot significante verbetering hebben geleid.
- Oplegging van een rechterlijke machtiging (BOPZ) voor gedwongen opname (of een duidelijk voldoen aan de criteria voor een dergelijk bevel) (zie bijlage 1).

### **3. Uitgangspunten voor de behandeling**

#### **Inleiding**

In dit hoofdstuk komen de uitgangspunten voor de behandeling in Duurzaam Verblijf aan de orde. Ingegaan wordt op de doelen van de behandeling, de setting, basiskenmerken, de fasering en de duur van de behandeling. In het volgende hoofdstuk wordt de inhoud van de verschillende behandelmethoden beschreven.

#### **Doelen van de behandeling**

De behandeling is gericht op de afname van het gevaar voor verdere teloorgang en op stabilisering en waar mogelijk verbetering van de psychische, sociale en lichamelijke toestand. Gestreefd wordt naar terugkeer in de samenleving.

Subdoelen van de behandeling zijn:

1. Vergroting van de motivatie van de patiënten om basiszorg, verpleging, begeleiding en behandeling te ondergaan.
2. Herstel van de lichamelijke conditie van de patiënten.
3. Vergroten van hechtingsmogelijkheden door het aangaan van samenwerkingsrelaties.
4. Vermindering of stabilisatie van de ernst van psychiatrische aandoeningen van de patiënten.
5. Stabilisatie of verbetering van verslavingsproblematiek.
6. Vergroting van vaardigheden die patiënten nodig hebben voor het leven van een menswaardig bestaan, binnen of buiten de kliniek.

#### **De behandelsetting**

De behandeling is zoals vermeld in een gedwongen en gesloten setting. Daar binnen wordt een klimaat geboden van alomvattende zorg, die meer dan in welke behandelinstelling dan ook, is afgestemd op de individuele problematiek. Om patiënten perspectief te bieden is het van belang dat zij relaties opbouwen en vaardigheden (opnieuw) leren. Daar is veel tijd mee gemoeid, meer tijd dan de patiënten zich in eerste instantie gunnen. De patiënten zelf hebben meestal niet het idee dat hun psychiatrische problematiek gevaar oplevert voor henzelf en anderen. De rechter heeft echter vastgesteld dat er wel sprake is van een dergelijk gevaar, en dat dit gevaar verminderd kan worden door behandeling van de problematiek. Om die reden worden patiënten gedwongen opgenomen via een voorlopige Rechterlijke Machtiging en een Machtiging tot voortgezet verblijf (bijlage 1).

Alomvattende zorg, in een aparte wereld in een landelijke omgeving, met toegewijd personeel, zo min mogelijk beveiliging en een therapeutisch klimaat, werd al toegepast in 1811, in psychiatrische ziekenhuizen in Engeland, waar William Tuke, een bekend psychiater een van de grondleggers van is. Deze 'moral treatment' ging in tegen de

gangbare opname van patiënten met psychiatrische ziekenhuizen en gevangenissen waar ze geen zorg kregen, niets te doen hadden en in bedwang gehouden werden met fysieke dwangmiddelen zoals kettingen. Het nieuwe concept van Tuke was duidelijk veel humaner en was de start van een nieuwe aanpak die ook in Nederland veel navolging kreeg. In de laatste jaren van de vorige eeuw werd dat echter weer ingeperkt als gevolg van grote bezuinigingen, die leidden tot sluiting van veel psychiatrische klinieken. Het gevolg daarvan was dat veel psychiatrische patiënten onvoldoende zorg kregen en weer opnieuw in gevangenissen belanden. Dit verschijnsel, ook wel de 'Penrose Law' genoemd, houdt in dat hoe meer mensen in de gevangenis zitten, des te minder de bezetting is in psychiatrische ziekenhuizen, en andersom. De verklaringen hiervoor zijn verschillend, maar de relatie is meerdere keren aangetoond in Australië, Engeland en Wales, Noorwegen en Amerika. Een van de verklaringen is dat mensen met psychiatrische stoornissen onterecht terecht komen in gevangenissen doordat zij daarvoor niet de zorg kregen die zij nodig hadden (Bragg & Cohen, 2007; Penrose, 1939; Biles & Mulligan, 1973; Palermo, Smit & Liska, 1991, allen in: Plaisier & Van Ditzhuijzen, 2012).

In een recente studie voor de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg van Neijmeijer, Rijkaart & Kroon (2012) wordt aangegeven dat continuïteit van zorg van groot belang is voor mensen zoals de patiënten in Duurzaam Verblijf. Hoewel niet voor 100% voorkomen kan worden dat een psychiatrisch patiënt een delict pleegt, kan het delictrisico mogelijk wel verkleind worden. Daarvoor is langdurende (ambulante) begeleiding en zorg nodig, om toe te zien op medicatiegebruik, alcohol- en drugsmisbruik zoveel mogelijk te beperken, (psychotische) symptomen op tijd te behandelen, maar ook om de kwetsbare patiënt te ondersteunen bij het weer op orde krijgen van zijn leven en hem vaardigheden aan te reiken om beter met stresssituaties en het hanteren van emoties en agressie om te leren gaan (Neijmeijer et al., 2012).

### **Basiskenmerken van de behandeling**

Hieronder worden de basiskenmerken van de behandeling toegelicht: individuele en integrale aanpak, met een ongelimiteerde behandelingsduur, in een rustige omgeving en veel aandacht voor motivering.

#### *o Individuele aanpak*

De inhoud van de behandeling wordt volledig afgestemd op de individuele patiënt. Er zijn geen standaardaanpakken: altijd wordt gekeken naar interventies, vormen van aanpak en begeleiding die juist voor deze patiënt kunnen werken. Ook zijn er zo weinig mogelijk algemene regels ( uitzondering is de regel ) maar worden er individuele doelen en afspraken gemaakt. Doelen van de behandeling kunnen dan ook sterk verschillen: waar het bij de ene patiënt vooral gaat om het bieden van een beschermde woonomgeving, het bestendigen van huidige niveau van functioneren en ondersteunen bij ADL, kan het bij een andere patiënt veel meer gaan om het ontwikkelen van een goede daginvulling. Ook kan de behandeling expliciet gericht zijn op het toewerken naar ontslag.

#### *o Integrale aanpak*

De behandeling van de verschillende problemen van de patiënt is integraal: gericht op alle

leefgebieden en door inzet van een combinatie van methoden. De problemen worden niet afzonderlijk één voor één behandeld, maar juist in relatie tot elkaar, omdat het ene probleem van invloed is op het andere. Therapie is één van de mogelijkheden, maar zeker niet de enige. Bij deze patiënten is al zoveel gebeurd en geprobeerd, dat het niet realistisch is om te verwachten dat zij ineens open zullen staan voor een bepaalde therapie. Juist het voortdurend begeleiden en langzaam motiveren, het leren wonen en weer activiteiten ondernemen, het omgaan met terugval, vooruitgang en terugval, zijn belangrijke onderdelen van de behandeling voor deze patiënten.

- *Ongelimeerde behandeltime*

Respectvolle, langdurige en 'langzame' zorg kunnen een verandering in gang zetten bij mensen die niet zelf om hulp hebben gevraagd. Dit proces wordt nooit afgesloten en leidt niet tot een spectaculaire genezing. Tijd speelt hierbij een rol, want door de tijd te nemen voor de patiënt en aandacht te hebben voor zijn levensgeschiedenis kan de hulpverlener de patiënt helpen ontwikkelen. Deze houding van de hulpverlener is cruciaal in Duurzaam Verblijf. Met in achtneming van de wel zeer ongelijkwaardige situatie (de patiënten zijn hier tenslotte gedwongen opgenomen) wordt er wel gestreefd naar een zo gelijkwaardig mogelijke relatie tussen de hulpverlener, de patiënt en zijn familie en vrienden. Er is geen tijdslimiet gebonden aan welk zorgonderdeel dan ook, zolang de Rechterlijke Machtiging geldig is. Als de Rechterlijk Machtiging afloopt, dan wordt gekeken waar een alternatieve vorm van zorg geboden kan worden. Uitgangspunt bij de duur van de (gedwongen) behandeling is: zo lang als nodig en zo kort als mogelijk.

- *Healing environment*

Omdat de omgeving waarin psychiatrische patiënten behandeld worden van grote invloed is op het slagen van de behandeling, is veel aandacht gegeven aan de architectuur van Duurzaam Verblijf: geen angstaanjagende hekken maar een terracotta muur, geen gevangenis maar speels ogende huisjes. Bovendien is de rust en rurale omgeving in Drenthe een positieve factor, omdat de patiënten vanwege hun psychiatrische problematiek baat hebben bij een vermindering van prikkels in hun omgeving.

- *Motivering*

Het uitgangspunt voor behandeling is dat de motivatie van patiënten in eerste instantie laag is. Zij zijn niet uit vrije wil opgenomen. Daarom is het motiveren voor behandeling extra moeilijk en extra belangrijk. Het personeel is ervaren in het omgaan met deze patiënten, is getraind in motiverende gespreksvoering –een methode die relatief vaak succesvol is bij het motiveren van deze patientengroep– en gebruikt methoden uit de bemoeizorg om een therapeutisch klimaat te scheppen. Zij begeleiden de patiënten in het dagelijks leven in Duurzaam Verblijf als een sociale leerschool: de patiënten worden actief

gemotiveerd om die vaardigheden, houdingen en inzichten aan te leren, die nodig zijn om te wonen, werken en recreëren – alleen en met anderen. De patiënten zijn mensen die al jaren te maken hebben met verbetering en terugval. Duurzaam Verblijf biedt vrijheid, maar spoort ook aan tot verandering. Om een goede behandelrelatie te bereiken is het voor deze doelgroep essentieel dat de hulpverlener voortdurend initiatieven neemt tot het leggen van contact en voortdurend probeert om de patiënten te verleiden tot gedragsverandering. Methoden uit de bemoeizorg, rehabilitatie en ACT (Assertive Community Treatment) worden hiervoor gebruikt. De kunst is ook om gedragsverandering voor de patiënt *aantrekkelijk* te maken. Daarbij wordt geprobeerd om de patiënten te belonen wanneer zij zich ontwikkelen, wat bij sommige patiënten goed werkt (vooral bij verslavingsproblematiek). Het kan dan ook gaan om immateriële beloningen.

### **Fasering en duur van de behandeling**

Er zijn twee fasen in de behandeling: 1) observatie en stabilisatie en 2) behandeling en rehabilitatie. De observatiefase start direct na binnenkomst in Duurzaam Verblijf. Deze fase duurt zes tot acht weken. In deze fase vindt een medisch/verpleegkundig onderzoek, een psychiatrisch onderzoek, een psychologisch onderzoek, een tandheelkundig onderzoek en een vaardigheidsonderzoek plaats. Er wordt daarna een behandelplan op maat geschreven voor de individuele aanpak. Gedurende de stabilisatiefase wordt al een begin gemaakt met de resocialisatie en functionele rehabilitatie die noodzakelijk is om terugval te voorkomen en te waarborgen dat patiënten waar nodig gebruik blijven maken van noodzakelijke medische en psychosociale voorzieningen (herstelgericht werken).

Hierna start de behandel/rehabilitatiefase waarin beoogd wordt naar een zo optimaal mogelijk functioneren van de patiënt op alle leefgebieden. De behandelfase wordt uitgevoerd op basis van het behandelplan. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de methoden die hiervoor zijn vermeld. Minimaal twee maal per jaar wordt nagegaan of het behandelplan gewijzigd of aangevuld moet worden.

## 5. Inhoud van de behandeling

### Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verschillende behandelmethoden beschreven. Achtereenvolgens komen aan de orde:

- 1) psychiatrische behandeling (gericht op psychiatrische problematiek, waaronder verslavingsproblematiek en hechtingsproblematiek);
- 2) behandeling gericht op wonen en leven (woonbegeleiding, maatschappelijk werk, zingeving, sociaaljuridische en financiële begeleiding);
- 3) vaktherapieën (creatieve, drama-, beeldende en muziektherapie);
- 4) (Lieberman-) trainingen;
- 5) acticiteiten en dagbesteding

Hiernaast is er somatische, medicamenteuze en paramedische behandeling mogelijk door een huisarts, verpleegkundigen en fysiotherapeuten.

### Psychiatrische behandeling

Achtereenvolgens wordt ingegaan op de behandeling van psychiatrische problematiek in het algemeen, en verslavingsproblematiek en hechtingsproblematiek in het bijzonder.

#### o *Behandeling van psychiatrische problematiek*

Psychiatrische behandeling (inclusief medicatie) vindt plaats op basis van indicatie en is gericht op herstel of voorkoming van verergering van de somatische en psychiatrische problematiek. Psychiatrische klachten worden volgens de reguliere protocollen voor psychiaters en psychologen behandeld met behulp van medicatie (bij voorkeur antipsychotica die niet op de dopaminehuishouding werken) en verschillende vormen van psychologische behandeling zoals cognitieve gedragtherapie (individueel en in groepen), psycho-educatie en systeemtherapie. Daartoe worden de gangbare richtlijnen gebruikt van de organisaties voor psychiaters en psychologen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, het Nederlands Instituut voor Psychologen en GGZ Nederland. Voorbeelden van richtlijnen zijn: richtlijn Diagnostiek en behandeling van patiënten met dubbele diagnose; richtlijn voor de Diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie; richtlijn Depressie; richtlijn Angststoornissen; richtlijn Problematisch gebruik van drugs; richtlijn Alcoholmisbruik en -afhankelijkheid; protocol ADHD bij verslaving, richtlijn Detox.

Bij crisis of terugval wordt de patiënt zo nodig tijdelijk teruggeplaatst in de kliniek. In geval van gevaar kan de patiënt gedwongen worden om bepaalde medicijnen te nemen. Ook kan de patiënt in acute noodsituaties in een separeerruimte worden



geplaatst. Duurzaam Verblijf informeert de patiënt altijd over zijn of haar rechten (zoals contact opnemen met de advocaat, patiëntenvertrouwenspersoon, Raad van Bestuur, een geestelijk verzorger, officier van justitie en de inspecteur voor de gezondheidszorg). Patiënten hebben ook het recht om een klacht in te dienen bij de onafhankelijke klachtencommissie van Duurzaam Verblijf.

Dwang en drangmiddelen worden zoveel mogelijk voorkomen. Er wordt gewerkt volgens de richtlijnen van GGZ Nederland (Tilburg, van, Veldhuizen, van, Beijart Ven-Dijkman, Van de, Mulder, Schulte, Sikkens & Tholen, 2008). Verder wordt dwangbehandeling en separatie tegengegaan doordat veel personeel aanwezig is en er veel camera's en urinecontroles zijn. Hierdoor weet het personeel goed wat er speelt, waar welke patiënt is en waar eventuele crisis kan ontstaan, zodat al in een vroeg stadium kan worden ingegrepen en een crisis voorkomen kan worden.

o *Behandeling van verslavingsproblematiek*

De patiënten die bij DV opgenomen worden kampen met langdurig middelenmisbruik of middelenafhankelijkheid. Alle voorgaande behandelingen hebben hier geen ( blijvende ) verandering in gebracht. Wanneer patiënten gedwongen opgenomen worden bij DV is er meestal ook geen sprake van inzicht in de verslavingsproblemen en dus ook geen motivatie tot behandeling hiervoor.

Veel tijd is nodig voor de behandeling: inzicht geven en motiveren is in eerste instantie aan de orde.

De *visie* van DV op verslaving: 'Verslaving is een tot chroniciteit neigende hersenaandoening die kan leiden tot blijvende veranderingen in de hersenen en die ontstaat en in stand gehouden wordt door een ongunstige combinatie van biologische, psychische en sociale factoren.'

Het *beleid* op DV is in de eerste plaats gericht op het creëren van een veilige omgeving waarin terugval in middelengebruik en gedragsproblemen gezien worden als symptomen van de ernstige psychiatrische aandoeningen.

In deze behandelomgeving geldt dat gebruik van middelen en het meenemen van middelen niet is toegestaan. Het meenemen of handelen in middelen leidt tot het inperken van vrijheden. Wanneer er een wettelijk kader aanwezig is zal aangifte bij de politie worden gedaan.

Algemeen *doel* van de verslavingsbehandeling binnen DV is:

- het voorkomen en dus ontmoedigen van alcohol- en drugsgebruik – preventie;
- en problematisch gebruik, misbruik en/of de afhankelijkheid van alcohol en/of soft/harddrugs behandelen.

Binnen DV wordt gewerkt volgens een verslavings-behandelingsmethode die afkomstig is van

Trajectum en die is aangepast op de doelgroep van DV.

Deze methodiek behelst behandelmodules die kliniek breed een verplicht onderdeel zijn voor alle patiënten. De modules bestaan uit verschillende fasen; deze zijn een integraal onderdeel van het behandelplan en daarin wordt beschreven in welke fase van de behandeling de patiënt zich bevindt en de daarbij behorende doelstellingen.

Abstinentie van middelengebruik is een gewenst behandeldoel maar is dat niet altijd op korte termijn: doelen moet overzichtelijk en haalbaar zijn.

Gezien de ernst en complexiteit van de problematiek zijn de behandeldoelen in dit opzicht ook weer individueel.

De genoemde methodiek houdt ook een methodische wijze van werken in en alle medewerkers zijn getraind in de methodiek.

(Voor meer informatie zie protocol "Omgaan met alcohol en drugs binnen DV")

o *Behandeling van hechtingsproblematiek*

In Duurzaam Verblijf wordt geprobeerd om de hechtingproblematiek te verminderen door het creëren van een veilige omgeving. De rust van de woonunits en het "van de straat zijn" wordt door de patiënten vaak als positief ervaren. Het bieden van deze veilige omgeving is bedoeld om de patiënten een vorm van veilige hechting te bieden. Voorafgaand aan opname in Duurzaam Verblijf werden de patiënten steeds uitgestoten uit de samenleving. In Duurzaam Verblijf wordt een balans gezocht waarbij de patiënten recht doen aan zichzelf, en ook leren omgaan met de normen en waarden van de maatschappij en zich meer te verbinden met de maatschappij, zodat zij minder worden uitgesloten. De alomvattende zorg waar naar gestreefd wordt heeft een therapeutische functie. Dit is nodig, om de hechtingsproblematiek (die bij de patiënten als kernprobleem wordt gezien) te verminderen. De patiënten wantrouwen hun omgeving en dus ook de behandelomgeving. Dit wantrouwen is alleen te behandelen in een omgeving waar de patiënt welkom is en niet weggestuurd wordt. Pas dan kan een begin van een hechting aan de behandeling ontstaan. De hulpverleners proberen dan ook een duurzame relatie met de patiënten op te bouwen. De hulpverleners proberen actief betrokken te zijn en te blijven bij de grote en kleine zaken die de patiënten bezighouden en door de patiënten voortdurend te verleiden in plaats van te dwingen om hun gedrag te veranderen. Deze aanpak staat bekend als "Bemoeizorg".

Hoewel hechtingsproblematiek niet zomaar te verhelpen valt en dit niet bij iedereen mogelijk is, wordt hier in Duurzaam Verblijf aan gewerkt en wordt hier onderzoek naar gedaan. De hypothese hierbij is dat de gedwongen opname niet alleen negatieve effecten kan hebben (zoals hospitalisatie: het verlies van zelfstandigheid), maar ook positieve effecten: het bevorderen van hechting. Dat de patiënt onder dwang wordt behandeld wordt gerechtvaardigd door het feit dat patiënten hier op de langere termijn baat bij hebben, hoewel ze op de korte termijn gefrustreerd zijn door de opname (zie ook Conly, 2013). Belangrijk daarbij is dat er wel voortdurend aandacht is voor het feit dat de patiënt uiteindelijk wel als het kan de kliniek zal verlaten. De enige legitimatie voor een gedwongen opname is dat er in de behandeling, bij voortduring, ingezet wordt op het zoeken naar een minder gesloten leefomgeving.

## **Behandeling gericht op wonen en leven**

Er zijn verschillende methoden waarmee de patiënten worden begeleid bij het leren wonen en leven. Hieronder worden de begeleiding bij wonen, het opbouwen van sociale relaties, zingeving en begeleiding bij sociaaljuridische en financiële zaken beschreven.

### o *Wonen*

Duurzaam Verblijf is gelegen op een beveiligd complex met een permanente toegangs- en exit controle. In de behandeling staat het opnieuw aanleren van vaardigheden die nodig zijn om zo zelfstandig mogelijk te wonen centraal. In deze beschermde en beschermende omgeving zijn voorzieningen aanwezig om patiënten met een maximum aan privacy en bewegingsvrijheid, te kunnen begeleiden bij hun activiteiten op het gebied van wonen, werken en recreëren. Er is voorzien in een laagdrempelige toegang tot medische en andere vormen van specialistische behandeling, alsmede diverse vormen van psychosociale en maatschappelijke hulpverlening. Er zijn diverse recreatieve activiteiten mogelijk, zoals uitstapjes, een wandelgroep en bezoek aan een zorgboerderij.

In principe wordt er geen onderscheid gemaakt tussen de patiënten. Iedereen krijgt, zodra dat kan zijn of haar individuele woonunit aangewezen, mannen en vrouwen leven op hetzelfde terrein. Wel zijn er twee speciale voorzieningen voor patiënten die bijzondere aandacht nodig hebben: 1) voor bijzonder *kwetsbare* mensen zijn tien woonunits gereserveerd, waar zij (tijdelijk) afgezonderd van de overige patiënten kunnen verblijven, 2) voor patiënten die juist bijzonder *onhandelbaar* en agressief gedrag vertonen, is er een afgezonderde afdeling.

### o *Sociale relaties en zingeving*

Het is belangrijk om familie en andere naasten van de patiënt te ondersteunen in hun omgang met hun verwanten en hen te betrekken in de behandeling. Familie en andere relevante personen uit de sociale omgeving van de patiënten worden -met hulp van een

maatschappelijk werker- zo snel als mogelijk betrokken worden bij de opname en behandeling. Vaak is hier lang geen aandacht voor geweest. Omdat het moeilijk is om levenservaringen en systeeminformatie rechtstreeks van de patiënten zelf te krijgen, wordt gebruik gemaakt van Narratieve therapie waarbij patiënten worden gestimuleerd om hun levensverhaal te vertellen, om daarmee betekenis aan hun leven te geven.

Het afglijden naar dakloosheid, leven op straat en verwaarlozing van persoonlijke hygiëne et cetera, betekent voor mensen vaak ook het vergroten van de afstand tot de eigen gemeenschap en eigen familie. Daarmee raken vaste oriëntatiepunten en vertrouwde normen en waarden ook uit beeld. Patiënten raken hierdoor gedesoriënteerd, kunnen voor anderen niet te plaatsen gedrag vertonen, bijvoorbeeld omdat ze de invloed ervaren van onafgemaakte rituelen, schaamte en onverwerkt verdriet. Wanneer deze toestand verandert in stabilisatie komen deze zaken weer naar voren en zullen alsnog een plaats moeten krijgen. De genoemde narratieve therapie en het herstel van contact met familie zijn daar onderdelen van. Ook worden familiedagen georganiseerd waarop familieleden op bezoek kunnen komen in Duurzaam Verblijf. Tevens zijn geestelijk verzorgers (een imam en dominee) beschikbaar om hierbij te ondersteunen en kan mindfulness training gevolgd worden.

- o *Juridische en financiële zaken*

De grote schulden die sommige patiënten hebben belemmeren uiteraard de behandeling, die voor een groot deel gebaseerd is op het heropbouwen van vooruitzicht. Het gevolg van dit probleem, is dat het moeilijk is om patiënten een uitzicht te bieden, wanneer er in wezen sprake is van grote uitzichtloosheid. De patiënten worden geholpen bij het oplossen van hun juridische en financiële problemen. Duurzaam Verblijf probeert daartoe overeenkomsten te sluiten met instellingen voor schuldhulpverlening en gemeenten, waarbij als voorwaarde wordt gesteld dat de patiënt meewerkt aan behandeling. Ook wordt zo nodig bewindvoering aangevraagd.

### **Vaktherapieën**

Door hun dakloosheid hebben de patiënten vaak een enorme overlevingsdrang ontwikkeld. In Duurzaam Verblijf wordt geprobeerd patiënten te helpen om die overlevingsdrang positief aan te wenden en herstelgericht te werken, door bijvoorbeeld het ontwikkelen van krachten door middel van vaktherapieën (Franken & Brink, Van den, 2013). Vaktherapieën zijn non-verbale behandelmethoden die zijn gericht op veranderings-, ontwikkelings- en acceptatieprocessen. Hieronder wordt een korte omschrijving gegeven van de Creatieve Therapie Beeldend, en van de Psychomotore therapie.

Een meer gedetailleerde beschrijving van de vaktherapieën is te vinden in het "Handboek Therapieën, trainingen en Activiteiten" van Duurzaam Verblijf.

- o *Creatieve therapie, beeldend*

Deze therapievorm is erop gericht de patiënt te activeren en in contact te brengen met de eigen ervaringen, verslaving, zelfbeeld of onbewuste gevoelens. Binnen Duurzaam verblijf zijn de

volgende therapievormen aanwezig:

- Therapie op maat ( individuele therapie )  
Hier gaat het om beeldende opdrachten met verschillende materialen.
  - Diagnostic Drawing Series ( DDS )  
Een laagdrempelige tekentest die bij kan dragen aan de diagnostiek.
  - Verf je sterk  
Een beeldend aanbod gericht op weerbaarheid, eigen keuzes, sociale vaardigheden en het contact met anderen binnen de groep.
  - Groepstherapie  
Een doorlopende open groep; individueel of in groepsverband beeldend aan het werk.
  - Open atelier  
Laagdrempelige inloop waar individueel in de groep wordt gewerkt  
Aan eigen beelden of aan de hand van een opdracht.
- *Psychomotorische therapie ( PMT )*  
Psychomotorische therapie bestaat uit een combinatie van doen, ervaren en erover praten en is gericht op het vergroten van zelfinzicht en zelfvertrouwen. Op een veilige en ontspannen manier kan geëxperimenteerd worden met ander gedrag.
- Sociale Weerbaarheidstraining ( SWT )  
De SWT beoogt patiënten steviger in hun schoenen te laten staan en vertrouwen te krijgen in het eigen lichaam.
  - Running therapie  
Een vorm van hardlopen voormensen met psychische klachten, bijv. Depressieve klachten.
  - L-ART  
Kickboksinterventies om spanning te ontladen, zelfvertrouwen op te bouwen en om te leren omgaan met afstand / nabijheid.
  - Mindfulness  
Ontspanningsoefeningen in de vorm van 'bodyscan' ( individueel ), Yoga ( individueel en in groep ) en ademhalingsoefeningen ( individueel ).
  - Individuele therapie op indicatie.

## **Trainingen**

### *De Libermanmodules*

Deze trainingen zijn een belangrijk onderdeel van de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische problematiek. Ze bieden de patiënten de mogelijkheid op een systematische manier vaardigheden op verschillende levensterreinen te leren.

De volgende modules worden binnen DV aangeboden:

Module 1 : Omgaan met antipsychotische medicatie

Module 2: Omgaan met psychotische symptomen

Module 3 : Omgaan met vrije tijd

Module 4 : Omgaan met verslaving

Module 6: Omgaan met sociale relaties en intimiteit

Health4U

## *Leefstijl training 2*

Dit is een trainingsprogramma dat ondersteunt bij het omgaan met je verslaving:

Je krijgt zicht op alle belangrijke aspecten van je gebruik en verslavingsgedrag.

### **Activiteiten**

Voor de behandeling van patiënten binnen DV is een activiteitenaanbod belangrijk en een nadrukkelijk thema binnen herstelgericht werken. Patiënten kunnen hierbij aan hun ( lichamelijke ) gezondheid werken, kunnen (ondergesneeuwde) kwaliteiten ( her) ontdekken en vaardigheden ontwikkelen of opnieuw oppakken. Daarnaast is het hebben van een vorm van dagbesteding van belang in het kader van de verslavingsbehandeling en bij het leren wonen: het hebben van een dagstructuur, het hebben van afleiding in periodes van verslavingsproblemen en verslavingsgedrag, en het invullen van vrije tijd.

Het activiteitenaanbod kent dan ook verschillende accenten: (re)creatief, ontspanning of arbeidsmatig.

- . *Sport*, waaronder hardlopen, zwemmen en fitness. Met name hardlopen heeft goede effecten op de stemming, doordat bepaalde stoffen (endorfine, serotonine) vrijkomen in de hersenen, die zorgen voor een goed gevoel en vermindering van depressie.
- . *Muziek*  
Er zijn muzieklessen, koren en meerdere bandjes waaraan de patiënten kunnen deelnemen. De band "De Muziekdokters", waarin patiënten hun eigen nummers schrijven en spelen heeft inmiddels twee Cd's uitgebracht. Deze band treedt ook buiten Duurzaam Verblijf op, op congressen en festivals (Een interview met de bandleden is te zien op <http://www.youtube.com/watch?v=mxXyVglqAGY>)
- . *Creatieve activiteiten:*  
Tekenen en schilderen  
Knutselen  
Boetseren  
Koken en bakken
- . *Arbeidsmatige activiteiten:*  
Houtwerkplaats o.a. productiewerk  
Fietsenwerkplaats  
Papierprikken  
Het Drents Landschap: werken in de natuur  
Tuinwerkzaamheden  
Werken in de wasserij, het eetcafé of in de winkel (DV)  
De Korf, Plantenkas, Snuffelschuur of Camping ( buiten DV )
- . *Recreatieve activiteiten:*  
Disco, film kijken  
Uitstapjes  
Barbecue  
Damwedstrijden  
Boottocht, natuurtocht

Internetcafé

Voor meer gedetailleerde informatie: Handboek Therapieën, Trainingen en Activiteiten.

## **6. De mogelijkheden op langere termijn**

### **Vrijheden**

Binnen de BOPZ-maatregel en de Rechterlijke Machtiging, op basis waarvan de patiënten zijn opgenomen in Duurzaam Verblijf, gelden beperkingen maar ook rechten. De rechten van de patiënten zijn onder andere dat zij, in tegenstelling tot bij veel andere gesloten instellingen, zelfstandig kunnen wonen op het besloten terrein van Duurzaam Verblijf en dat zij zoveel mogelijk hun eigen dagschema bepalen (waarbij ze gestimuleerd worden om zo actief mogelijk te zijn en een balans gezocht wordt tussen alles toestaan en alles verbieden). Ook hebben patiënten recht op het beheren van eigen geld, mogen zij boeken, kranten en tijdschriften lezen, bezoek en post ontvangen, telefoneren etc. Deze rechten mogen alleen worden beperkt als dat nodig is vanwege de gezondheid, om de orde in Duurzaam Verblijf te bewaren of om strafbare feiten te voorkomen.

De belangrijkste beperkingen zijn dat het terrein niet zonder toestemming mag worden verlaten en dat op het terrein de regels van Duurzaam Verblijf moeten worden nageleefd. Als de patiënten enige tijd in Duurzaam Verblijf zijn en hun situatie is gestabiliseerd, wordt stapsgewijs zo veel mogelijk bewegingsvrijheid gegeven, in overeenstemming met het wettelijk vastgestelde recht op vrijheid in en om de kliniek en afgestemd op de situatie van de individuele patiënt. De patiënten hebben in principe dan ook vanaf binnenkomst in Duurzaam Verblijf dagelijks vrijheden. In het begin vinden deze plaats onder begeleiding en niet ver van Duurzaam Verblijf (bijvoorbeeld samen met een begeleider boodschappen doen in het dorp).

### **Verlof**

Voor onbegeleid verlof wordt na enige tijd een stappenplan gemaakt. Als de situatie dat toelaat kunnen patiënten toestemming krijgen voor verlof, bijvoorbeeld om voor een bepaald aantal uren zonder begeleiding naar het dorp te gaan of om hun familie te bezoeken. Of en wanneer een verlof wordt goedgekeurd hangt af van de patiënt. Criteria voor het toekennen van een Verlof zijn het gedrag van de patiënt, het kunnen houden aan afspraken en risico's op agressie of gevaar.

### **Terugval**

Als terugval plaatsvindt, bijvoorbeeld doordat de patiënt toch weer drugs gaat gebruiken, kan dat er toe leiden dat opnieuw beperkingen worden opgelegd. Dit dient dan niet als straf, maar ter bescherming van de patiënt. In een enkel geval stromen patiënten door naar een strengere instelling (zoals een TBS-inrichting), bijvoorbeeld wanneer zij een ernstig delict plegen tijdens de opname in Duurzaam Verblijf.



### **Uitstroom**

Als patiënten toe zijn aan minder intensieve behandeling, of als verwacht wordt dat de Rechterlijke Machtiging niet wordt verlengd, wordt dat eerst intern besproken in een overleg van behandelaren van Duurzaam Verblijf. Daarna wordt dit voorgelegd aan de toeleidingscommissie in de stad van herkomst. Wanneer een patiënt niet terug wil naar de oude regio, dan zoekt Duurzaam Verblijf een andere regio voor uitstroom.

De behandelaren en de toetsingscommissie kijken naar de stabiliteit in alle levensgebieden om af te wegen over uitstroom mogelijk is. Als de toeleidingscommissie instemt wordt de uitstroomprocedure doorgezet. Vaak stromen patiënten drie maanden op proef uit. De mogelijkheid om bij terugval terug te keren in Duurzaam Verblijf blijft bestaan.

### **Samenwerking met andere organisaties**

Om uitstroom mogelijk te maken is goede ketenzorg van groot belang. De vorming van de Ketenzorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Duurzaam Verblijf, samen met de gemeenten Amsterdam, Groningen en Rotterdam, GGZ Drenthe en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (VVN). Er zijn overeenkomsten over instroom en uitstroom met de gemeenten gesloten in convenanten. Doordat medewerkers van de GGD van de betreffende gemeenten voorzitter zijn van de toeleidingscommissies, wordt zeker gesteld dat de convenanten kunnen worden nageleefd. In de convenanten staat bovendien wat de gevolgen van de uitspraken van de commissie zijn voor patiënten. Patiënten blijven bijvoorbeeld ingeschreven staan in de stad van herkomst, zodat hun gedwongen opname geen gevolgen heeft voor hun inschrijving als burger van die gemeente. Via deze GGD kan ook contact gelegd worden met andere voorzieningen binnen de gemeente, zoals woonvoorzieningen of instellingen voor schuldhulpverlening.

### **Eerste resultaten**

In zes jaar, van februari 2007 tot en met 2012, zijn 183 patiënten opgenomen. In die zes jaar is ongeveer de helft van de patiënten met ontslag gegaan; een derde daarvan is inmiddels heropgenomen. Het vervolgtraject bij uitstroom van DV is in de helft van de gevallen naar een minder intensieve vorm van zorg: meestal gaat het om vormen van begeleid of beschermd wonen bij instellingen zoals de Idahoeve in Rotterdam, en HVO Querido en Domus in Amsterdam. Het komt ook voor dat iemand alleen nog maar ambulante hulp krijgt. De andere helft, waar een minder intensieve vorm van zorg niet mogelijk blijkt, stroomt uit naar een andere gesloten opname setting. In sommige gevallen bleek intensievere zorg geïndiceerd al dan niet in een meer beveiligde setting.

## **7. Het kwaliteitsbeleid**

### **Kwaliteitsborging**

Om voortdurend hoge kwaliteit te bieden en zo nodig zaken verder te verbeteren vindt er regelmatig intervisie onder de behandelaars plaats. Er is veel ruimte voor de behandelaars voor het uitwisselen van ervaringen en het vragen van advies, waardoor er onderling veel zicht is op de werkwijze van de verschillende behandelaars. Voor nieuwe behandelaars is er supervisie. Er zijn scholingsprogramma's, bij aanvang en ter opfrissing, en er worden regelmatig audits gehouden. Tot slot is Duurzaam Verblijf HKZ-gecertificeerd en vindt er externe intercollegiale toetsing en inspectie door de Inspectie voor de Gezondheidszorg plaats.

### **Personeel**

Vanwege de bijzondere aard van de doelgroep wordt speciale aandacht gegeven aan de werving en scholing van gekwalificeerde medewerkers. Verder is veiligheid van personeel een bijzonder aspect. Bij het bepalen van de teamsamenstelling, zowel kwalitatief als kwantitatief, wordt hier rekening mee gehouden. De verschillende fases van de behandeling vragen om verschillende expertises van het personeel. Meer informatie over het personeel is opgenomen in bijlage 2.

### **Invloed van patiënten (bestuur, patiëntenraad, klachtrecht)**

Voor het algemeen welbevinden van de patiënten die in Duurzaam Verblijf opgenomen zijn, is het van belang dat zij op punten waar dat mogelijk is een reële invloed op hun leefsituatie kunnen uitoefenen. Hiertoe is een patiëntenraad opgericht onder leiding van een gekozen voorzitter die met ondersteuning uit de organisatie aan de gewenste invloed en medezeggenschap vorm en inhoud kan vormgeven. Ook is een ombudspersoon aangesteld die, zonder dat er allerlei formele wegen bewandeld hoeven te worden, voor patiënten belangrijke zaken kan regelen en binnen duidelijke grenzen knopen kan doorhakken.

Los hiervan houdt iedere patiënt uiteraard het recht gebruik te maken van regelingen over het indienen van klachten en wordt de vrije toegang tot de patiëntenvertrouwenspersoon en cliëntenraad gewaarborgd.

### **Wetenschappelijk onderzoek**

Duurzaam Verblijf is uniek, doordat de verschillende problemen van patiënten geïntegreerd worden behandeld en omdat de behandeling langdurig is en plaatsvindt in een langdurige gedwongen setting. Duurzaam Verblijf is veel meer dan andere instellingen gericht op autonomie van patiënten en alomvattende zorg die in samenspraak met de patiënt wordt bepaald, in een milieutherapeutische omgeving met eigen woningen. En anders dan bij zorginstellingen waar patiënten vrijwillig worden opgenomen heeft Duurzaam Verblijf het

gedwongen kader als stok achter de deur voor langduriger behandeling. Bovendien moeten patiënten de inrichting niet verlaten als zij terugvallen in druggebruik maar wordt de behandeling dan juist voortgezet. Omdat een dergelijke methode nog niet vaak is toegepast en geëvalueerd is nog niet met 100% zekerheid te zeggen welke aspecten in de behandeling effectief zijn. Om de effecten van de behandeling bij Duurzaam Verblijf in kaart te brengen, is wetenschappelijk onderzoek gestart. De gegevens van de patiënten worden vastgelegd en ook worden uitkomstmetingen gedaan. De gegevens worden gebruikt om te kunnen bepalen of een langer durende gedwongen opname voor deze patiëntengroep verbetering te zien geeft.

Het weinige (buitenlandse) onderzoek dat enigszins vergelijkbaar is met Duurzaam Verblijf laat zien dat geïntegreerde zorg effectiever is dan aparte behandeling van de verschillende problematiek (Brunette, Mueser & Drake, 2004). Ook komt naar voren dat effectieve behandelingen gericht zijn op individuele persoonlijke factoren en mate van motivatie, waarbij de patiënten worden geholpen bij het ontwikkelen van motivatie, vaardigheden en herstel. Langdurige opname in klinieken is effectiever voor patiënten die niet gebaat zijn bij ambulante behandeling (Drake, Mueser, Brunette & McHugo, 2004). Het is echter niet geheel duidelijk wat nu precies werkzame mechanismen zijn (Cleary, Hunt, Matheson, Siegfried & Walter, 2008).

Uit onderzoek naar gedwongen behandeling van psychiatrische klachten (Priebe, Katsakou, Amos, Leese, Morriss, Rose, Wykes & Yeeles, 2009) komt naar voren dat uit de tevredenheid van patiënten gedurende de eerste week van gedwongen opname al indicaties naar voren komen over de uiteindelijke resultaten. Patiënten die negatiever waren over de gedwongen opname in de eerste week van opname werden later vaker opnieuw opgenomen dan patiënten die minder ontevreden waren bij opname. Ze vinden ook minder dat de opname terecht was. Dergelijke meningen waren gerelateerd aan de resultaten, terwijl hun problematiek niet gerelateerd was aan de resultaten. Het is belangrijk om onderzoek te doen naar dit soort aspecten, zodat de resultaten gebruikt kunnen worden om sneller zicht te krijgen op wat meer of minder goed werkt bij de verschillende patiënten.

#### De Beloopstudie

Het onderzoek verbonden aan DV, ook wel Beloopstudie genoemd, bestaat uit vier delen:

1. De voorgeschiedenis van de patiënten.  
In een uitgebreid dossieronderzoek wordt de levensloop van de patiënten in kaart gebracht.
2. Diagnostiek.  
Hieronder een diagnostisch interview en het middelengebruik wordt vastgelegd.
3. Vastleggen van veranderingen in het functioneren van patiënten gedurende hun verblijf in DV.
4. Follow-up.  
Waar zijn patiënten naar uitgestroomd na ontslag en hoe is hun functioneren in deze andere setting?

( Voor meer informatie zie bijlage 3 )

Uit de eerste, voorlopige, resultaten van de patiënteninterviews uit het onderzoek blijkt dat drie op de vier patiënten vinden dat het na enige tijd beter gaat met hun psychische klachten en hun verslaving. Wel vindt een op de vijf het onterecht dat zij in Duurzaam Verblijf werden opgenomen. Toch zegt twee derde tevreden te zijn over de behandeling in Duurzaam Verblijf. Daarnaast beoordelen de patiënten hun kwaliteit van leven minstens gelijk aan patiënten die in een andere gedwongen setting zijn opgenomen en aan patiënten die ambulante ACT / bemoezorg ontvangen.

## **BIJLAGEN**

## **BIJLAGE 1      Procedure bij plaatsing en ontslag**

In de (Bopz) procedure bij plaatsing en ontslag worden de volgende stappen gevolgd:

### 1 - Voorlopige Rechterlijke Machtiging (RM)

De rechter weegt de medische verklaring van een psychiater die de patiënt niet in behandeling heeft en legt de patiënt die niet wil worden opgenomen een voorlopige Rechterlijke Machtiging (RM) op met bevel tot inbewaringstelling.

### 2- Plaatsing in Bopz-instelling en/of aanmelding bij Plaatsingscommissie D.V.

De patiënt wordt vervolgens opgenomen in een BOPZ-erkende instelling, en de begeleidende GGD-medewerker van de patiënt overlegt met deze instelling over aanmelding van de patiënt bij de plaatsingscommissie van D.V..

Als deze instelling een aanleiding voor plaatsing in D.V. ziet, meldt de hulpverlener de patiënt aan bij een onafhankelijke Plaatsingscommissie, die bestaat uit een vertegenwoordiger van D.V., de GGZ, de regionale instelling voor verslavingszorg en de GGD. De GGD is tevens voorzitter is van de commissie.

### 3- Plaatsing in D.V.

De Plaatsingscommissie wordt op de hoogte gesteld van de geschiedenis van betrokkene en doet nader onderzoek om vast te stellen of hij in aanmerking komt voor plaatsing in D.V.. Daarvoor hanteert het team een nader te ontwikkelen onderzoeksinstrumentarium. Het besluit van de commissie m.b.t. opname in D.V. is bindend.

### 4- Rechterlijke machtiging tot voortgezet verblijf

Omdat de Voorlopige RM een maximale duur heeft van zes maanden zal de D.V. instelling een RM tot voortgezet verblijf aanvragen, voor een maximale duur van één jaar. Deze Machtiging kan middels een nieuwe aanvaag jaarlijks worden verlengd.

### 5- Voorwaardelijke rechterlijke machtiging en ontslag

De patiënten in D.V. zijn door de RM permanent voorzien van een Bopz-maatregel. Voor een beperkt aantal van hen is er wellicht sprake van goede periodes of ontstaat er een duidelijk vooruitzicht op herstel en resocialisatie. In die fases is het mogelijk om met een voorwaardelijke RM met ontslag te gaan. Bij het niet nakomen van de streng gecontroleerde voorwaarden volgt heropname in instelling D.V.

Patiënten die voor ontslag in aanmerking komen worden ruim van tevoren aangemeld bij de ambulante cliëntmanager en de voorzitter van de Plaatsingscommissie. De patiënten worden zorgvuldig begeleid bij hun reïntegratie in de samenleving. Zij dienen een traject aangeboden te krijgen waarbij een regionale ketenpartner de verantwoordelijkheid van de zorg voor de patiënt over neemt.

Nadat een patiënt een RM heeft ontvangen meldt de verantwoordelijke hulpverlener (of cliëntmanager) de patiënt aan bij de voor dit doel op te zetten gemeentelijke Plaatsingscommissie D.V.

De Plaatsingscommissie wordt ingesteld door gemeente en Zorgkantoor. De commissie bestaat uit vier leden: 1 GGZ, 1 VZ, 1 D.V., 1 GGD (voorzitter). Na aanmelding beoordeelt de Plaatsingscommissie de ernst van het toestandbeeld van de patiënt en besluit al dan niet tot plaatsing in D.V. Dit besluit is bindend. Voor verlenging van het verblijf in D.V. vraagt de instelling een Machtiging tot voortgezet verblijf aan.

Een patiënt wordt uit D.V. ontslagen met in achtneming van de richtlijn voorwaardelijk ontslag, die door GGZ Nederland wordt ontwikkeld. Een patiënt wordt pas ontslagen als deze geruime tijd voor ontslag (bijv. 2 maanden) is aangemeld bij de lokale cliëntmanager en Plaatsingscommissie, deze een adequaat nazorgtraject heeft kunnen ontwerpen en deze derhalve akkoord is met ontslag. Zo nodig vindt ontslag plaats op basis van een Voorwaardelijke machtiging.

## **Bijlage 2 Expertise van de betrokken organisaties en medewerkers**

De volgende expertises zijn voor Duurzaam Verblijf beschikbaar vanuit GGZ Drenthe en VNN.

- Expertise vanuit VNN over de behandeling en begeleiding van mensen met middelenafhankelijkheid, zoals motiverende technieken en medicamenteuze behandeling.
- In de forensische divisie GGZ Drenthe is veel ervaring en kennis over met doelgroep van Duurzaam Verblijf. In crisissituaties waarbij veiligheid ernstig in het geding is, worden patiënten hier tijdelijk opgenomen.
- Het psychosociaal cluster GGZ Drenthe is landelijk bekend met haar kennis en behandeling van langdurig psychotische patiënten.
- In De Evenaar, een afdeling voor transculturele psychiatrie, wordt gewerkt met allochtone patiënten. Kennis over culturen en hulpverlening over de taalbarrières heen behoort tot hun expertise.
- De somatische afdeling is sterk ontwikkeld en zeker in staat deze kwetsbare groep patiënten in behandeling te nemen. Naast ervaren huisartsen zijn verschillende specialisten aan GGZ Drenthe verbonden. Hieronder zijn een internist, een tandarts, diëtisten, fysiotherapeuten en somatisch verpleegkundige specialisten.
- Met DAAT Drenthe heeft GGZ Drenthe een centrum voor arbeidsrehabilitatie en activerende therapie in huis dat al op vele plaatsen in de regio aansprekende werkprojecten heeft opgezet. Ook zij leveren een bijdrage aan dagactiviteiten.

Binnen Duurzaam Verblijf is expertise aanwezig op de volgende gebieden:

- Verslavingsproblematiek
- Psychiatrische problematiek
- Psychologische (ontwikkelings) problemen
- Sociale problematiek
- Somatische problemen
- Problemen met wonen, ADL en vrije tijd
- Veiligheidsproblemen

Vanuit bovenstaande aandachtsgebieden zijn de volgende disciplines in Duurzaam Verblijf vertegenwoordigd:

- Psychiater (met expertise van psychotische stoornissen en verslavingszorg)
- Deskundige verslavingszorg
- Psycholoog / psychotераpeut / psychodiagnostisch medewerker
- SPV/ Maatschappelijk werk
- Somatisch arts met expertise verslavingszorg
- Para medische disciplines als fysiotherapie, diëtist etc.
- Verpleegkundige HBO-V, B verpleegkundigen
- Verpleegkundige met A Opleiding
- MBO Agogisch werkenden
- HBO agogisch werkenden



- Cultureel antropoloog
- Agogisch medewerker
- Creatieve therapeut
- Psychomotore therapeut
- Bezigheidstherapeut
- Systeemtherapeut

Bovendien zijn er medewerkers in de facilitaire en ondersteunende diensten: huishouding, kantine, winkels en activiteitenbegeleiding.

### **Competenties**

De competenties van de professionele hulpverleners in Duurzaam Verblijf zijn:

- persoonlijke eigenschappen, zoals compassie, trouw, betrokkenheid, vasthoudendheid kritische houding, flexibel, optimistisch, diplomatie, geduld, creativiteit, stressbestendig, beetje altruïstisch, kunnen reflecteren op eigen gedrag
- vakkennis, vooral de mogelijkheid om positieve ontwikkelingen bij patiënten te zien en te ondersteunen
- morele oriëntatie met expliciete acceptatie van de persoon van de patiënt
- maatschappelijke oriëntatie die het recht/de plicht van de samenleving (DV) impliceert om de patiënt gedwongen op te nemen.

### **Bijlage 3 Wetenschappelijk onderzoek: de beloopstudie**

Met de oprichting van Duurzaam Verblijf is besloten aan de kliniek een (wetenschappelijk) onderzoek te verbinden met als doel de effecten van de behandeling bij Duurzaam Verblijf in kaart te brengen.

Het onderzoek bestaat uit vier onderdelen:

1. Als eerste wordt de voorgeschiedenis van de patiënten bekeken, tot aan het moment van opname bij DV. Vragen die hierbij aan de orde komen zijn: wat zijn de kenmerken van de patiënten die bij DV worden opgenomen, en: zijn het ook de patiënten waar DV voor is opgericht? In een uitgebreid dossieronderzoek wordt de levensloop van patiënten in kaart gebracht vanaf de jeugd en het gezin van herkomst. Belangrijke thema's zijn de aanvang en het beloop van de problemen en de zorg en behandeling die men in de loop van de tijd heeft gekregen.
2. Het tweede onderdeel bestaat uit de diagnostiek, wat een doorlopend onderdeel is. Omdat patiënten over het algemeen langere tijd in DV verblijven is het mogelijk nauwkeurig naar de diagnostiek te kijken: elk jaar stellen behandelaren de diagnoses vast en brengen waar nodig veranderingen aan. Daarnaast neemt een onderzoeker bij elke patiënt een diagnostisch interview af; ook legt deze onderzoeker het middelengebruik van de patiënten vast.
3. Onderdeel drie is die van het vastleggen van veranderingen in het functioneren van patiënten gedurende hun verblijf bij DV. Hiervoor worden observatieschalen, beoordelingslijsten en patiëntinterviews gebruikt. Het patiëntinterview is een belangrijk deel van het onderzoek: een onderzoeker neemt jaarlijks een interview af bij de patiënten waarbij het erom gaat dat patiënten kunnen aangeven hoe zij vinden dat het met hen gaat, en wat zij van de (gedwongen) behandeling bij DV vinden. De observatieschalen en beoordelingslijsten gaan over het psychosociaal functioneren van patiënten als ook over de Algemeen Dagelijkse Levensverrichtingen. De behandelaren beoordelen daarnaast de ernst van de problematiek en vullen een gevaarbeoordelingslijst in. Al deze metingen zijn bedoeld om te zien of en wat voor baat de patiënten hebben bij de behandeling op DV.
4. Het vierde onderdeel is de follow-up. Hierbij wordt gekeken hoe het met de patiënten gaat die met ontslag zijn gegaan. Deze patiënten worden bezocht en er wordt dan weer een aantal van de observatieschalen ingevuld, en het patiëntinterview wordt weer opnieuw afgenomen. Bij dit laatste is het de bedoeling dat de patiënten terugblikken op hun opname bij DV en aangeven wat ze van deze opname vonden.

Het onderzoek levert veel gegevens op en in oktober 2012 zijn de eerste bevindingen gepresenteerd. Hierbij ging het om een groot deel van de voorgeschiedenissen en om de uitkomsten van de eerste patiëntinterviews. Een beknopt verslag hiervan staat in een factsheet samengesteld door de onderzoekers (bijlage 5).

## **Bijlage 4 Veiligheid**

Veiligheid vraagt met een doelgroep van Duurzaam Verblijf om extra aandacht. Voor een, voor de patiënt en medewerker, veilig behandelmilieu zijn onder meer de volgende zaken belangrijk:

- Voldoende gekwalificeerde en op de doelgroep gerichte scholing van medewerkers
- Methodiek van de behandeling
- En attitude van medewerkers die past bij de behandelmethodiek
- Goede gebouwelijke voorzieningen en omgeving
- State of the art voorzieningen op het gebied van persoonsbeveiliging.

## BIJLAGE 5      Verantwoording

### Onderwerpen

De onderwerpen die in "De behandeling in Duurzaam Verblijf" (2013) aan de orde komen, zijn gekozen aan de hand van criteria die internationaal gebruikt worden om de kans op effectiviteit van interventies voor justitiabelen te beoordelen (zie [www.justitie.nl/erkenningcommissie](http://www.justitie.nl/erkenningcommissie)). Het gaat om algemene criteria, waarmee ingeschat kan worden of op grond van een (liefst met wetenschappelijk onderzoek) onderbouwde hypothese, een bepaalde methode zal leiden tot het behalen van de beoogde doelen bij een bepaalde doelgroep. Gekozen is voor het beschrijven van in ieder geval deze onderwerpen zodat de aanpak van Duurzaam Verblijf op systematische wijze inzichtelijk gemaakt wordt voor zowel medewerkers van DV als externe deskundigen.

### Betrokkenen en bronnen

De tekst is tot stand gekomen met behulp van informatie uit schriftelijke bronnen en gesprekken met medewerkers van Duurzaam Verblijf: Wijnand Mulder (psychiater/circuitmanager behandelinhoud) en Grieke van Kranenburg (psycholoog). De tekst is geredigeerd en opgesteld door Vera Hoetjes en Janine Plaisier van onderzoeksbureau Impact R&D ([www.mpct.eu](http://www.mpct.eu)).

Gebruikte bronnen:

- Brenhouse, H.C., Lukkes, J.L., & Anderson, S.L. (2013). Early Life Adversity Alters the Developmental Profiles of Addiction-Related Prefrontal Cortex Circuitry. *Brain Sciences*, 2013, 3(1), 143-158.
- Brunette, M.F., Mueser, K.T., & Drake, R.E. (2004). A review of research on residential programs for people with severe mental illness and co-occurring substance use disorders. *Drug Alcohol Review* 2004, 23: 471-81.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S.L., Siegfried, N., Walter, G. (2008). *Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008.
- Conly, S. (2013). *Against Autonomy: Justifying Coercive Paternalism*. Cambridge University Press.
- Drake, R.E., O'Neal, E.L., Wallach, M.A. (2008). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2008, 34: 123-38.
- Duurzaam Verblijf (2006). *Behandelprogramma Duurzaam Verblijf. Van overlast naar zorg*.
- Duurzaam Verblijf (2009). *Ongelijke monniken, ongelijke kappen. Wonen, werken en recreëren. Onderdeel van de zorg- en behandelvoorziening Duurzaam Verblijf*.
- Duurzaam Verblijf (2012). *Vijf jaar Duurzaam Verblijf. Eerste bevindingen uit de Beloopstudie*.

- Franken, I. & Brink, W. van den, Eds. (2013). *Handboek Verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Neijmeijer, L, Rijkaart, A.M., & Kroon, H. (2012). In profiel: de doelgroepen van GGZ en Justitie. Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Stooris en delict. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid.
- Plaisier J. & Van Ditzhuijzen, J. (2012). De mogelijke invloed van de eigen bijdrage op de instroom van patiënten in de forensische zorg en het gevangeniswezen. Een quickscan onder Nederlandse deskundigen en internationale onderzoeksliteratuur. Amsterdam: Impact R&D.
- Priebe, S., Katsakou, C., Amos, T., Leese, M., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. & Yeeles, K. (2009). Patients' views and readmissions 1 year after involuntary hospitalisation. *British Journal of Psychiatry*, 194(1):49-54.
- Selten, J.P. & Cantor-Graae, E. (2007). Hypothesis: social defeat is a risk factor for schizophrenia? *British Journal of Psychiatry Supplement*, 51: 9-12.
- Straaten, B. van, Laan, J. van der, Schrijvers, C., Boersma, S., Maas, M., Wolf, J. & Mheen, D. van de (2012). Profiel van Daklozen in de Vier Grote Steden. Resultaten uit de Eerste meting van de Cohortstudie naar Daklozen in de Vier Grote Steden (Coda- G4). *IVO, UMC St. Radboud Nijmegen*.
- Tilburg, W. van, Veldhuizen, J.R. van, Beijaert, E.W., Van de Ven-Dijkman, M.V, Mulder, C.L., Schulte, P.F.J., Sikkens, E.P.K. & Tholen, A.J. (NVvP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang) (2008). *Richtlijn besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom.

Exemplaren van deze documenten kunnen bij het secretariaat van Duurzaam Verblijf opgevraagd worden.



WHICH INTERVENTIONS REALLY HAVE AN IMPACT ON HUMAN BEHAVIOUR

Prins Hendrikkade 193  
1011 TD Amsterdam

Tel +31-20 6684797  
E-mail [info@mpct.eu](mailto:info@mpct.eu)  
Web [www.mpct.eu](http://www.mpct.eu)

**impact**<sup>R&D</sup>













